UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROCESO DE ENFERMERIA APLICADO A UN CASO CLÍNICO DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL HEMORRAGICO POR MALFORMACION ARTERIO-VENOSA PONTINA DE LOS VASOS CEREBRALES CON EL REFERENTE TIORICO DE DOROTEA ELIZABETH OREM

PROCESO DE ENFERMERIA PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTA: IRVING GAONA CALZADA

ASESORAS:

DRA. MARBELLA DAMIAN GOMEZ.

M.E. HORTENCIA GARDUÑO GARCÍA.

M.E. RENATO HERNÁNDEZ CAMPOS.

MORELIA MICHOACAN A: marzo de 2022

DIRECTIVOS

DIRECTOR

M.S.P. JULIO CESAR GONZÁLEZ CABRERA

SECRETARIA ACADEMICA

M.I.E.N. CECILIA CASTRO CALDERÓN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

M.E. RENATO HERNÁNDEZ CAMPOS

MESA SINODAL

PRESIDENTA

DRA. MARBELLA DAMIAN GOMEZ

VOCAL

M.E. HORTENCIA GARDUÑO GARCIA

VOCAL

M.E. RENATO HERNANDEZ CAMPOS

DEDICATORIA

A MI FAMILIA

Cada día llego más lejos en la vida y debo reconocer que nada de esto sería posible sin el apoyo incondicional de mi querida familia. Gracias a todos ustedes por estar a mi lado, por haberme enseñado cómo vivir correctamente y por brindarme su más grande amor. A lo largo de mi vida he podido contar con el amor de una maravillosa Madre, con las enseñanzas, la disciplina y el cariño de un gran Padre y con la compañía y amor de mis queridos hermanos. Querida familia, les agradezco de corazón por todo lo que significan para mí.

Sería imposible no sentirme agradecido al tener una familia tan maravillosa como la que tengo; tener su apoyo incondicional me anima a seguir adelante a pesar de la adversidad, cada día le doy gracias a Dios porque me permitió venir a este mundo en el seno de mi querida familia que me brinda su más grande amor, su infinita paciencia y las más valiosas lecciones de vida que pueda aprender.”

AGRADECIMIENTOS

Sin Dios no hay futuro

A DIOS

Gracias por guiarme siempre y en toda circunstancia sentir tu misericordia, por darme una familia hermosa que en todo momento me han apoyado, no todos tiene la fortuna de gozar de salud, de inteligencia y sabiduría que me has proporcionado, pero sobre todo por la familia que tengo ya que sin su apoyo no hubiera podido llegar a la meta de este sueño maravilloso.

Gracias por tus propósitos porque desde antes tú ya sabias mi futuro, muchas veces cuestionamos tus decisiones y claro es difícil aceptarlas, pero siempre tienes algo mejor para cada uno de nosotros. A pesar de que muchas veces te he fallado, has demostrado tu inmenso amor hacia mí. Gracias por haberme elegido como enfermera, ayúdame a llevar esta profesión con el amor, la paciencia y humanismo que siempre nos tienes señor Jesús.

INDICE

I JUSTIFICACIÓN 1

II OBJETIVOS 2

2.1 GENERAL 2

2.2 ESPECÍFICOS 2

III MARCO TEÓRICO 3

3.1PROCESO DE ENFERMERÍA 3

3.1.1 DEFINICIONES 3

3.1.1.1 ANTECEDENTES 4

3.1.1.2 CARACTERÍSTICAS 6

3.1.1.3 BENEFICIOS DEL PAE 7

3.1.1.4 VENTAJAS 8

3.2 ETAPAS DEL PROCESO 8

3.2.1 VALORACIÓN 8

3.2.1.1 OBSERVACIÓN 9

3.2.1.2 ENTREVISTA 10

3.2.1.3 EXAMEN CLÍNICO 10

3.2.1.4 OBTENCIÓN DE DATOS 11

3.2.1.4.1 TIPOS DE DATOS 11

3.2.1.4.2 FUENTES DE LOS DATOS 12

3.2.1.4.3 PACIENTE 12

3.2.1.4.4 PERSONAS DE APOYO 13

3.2.1.4.5 MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS 14

3.2.1.4.6 OBSERVACIÓN 14

3.2.1.4.6.1 SOMATOMETRIA 15

3.2.1.4.6.2 TIPOS DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA 16

3.2.1.4.6.3 PREGUNTAS CERRADAS 16

3.2.1.4.6.4 PREGUNTAS ABIERTAS 16

3.2.1.4.6.5 PREGUNTA NEUTRA 16

3.2.1.4.6.6 PREGUNTA DIRIGIDA 17

3.2.1.4.7 EXPLORACIÓN 17
3.2.1.4.8 REGISTRO DE DATOS 18
3.2.2 DIAGNOSTICO 18
3.2.2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS. 19
3.2.2.1.1 REALES 19
3.2.2.1.2 RIESGO (POTENCIAL) 20
3.2.2.1.3 SALUD 20
3.2.2.1.4 POSIBLE 20
3.2.2.1.5 SÍNDROME 20
3.2.2.2 COMPONENTES DE LOS DX DE ENFERMERIA 22
3.2.2.2.1PROBLEMA 22
3.2.2.2.2 FACTORES DE RIESGO 22
3.2.2.2.3 FACTORES RELACIONADOS 22
3.2.2.2.4 CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS 23
3.2.2.3 PASOS PARA REALIZAR UN DX DE ENFERMERÍA 23
3.2.2.3.1 ¿QUÉ ES EL RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO? 24
3.2.2.3.2 ¿FORMULAR DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES? . 25
3.2.2.3.3 ¿QUÉ ES LA VALIDACIÓN? 25
3.2.3 PLANIFICACION 25
3.2.4 EJECUCIÓN 27
3.2.5 EVALUACIÓN 28
3.3 TEORÍA GENERAL DE ENFERMERIA 30
3.3.1 BIOGRAFÍA 30
3.3.2 LA TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA 32
3.3.3 LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO 34
3.3.4 LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO. 36
3.3.5 LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA. 39
3.4 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD QUE PRESENTA LA PERSONA 42
3.5 HISTORIA DEL PACIENTE. 45
IV METODOLOGÍA 51
V CASO CLÍNICO ORDENADO DREACUERDO A LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE DOROTHEA E. OREM 52
VI CONSIDERACIONES ÉTICAS 54

VII ZONAMIENTO DIAGNÓSTICO 55

VIII PLACES 60

8.1 EVALUACION 70

IX CONCLUSIONES 71

X GLOSARIO DE TERMINOS 72

XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 80

XII ANEXOS 82

RESUMEN

La aplicación del PE al usuario con diagnóstico médico de evento vascular cerebral hemorrágico por malformación arterio-venosa pontina. La hemorragia intracerebral causa el 10-15% de todas las enfermedades cerebrovasculares y tiene el 50% de mortalidad en las primeras 48 horas. Se considera una emergencia médica debido al rápido deterioro neurológico del paciente y su alto porcentaje de morbimortalidad.

A nivel mundial se reporta una prevalencia de EVC entre 500 y 700 casos por 100 000 habitantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta una media de 200 casos nuevos x 100 000 habitantes. Cada año en Europa y Estados Unidos se reportan entre 750 1000 y 1 200 000 casos nuevos de EVC (IMSS, 2018).

En México Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Cerebrovasculares, el IMSS ha atendido un promedio de 50.2%, estas enfermedades cardiovasculares de los hospitales, de la secretaria de salud atendió más del 34.2% y el ISSSTE con un 11.3% (GPC., 2017). El cuidado de enfermería conlleva la obtención y el análisis de los datos con el fin de identificar los puntos fuertes del paciente y sus problemas de salud potenciales o reales y el desarrollo; la enfermera le permite tomar decisiones importantes, ser capaz de encontrar soluciones únicas a problemas únicos, logrando que los usuarios de EVC sean independientes y tener confianza en sí mismos.

El objetivo es aplicar los conocimientos teórico-prácticos de la formación profesional de enfermería mediante el proceso enfermero realizado a un paciente con EVC bajo el referente teórico Dorothea E. Orem.

Palabras clave: enfermería, atención, hospital, paciente, malformación, personal,

ABSTRACT

The application of EP to the user with a medical diagnosis of hemorrhagic cerebral vascular event due to pontine arteriovenous malformation. Intracerebral hemorrhage causes 10-15% of all cerebrovascular diseases and has 50% mortality in the first 48 hours. It is considered a medical emergency due to the rapid neurological deterioration of the patient and its high percentage of morbidity and mortality.

Worldwide, a prevalence of CVD is reported between 500 and 700 cases per 100,000 inhabitants. The World Health Organization (WHO) reports an average of 200 new cases per 100,000 inhabitants. Each year in Europe and the United States, between 750,100 and 1,200,000 new cases of CVD are reported (IMSS, 2018).

In Mexico Epidemiological Profile of Cerebrovascular Diseases, the IMSS has attended an average of 50.2%, these cardiovascular diseases from hospitals, from the health secretary attended more than 34.2% and the ISSSTE with 11.3% (GPC., 2017). Nursing care involves the collection and analysis of data in order to identify the patient's strengths and potential or actual health problems and development; the nurse allows you to make important decisions, to be able to find unique solutions to unique problems, making EVC users independent and self-confident.

The objective is to apply the theoretical-practical knowledge of professional nursing training through the nursing process carried out on a patient with CVD under the theoretical reference Dorothea E. Orem.

Keywords: nursing, care, hospital, patient, malformation, staff,

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería (PE) es la metodología propia de la enfermera (o), el cual es un método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y/o comunidad ante las alteraciones de salud o circunstancias de la vida.

El presente trabajo trata de la aplicación del PE en un usuario con diagnóstico médico de evento vascular cerebral hemorrágico por malformación arterio-venosa pontina. La hemorragia intracerebral causa el 10-15% de todas las enfermedades cerebrovasculares y tiene el 50% de mortalidad en las primeras 48 horas. Se considera una emergencia médica debido al rápido deterioro neurológico del paciente y su alto porcentaje de morbimortalidad.

Las hemorragias debido a MAV tienden a ocurrir a nivel de la convexidad cerebral en la sustancia blanca subcortical más a menudo que en las áreas profundas del hemisferio. Las MAV se manifiestan como hematomas parenquimatosos espontáneos en el 50% de los casos, el sangrado se produce por ruptura de los canales vasculares anormales arterializados en el nido de la malformación. La localización de la HIC cerca de la fisura Silviana o del lóbulo temporal debe hacer sospechar la presencia de un aneurisma o de una MAV, así mismo cualquier hemorragia lobar en un paciente joven no hipertenso.

Por lo anteriormente mencionado es de gran relevancia proporcionar cuidados de enfermería para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. Sin embargo, en este caso se cuida de un usuario postoperado debido a la presencia de complicaciones.

Para la aplicación de la metodología se utilizó la Taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Clasificación de las Intervenciones de Enfermería NIC (*Nursing Interventions Classification) y de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification).*

I JUSTIFICACIÓN

El término enfermedad vascular cerebral (EVC) engloba un conjunto de trastornos clínicos de manifestación casi siempre súbita debidos al aporte insuficiente de sangre al cerebro (Flores, 2011).

La aplicación del PE al usuario con diagnóstico médico de evento vascular cerebral hemorrágico por malformación arterio-venosa pontina. La hemorragia intracerebral causa el 10-15% de todas las enfermedades cerebrovasculares y tiene el 50% de mortalidad en las primeras 48 horas. Se considera una emergencia médica debido al rápido deterioro neurológico del paciente y su alto porcentaje de morbimortalidad.

A nivel mundial se reporta una prevalencia de EVC entre 500 y 700 casos por 100 000 habitantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta una media de 200 casos nuevos x 100 000 habitantes. Cada año en Europa y Estados Unidos se reportan entre 750 1000 y 1 200 000 casos nuevos de EVC (IMSS, 2018).

En México Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Cerebrovasculares, el IMSS es quien a atendido en un promedio del 50.2%, de estas enfermedades cardiovasculares en los hospitales, la secretaria de salud atendió un poco mas del 34.2% y el ISSSTE con un 11.3% (GPC., 2017).

El personal de Enfermería en su desempeño brinda atención continua desde la atención primaria hasta la recuperación del paciente.

A la enfermera le permite tomar decisiones importantes, ser capaz de encontrar soluciones únicas a problemas únicos, logrando que los usuarios de EVC sean independientes y tener confianza en sí mismos, el proceso de enfermería se convierte en una herramienta propicia para la limitación del daño neurológico.

II OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Aplicar el Proceso de Enfermería basado en el referente teórico de Dorothea E. Orem, en un usuario con diagnóstico médico de evento vascular cerebral por malformación arterio-venosa para contribuir en el tratamiento de las respuestas humanas, mejorar el estado de salud y prevenir complicaciones.

2.2 ESPECÍFICOS

- Valorar las respuestas humanas para identificar problemas de salud reales o potenciales, factores de riesgo y/o fortalezas.
- Emitir juicios clínicos sobre el estado de salud de la persona con base en la taxonomía II de la NANDA.
- Planear cuidados de enfermería para contribuir en la solución de problemas reales y/o potenciales y prevenir complicaciones con el apoyo de la clasificación de resultados e intervenciones de enfermería.
- Realizar las intervenciones de enfermería planeadas para el mejoramiento de la salud del usuario.
- Evaluar los resultados obtenidos de las intervenciones realizadas y del estado de salud del usuario.

III MARCO TEÓRICO

3.1PROCESO DE ENFERMERÍA

3.1.1 DEFINICIONES

El proceso de enfermería es un método sistemático centrado en el paciente para estructurar la administración de la asistencia de enfermería. El proceso de enfermería conlleva la obtención y el análisis de los datos con el fin de identificar los puntos fuertes del paciente y sus problemas de salud potenciales o reales y el desarrollo y revisión continuos de un plan de intervenciones de enfermería para conseguir resultados acordes entre sí.

El proceso de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo es indispensable para ayudar a los sujetos de atención a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continúa con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana. (Amparo Roldan, 1998)

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva. (Reina, 2010)

3.1.1.1 ANTECEDENTES

El concepto de proceso de enfermería ha evolucionado a través de los años, se sabe que en pleno siglo XXI, en algunas instituciones de salud aún el profesional de enfermería centra su actuación con base en las indicaciones médicas más enfocadas a la enfermedad que a la persona, pero paralelo a esto también se conoce que existen organizaciones en las que trabajan para la profesionalización de enfermería en un sentido más independiente, lo cual se refleja a través de la historia donde el gremio ha propuesto avances en el método del cuidado para su comprensión, utilización y sobre todo el fortalecimiento de la identidad profesional. (Gomez, 2015)

PRIMERRA GENERACION

La primera generación del PE se desarrolló a finales del paradigma de categorización, entre los años de 1950 y 1970, La orientación dirigida a la salud pública se caracterizó por la necesidad de aplicar principios de higiene en el entorno, el principal hacer de enfermería se basaba en proporcionar al individuo un "entorno favorable" que promoviera la restauración o mantenimiento de la salud, principios que ya estaban presentes desde Nightingale quien posterior a la guerra de Crimea en Inglaterra determinó que un entorno provisto de aire fresco, limpieza, luz, agua pura, tranquilidad y dieta adecuada eran factores que mejoraban el entorno y por ende la salubridad. (M.G. González-Castillo, 2016)

SEGUNDA GENERACION

Los inicios de esta generación del PE se ubican en los años comprendidos entre 1970 y 1990, una vez transcurrido el paradigma de integración y comenzado el auge del paradigma de transformación, el PE se ve establecido cuando Bloch en 1974, Roy en 1975, Mundinger y Jauronen en 1975, Aspinall en 1976 y algunos autores más, añadieron la etapa del diagnóstico al definir y justificar la existencia de un juicio clínico de enfermería que hacía explícito el problema existente; de ahí la conformación del PE con las cinco etapas que actualmente conocemos. (M.G. González-Castillo, 2016)

TERCERA GENERACION

Este énfasis de la tercera generación del Proceso de enfermería en los "resultados" surgió con el interés de las instituciones de salud y educativas de identificar y medir los resultados de los pacientes influenciados por el cuidado de enfermería. Al ser presentados específicamente como resultados, adquieren una amplia gama de conceptos o variables que pueden medirse en cualquier punto a lo largo de un periodo, de cualquier forma, desde lo más negativo a lo más positivo, reflejan concepciones, condiciones, o conductas reales que puede adoptar el individuo, familia, grupo o comunidad, a diferencia de los "objetivos" que planteaban alcanzarse en la primera y segunda generación del PE, los cuales se limitaban a que se cumpliera o no el mejoramiento en el estado de salud, históricamente la (el) enfermera (o) únicamente había escrito declaraciones de objetivos que deseaba lograr con sus pacientes y, quedaba muy lejos de saber cuán próximo o lejano estaba de alcanzar cierto impacto deseado en estos (M.G. González-Castillo, 2016)

CONCLUSION

Hoy en día, es innegable el hecho de que todos los profesionales que incursionan en el PE de tercera generación brindan cuidados innovadores a la salud de otras personas, de forma activa y explícita, formulan juicios clínicos, deliberan cómo obtener los mejores resultados y los cuidados específicos para alcanzar cada uno de estos, todo ello con base en taxonomías para la estandarización del cuidado, implementarlo sin duda alguna impone la innegable capacidad de aplicar y desarrollar habilidades críticas, meta cognoscitivas y de pensamiento crítico, en esta dirección, es conveniente señalar que comienza a permear su aplicación en las instituciones de salud y educativas en México, como estrategia para medir los resultados en los pacientes influenciados por el cuidado de enfermería. (M.G. González-Castillo, 2016)

3.1.1.2 CARACTERÍSTICAS

El proceso de enfermería tiene características distintivas que capacitan al profesional de enfermería para responder al estado de salud cambiante del paciente. Estas características son su naturaleza cíclica y dinámica, el sentimiento del paciente de ser el centro de todo, el enfoque del proceso en la resolución de los problemas y la toma de decisiones, el estilo interpersonal y colaborador, la aplicabilidad universal y el uso del pensamiento crítico. (Audrey Berman, 2008)

- Los datos de cada fase proporcionan información sobre la siguiente. Las observaciones de la evaluación alimentan nuevas valoraciones. Por ello, el proceso de enfermería es un acontecimiento o secuencia de acontecimientos que se repite regularmente (un ciclo) y que cambia continuamente (dinámico) en lugar de permanecer sin cambios (estático).

- El proceso de enfermería se centra en el paciente. El profesional de enfermería organiza el plan de asistencia en función de los problemas del paciente en lugar de los objetivos de enfermería. En la fase de valoración, el profesional de enfermería obtiene datos para determinar los hábitos, rutinas y necesidades del paciente, lo que capacita al profesional de enfermería para incorporar al máximo las rutinas del paciente en el plan de asistencia.

- El proceso de enfermería es una adaptación de la resolución de los problemas y de la teoría de sistemas. Puede verse paralelo pero separado del proceso usado por los médicos (el modelo médico). Ambos procesos comienzan con los datos obtenidos y el análisis, basan la acción (intervención o tratamiento) en una declaración del problema (diagnóstico de enfermería o médico) e incluyen un componente evaluador. Pero el modelo médico se centra en los sistemas fisiológicos y el proceso morboso, mientras que el proceso de enfermería se dirige a las respuestas del paciente a la enfermedad.

- La toma de decisiones está implicada en todas las fases del proceso de enfermería. Los profesionales de enfermería pueden ser muy creativos en la determinación de cuándo y cómo usar los datos para tomar decisiones. No están ligados a respuestas

estándar y pueden aplicar su repertorio de habilidades y conocimientos a la ayuda de los pacientes. Esto facilita la individualización del plan de asistencia del profesional de enfermería.

- El proceso de enfermería es interpersonal y colaborador. Exige que el profesional de enfermería se comunique de forma directa y constante con los pacientes y los familiares para cubrir sus necesidades. También exige que los profesionales de enfermería colaboren, como miembros del equipo de asistencia sanitaria, en un esfuerzo conjunto para proporcionar una asistencia de calidad al paciente.

- La característica de aplicación universal del proceso de enfermería traduce que se usa como una estructura para la asistencia de enfermería en todos los tipos de marcos sanitarios, con pacientes de todos los grupos de edad.

- Los profesionales de enfermería usan diversas habilidades del pensamiento crítico para desempeñar el proceso de enfermería. proporciona ejemplos de pensamiento crítico en el proceso de enfermería. (Audrey Berman, 2008)

3.1.1.3 BENEFICIOS DEL PAE

La importancia del proceso de atención en enfermería (P.A.E.), radica en que enfermería necesita un lugar para registrar sus acciones de tal forma que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas. Mediante el PAE se utiliza un modelo centrado en el usuario que: aumenta nuestro grado de satisfacción, nos permite una mayor autonomía, continuidad en los objetivos, la evolución la realiza enfermería, si hay registro es posible el apoyo legal, la información es continua y completa, se deja constancia de todo lo que se hace y nos permite el intercambio y contraste de información que nos lleva a la investigación.

En el campo de la Hemodiálisis, con pacientes cada vez de mayor edad y una importante comorbilidad asociada (Diabetes Mellitus, patología cardiovascular, etc.) , los PAE deben además ir orientados a conseguir una mayor calidad de vida de nuestros pacientes, que se puede traducir en: bajas tasas de ingresos hospitalarios, mayores supervivencias y una

buena percepción por parte de los pacientes de su estado de salud. (Rosana Yuste Codes, 2015)

El proceso de enfermería en la practica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad, además proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería. (Amparo Roldan, 1998)

3.1.1.4 VENTAJAS

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado, le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte el profesional, le facilita la comunicación, concede flexibilidad en el cuándo; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo: le permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para su investigación

En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención. (Amparo Roldan, 1998)

3.2 ETAPAS DEL PROCESO

3.2.1 VALORACIÓN

Esta primera fase del proceso de enfermería tal vez es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida: una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral del paciente y a los temas y diagnóstico de enfermería. 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. (Lic. Susana Rosales Barrera, 2004)

3.2.1.1 OBSERVACIÓN

La observación tiene dos aspectos: a) fijarse en los datos, y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos. Un profesional de enfermería que observa que la cara de un paciente se enrojece debe relacionar la observación con datos como la temperatura corporal, la actividad, la temperatura ambiental y la presión arterial. Pueden producirse errores al seleccionar, organizar e interpretar los datos. Por ejemplo, un profesional de enfermería podría no notar ciertos signos, porque sean inesperados o porque no se adapten a las concepciones previas sobre la enfermedad del paciente.

Los profesionales de enfermería deben centrarse en datos específicos con el fin de no sentirse abrumados por múltiples datos. Observar, por tanto, implica distinguir los datos de una forma significativa. Por ejemplo, los profesionales de enfermería que atienden a recién nacidos aprenden a ignorar los ruidos habituales de las máquinas de la sala de neonatología, pero responden con rapidez al movimiento o llanto de un lactante. (Audrey J. Berman, 2013)

Esta herramienta que debe utilizarse desde el primer encuentro con el paciente y durante su estancia hospitalaria, consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente (características, actividad física, manifestaciones clínicas, necesidades biológicas) y el entorno físico o psicodinámico (comunicación, sentimientos, necesidades, interacciones, relaciones y ambiente) que le rodea.

Un elemento importante es la observación con objetividad y no la interpretación personal en relación con el paciente, para no distorsionar la realidad de lo que está sucediendo; algunos ejemplos son anotar “sonríe con frecuencia”, y no la interpretación personal “irradia felicidad constantemente” o “se escucha el ruido de las fábricas” y no “existe un ambiente ruidoso”. (Lic. Susana Rosales Barrera, 2004)

3.2.1.2 ENTREVISTA

Al igual que la observación, debe ser continua en la relación enfermera- paciente, y llevarse a cabo en un ambiente de privacidad; requiere del autoconocimiento del profesional de enfermería para poder comprender al paciente. La entrevista puede ser formal a través de un interrogatorio dirigido para desarrollar una empatía entre ambos, y obtener información necesaria para planear y proporcionar cuidados personalizados; o informal durante la realización de cuidados en la que con frecuencia el paciente expresa sentimientos y problemas, mismos que deben utilizarse para complementar la entrevista formal. (Lic. Susana Rosales Barrera, 2004)

3.2.1.3 EXAMEN CLÍNICO

Conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta el paciente, la cual se logra por la exploración de regiones desde la cabeza a los pies y por aparatos o sistemas, según sea el caso, para ratificar e investigar alteraciones o problemas funcionales y de comportamiento significativos, y se complementa con los resultados de los exámenes gráficos y químicos necesarios.

Para la obtención de datos, además de las herramientas previamente enunciadas, debe recurrirse a **fuentes de información** directa (paciente) o indirecta (familia, recursos humanos y registros documentales).

El paciente es quien conoce su situación, vive sus problemas, por tanto, es quien directamente puede dar información. La información indirecta se refiere a familiares, amistades o personas que conocen o han presenciado situaciones o problemas relacionados con el paciente; los recursos humanos expertos o especialistas pueden aportar información para dirigir, planear ejecutar o evaluar la atención requerida; los recursos documentales, como registros informativos médicos, de enfermería, sociales o de desarrollo, sistemas computarizados, informes de cambio de turno, *Kardex*, recursos bibliográficos, complementan la información necesaria para planear el proceso de enfermería.

Uno de los instrumentos de trabajo utilizados en la atención de cada uno de los pacientes es el **expediente clínico.** "El expediente clínico es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones del paciente correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones reglamentarias". (Lic. Susana Rosales Barrera, 2004)

3.2.1.4 OBTENCIÓN DE DATOS

La obtención de datos es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Una **base de datos** es toda la información sobre un paciente: comprende la anamnesis de enfermería, la valoración física, la anamnesis y la exploración física realizadas por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales sanitarios. Los datos del paciente deben incluir los antecedentes, así como los problemas actuales. Por ejemplo, el antecedente de reacción alérgica a penicilina es una parte vital de la historia. Los antecedentes quirúrgicos, las prácticas de sanación tradicionales y las enfermedades crónicas son también ejemplos de datos históricos. Los datos actuales se relacionan con las circunstancias presentes, como dolor, náuseas, patrones del sueño y prácticas religiosas. Para recoger los datos con precisión se debe contar con la participación activa de la enfermera y el paciente. Los datos pueden ser subjetivos u objetivos y de tipo constante o variable y se pueden obtener de una fuente primaria o secundaria. (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.1 TIPOS DE DATOS

Los **datos subjetivos,** denominados también **síntomas** o datos ocultos, sólo resultan aparentes para la persona afectada y sólo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. El prurito, el dolor y la sensación de miedo son ejemplos de datos subjetivos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital.

Los **datos objetivos** se llaman también **signos** o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física. Por ejemplo, la decoloración de la piel o el registro de la presión arterial son datos objetivos. Durante la exploración física la enfermera obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la
fase de valoración del proceso de enfermería.

Los datos constantes son informaciones que no se modifican a lo largo del tiempo, como la raza o el tipo sanguíneo. Los datos variables se pueden modificar con rapidez, con frecuencia o en pocas ocasiones e incluyen aspectos como la presión arterial, la edad y la intensidad del dolor.

La base de datos completa nos permite contar con datos basales para comparar las respuestas de los pacientes ante las intervenciones de enfermería o médicas. (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.2 FUENTES DE LOS DATOS

Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias. El paciente es la base primaria de datos, mientras que los familiares, otras personas de apoyo, los profesionales sanitarios, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía importante son fuentes secundarias de datos. De hecho, todas las fuentes distintas del propio paciente se consideran secundarias. Todas las fuentes secundarias deben validarse, si es posible. (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.3 PACIENTE

La mejor fuente de datos suele ser el paciente, a no ser que esté demasiado enfermo, sea demasiado joven o esté confundido como para comunicarse claramente. El paciente puede proporcionar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer. Los datos primarios suelen ser las declaraciones hechas por el paciente, pero también incluyen aquellos datos objetivos que puede obtener directamente el profesional de enfermería del paciente, como el sexo.

Algunos pacientes no pueden o no desean proporcionar datos precisos. Entre ellos están los niños pequeños y los pacientes confundidos, asustados, avergonzados o desconfiados, o que no hablan la lengua del profesional de enfermería. (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.4 PERSONAS DE APOYO

Los familiares, los amigos y los cuidadores que conocen al paciente pueden a menudo complementar o verificar la información dada por este. Podrían transmitir información sobre la respuesta del paciente a la enfermedad, el estrés que experimentó antes de la enfermedad, las actitudes de la familia sobre la enfermedad y la salud y el ambiente domiciliario del paciente.

Las personas de apoyo son una fuente especialmente importante de datos en el caso de un paciente muy joven o que está inconsciente o confundido. En algunos casos (un paciente del que se abusó física o emocionalmente, por ejemplo), la persona que da la información puede querer seguir siendo anónima. Antes de obtener datos de las personas de apoyo, el profesional de enfermería debe asegurarse de que el paciente, si es capaz de ello, acepte tal fuente de información. El profesional de enfermería debe además indicar en el historial de enfermería que los datos se obtuvieron de una persona de apoyo. La información proporcionada por los familiares, allegados y otros profesionales sanitarios se considera subjetiva si no se basa en hechos.

Si la hija del paciente dice «papá está hoy muy confuso», se trata de un dato subjetivo secundario porque es una interpretación de la hija sobre la conducta del paciente. El profesional de enfermería debe intentar verificar la confusión comunicada entrevistando directamente al paciente. Pero si la hija dice «papá cree que estamos en 1941», esto puede considerarse un dato objetivo secundario ya que la hija escuchó decir esto a su padre directamente.

Profesionales sanitarios Como la valoración es un proceso continuo, los informes verbales de otros profesionales sanitarios sirven de posibles fuentes de información sobre la salud del paciente. Los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales, los médicos y los fisioterapeutas, por ejemplo, pueden tener información de un contacto previo o actual con

el paciente. Compartir la información entre profesionales es especialmente importante para asegurar la continuidad de la asistencia cuando los pacientes son transferidos a su hogar o de su hogar a las instituciones sanitarias. (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.5 MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS

Los principales métodos usados para recoger los datos son la observación, la entrevista y la exploración. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería tiene contacto con el paciente o las personas de apoyo. La entrevista se usa sobre todo mientras se recoge la anamnesis de enfermería. La exploración es el principal método utilizado en la valoración física de la salud.

En realidad, el profesional de enfermería usa los tres métodos a la vez cuando valora a los pacientes. Por ejemplo, durante la entrevista del paciente, el profesional de enfermería observa, escucha, plantea preguntas y retiene información para la exploración física. (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.6 OBSERVACIÓN

Observar es obtener datos usando los sentidos. La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Aunque los profesionales de enfermería observan sobre todo a través de la vista, la mayoría de los sentidos participan durante las observaciones atentas. Los profesionales de enfermería deben centrarse en datos específicos con el fin de no sentirse abrumados por múltiples datos. Observar, por tanto, implica distinguir los datos de una forma significativa.

Por ejemplo, los profesionales de enfermería que atienden a recién nacidos aprenden a ignorar los ruidos habituales de las máquinas de la sala de neonatología, pero responden con rapidez al movimiento o llanto de un lactante. Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante. La mayoría de los profesionales de enfermería desarrolla una secuencia particular de acontecimientos

observadores, habitualmente centrados primero en el paciente. Por ejemplo, un profesional de enfermería camina por la habitación de un paciente y observa en el siguiente orden:

1-Signos clínicos de sufrimiento (p. ej., palidez o enrojecimiento, respiración laboriosa y conducta que indica dolor o sufrimiento emocional).
2. Amenazas a la seguridad del paciente, reales o anticipadas (p. ej., una barandilla bajada).
3. La presencia y funcionamiento de equipo asociado (p. ej., equipo intravenoso y oxígeno).
4. El ambiente inmediato, como las personas que están en la habitación.
(Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.6.1 SOMATOMETRIA

Una somatometría es una entrevista de comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento. Un ejemplo de entrevista es la anamnesis de enfermería, que forma parte de la valoración del ingreso.
Existen dos métodos para entrevistar: dirigido y no dirigido. La **entrevista dirigida** está muy estructurada y obtiene información específica. El profesional de enfermería establece el objetivo de la entrevista y la controla, al menos al comienzo. El paciente responde a preguntas, pero puede tener una oportunidad limitada para plantear cuestiones o comentar preocupaciones. Los profesionales de enfermería usan con frecuencia las entrevistas dirigidas para obtener y dar información cuando el tiempo es limitado (p. ej., en una situación urgente).
Durante una **entrevista no dirigida,** o entrevista construida sobre la buena relación, por el contrario, el profesional de enfermería permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo. La **buena relación** es la comprensión entre dos o más personas. (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.6.2 TIPOS DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA

Las preguntas se clasifican a menudo en cerradas y abiertas y en neutras o dirigidas.

3.2.1.4.6.3 PREGUNTAS CERRADAS

Que se usan en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente solicitan un «sí» o «no» o respuestas cortas directas que dan información específica. Las preguntas cerradas comienzan con «cuándo», «dónde», «quién», «qué», «haces (o hiciste)» o «eres (o fuiste)». Ejemplos de preguntas cerradas son «¿qué medicamento tomó?», «¿le duele ahora? Muéstreme dónde», «¿qué edad tiene?», «¿cuándo se cayó?». La persona muy estresada y la que tiene dificultades para comunicarse encontrará estas preguntas cerradas más fáciles de responder que las abiertas. (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.6.4 PREGUNTAS ABIERTAS

En una entrevista centrada en el paciente se intenta descubrir, en las propias palabras del paciente, cuál es el problema de salud y su causa probable. Se debe recordar que los pacientes son generalmente la mejor fuente cuando se habla de sus síntomas o en lo referente a su historia sanitaria.

Comenzaremos haciendo al paciente una pregunta abierta para sacar su historia. Una pregunta abierta no supone una respuesta específica. Por ejemplo, «Entonces, ¿por qué vino usted hoy al hospital?» o «Háblеme de los problemas que está teniendo». El uso de preguntas abiertas incita a los pacientes a describir una situación en más de una o dos palabras. Esta técnica lleva a una conversación en la que los pacientes describen activamente su estado de salud.

La utilización de preguntas abiertas fortalece la relación con el paciente porque muestran que el profesional está interesado en escuchar los pensamientos y los sentimientos del paciente. Hay que recordar animar y permitir que el paciente cuente toda la historia. (Patricia A. Potter, 2013)

3.2.1.4.6.5 PREGUNTA NEUTRA

Es una pregunta que el paciente puede responder sin dirección ni presión por parte del profesional de enfermería, es una pregunta abierta y se usa en las entrevistas no dirigidas.

Ejemplos de ellas son «¿cómo se siente respecto a eso?», «¿por qué cree que necesita esa operación?». (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.6.6 PREGUNTA DIRIGIDA

En cambio, suele usarse en una entrevista dirigida y con ello dirige la respuesta del paciente. Ejemplos de ellas son «usted está preocupado por la intervención quirúrgica de mañana, ¿no es cierto?», «se tomará las medicinas, ¿no?». La pregunta dirigida da al paciente la oportunidad de decidir si la respuesta es o no cierta. Las preguntas dirigidas crean problemas si el paciente, en un esfuerzo por complacer al profesional de enfermería, da respuestas imprecisas. Esto pude originar datos también imprecisos. (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.7 EXPLORACIÓN

La exploración física o la valoración física es un método sistemático de recogida de datos que usa la observación (es decir, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para detectar problemas de salud. Para realizar la exploración, el profesional de enfermería usa las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se realiza de forma sistemática. Puede organizarse en función de la preferencia del explorador, en una disposición desde la cabeza a los dedos de los pies o por sistemas orgánicos. El profesional de enfermería suele registrar primero una impresión general sobre el aspecto general del paciente, por ejemplo, la edad, el tamaño corporal, el estado mental y nutricional, el habla y la conducta. Después el profesional toma medidas como las constantes vitales, la altura y el peso.

El método **cefalocaudal** o de la cabeza a los dedos de los pies comienza con la exploración de la cabeza; progresa hacia el cuello, el tórax, el abdomen y las extremidades, y termina en los dedos de los pies. El profesional de enfermería que usa un método por sistemas corporales investiga cada sistema de forma individual, es decir, el sistema respiratorio, el sistema circulatorio, el sistema nervioso y así sucesivamente. Durante la exploración física, el profesional de enfermería valora todas las partes del cuerpo y compara las observaciones hechas en cada lado del cuerpo (p. ej., los pulmones).

En ocasiones, el profesional de enfermería puede considerar necesario resolver un síntoma o problema del paciente (p. ej., la disnea) antes de completar la exploración. El profesional de enfermería también puede realizar una exploración de cribado.

Una **exploración de cribado,** también llamada **revisión de sistemas,** es una revisión breve del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas corporales. Los datos obtenidos en esta exploración se miden frente a normas o modelos, como los modelos de peso y altura ideales o las normas de temperatura corporal o presión arterial. (Audrey Berman, 2008)

3.2.1.4.8 REGISTRO DE DATOS

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería. Por ejemplo, el profesional de enfermería registra la toma del desayuno por parte del paciente (dato objetivo) como «240 mL de café, 120 mL de zumo, 1 huevo y 1 tostada» en lugar de un «buen apetito» (un juicio).

Un juicio o conclusión como un «buen apetito» o un «apetito normal» pueden tener diferentes significados para diferentes personas. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas. Decir en otras palabras lo que alguien manifiesta aumenta la probabilidad de cambiar el significado. (Audrey Berman, 2008)

3.2.2 DIAGNOSTICO

Es la segunda fase del Proceso de Enfermería. Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Un Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

El Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera. La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. ((INEPEO), 2013)

3.2.2.1 CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS.

3.2.2.1.1 REALES

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico. (ENFERMERIA COMUNITARIA, 2015)

3.2.2.1.2 RIESGO (POTENCIAL)

Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término “alto riesgo” . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes €. (ENFERMERIA COMUNITARIA, 2015)

3.2.2.1.3 SALUD

Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud. (ENFERMERIA COMUNITARIA, 2015)

3.2.2.1.4 POSIBLE

son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes €. (ENFERMERIA COMUNITARIA, 2015)

3.2.2.1.5 SÍNDROME

Comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o

factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica. (ENFERMERIA COMUNITARIA, 2015)

3.2.2.2 COMPONENTES DE LOS DX DE ENFERMERIA

3.2.2.2.1PROBLEMA

La declaración del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud del paciente de forma clara y concisa en pocas palabras. El objetivo de la etiqueta diagnóstica es dirigir la formación de los objetivos del paciente y los resultados deseados. También puede sugerir alguna intervención de enfermería. Cada etiqueta diagnóstica aprobada por la NANDA conlleva una identificación que aclara su significado. (Audrey Berman, 2008)

3.2.2.2.2 FACTORES DE RIESGO

El componente etiológico de un diagnóstico de enfermería identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional de enfermería para individualizar la asistencia del paciente, las etiologías probables de la *intolerancia a la actividad* son el estilo de vida sedentario, la debilidad generalizada y otras. Diferenciar entre las posibles etiologías en el diagnóstico de enfermería es esencial porque cada una puede exigir diferentes intervenciones. (Audrey Berman, 2008).

3.2.2.2.3 FACTORES RELACIONADOS

son un componente integral de todos los diagnósticos enfermeros focalizados en el problema. Los factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (p. ej., causa, factor contribuyente). Una revisión de la historia clínica del paciente frecuentemente ayuda a identificar los factores relacionados. Siempre que sea posible, las intervenciones enfermeras deberían dirigirse a estos factores etiológicos de manera que se eliminen las causas subyacentes al diagnóstico enfermero. (T. Heather Herdman, 2020)

3.2.2.2.4 CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Evidencias o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de diagnósticos focalizados en problemas, de promoción de la salud o síndromes. Esto no solo implica aquellas cosas que las enfermeras pueden ver, también aquellas que son oídas (p. ej., lo que el paciente/familia nos dice), y aquello que tocamos o que olemos. (T. Heather Herdman, 2020)

3.2.2.3 PASOS PARA REALIZAR UN DX DE ENFERMERÍA

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. (NANDA-I 2018-2020). Un diagnóstico enfermero contiene típicamente dos partes: (1) descriptor o modificador y (2) foco del diagnóstico o concepto clave del diagnóstico. En estos diagnósticos el modificador y el foco están inherentes en el mismo término.

Los enfermeros diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Los diagnósticos focalizados en el problema no deberían ser entendidos como más importantes que los diagnósticos de riesgo. Algunas veces un diagnóstico de riesgo puede ser el diagnóstico de máxima prioridad para un paciente. Aunque la *intolerancia a la actividad* y el *deterioro de la memoria* son diagnósticos focalizados en el problema, el *riesgo caídas* del paciente debería ser el diagnóstico prioritario, especialmente si el individuo se está adaptando a un nuevo entorno.

Esto sería especialmente oportuno cuando se identifican factores relacionados de riesgo en la valoración. Cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara. Es importante mencionar que con solo la etiqueta o con una lista de etiquetas no es suficiente. Es crucial que las enfermeras conozcan las definiciones de los diagnósticos que utilizan de forma más frecuente. Además, necesitan saber los «indicadores diagnósticos» —la información que es usada para diagnosticar y diferenciar un diagnóstico de otro—. Estos indicadores

diagnósticos incluyen características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo.

- **De intercambio** Patrón de respuesta humana que consiste en dar y recibir a la vez
- **De comunicación** Patrón de respuesta humana es el único de mensajes
- **De relación** Patrón de respuesta humana que consiste en el establecimiento de vínculos
- **De valoración** Patrón de respuesta humana que consiste en la asignación de un valor relativo.
- **De elección** Patrón de respuesta humana que consiste en la solución de alternativas
- **De movimiento** Patrón de respuesta humana que implica actividad
- **De percepción** Patrón de respuesta humana que consiste en la recepción de información
- **De conocimiento** Patrón de repuesta humana que implica el significado asociado con la información
- **De sentimientos** Patrón de respuesta humana que consiste en el conocimiento subjetivo de información. (Fernández, 2006)

¿Cuáles son los pasos de la etapa de diagnóstico? Para realizar esta etapa se requieren de tres pasos fundamentales:

1. Razonamiento diagnóstico.

2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

3. Validación. (GONZALEZ, 2013)

3.2.2.3.1 ¿QUÉ ES EL RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO?

Es la "aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas (...)" (Alfaro 1999:88). La/el enfermera (o) durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico. (GONZALEZ, 2013)

3.2.2.3.2 ¿FORMULAR DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES?

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N.A.N.DA y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes de acuerdo a sus características. (GONZALEZ, 2013)

3.2.2.3.3 ¿QUÉ ES LA VALIDACIÓN?

Durante la validación, la enfermera(o) debe consultar al usuario para corroborar que esté en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes. ¿Cómo se realiza el registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes? Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para Iniciar con la etapa de planeación. Las políticas y normas de cada institución para el cuidado de la salud generan una diversidad en los registros de enfermería; sin embargo, todos deben considerar un apartado para que la/el enfermera(o) documente sus juicios clínicos (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes). (GONZALEZ, 2013)

3.2.3 PLANIFICACION

Después de identificar los diagnósticos de enfermería de un paciente y los problemas de colaboración, comienza la planificación, el tercer paso del proceso de enfermería. La planificación implica el establecimiento de prioridades, identificando objetivos y resultados esperados centrados en el paciente, y prescribiendo intervenciones de enfermería individualizadas. En última instancia, durante la implementación las intervenciones resuelven los problemas del paciente y alcanzan los objetivos y los resultados esperados.

La planificación requiere pensamiento crítico aplicado a través de la deliberada toma de decisiones y resolución de problemas. También implica trabajar estrechamente con los pacientes, sus familias y el equipo de asistencia sanitaria mediante la comunicación y la consulta permanente. Los pacientes se benefician más cuando su atención representa un esfuerzo conjunto de la pericia de todos los miembros del equipo de asistencia sanitaria. Un plan de cuidados es dinámico y cambia a medida que cambian las necesidades del paciente. (Patricia A. Potter, 2013)

La planificación es una fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. En la planificación, el profesional de enfermería se refiere a los datos de la valoración del paciente y a las declaraciones diagnósticas para obtener indicadores con el fin de formular los objetivos del paciente y diseñar las intervenciones de enfermería necesarias para evitar, reducir o eliminar los problemas de salud del paciente.

Una **intervención de enfermería** es «cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que un profesional de enfermería realiza para potenciar los resultados del paciente/cliente. El producto final de la fase de planificación es un plan de asistencia del paciente. Aunque la planificación es responsabilidad del profesional de enfermería, la ayuda del paciente y de las personas de apoyo es esencial para que el plan sea eficaz. (Audrey Berman, 2008)

Los profesionales de enfermería no planifican para el paciente, sino que le animan a participan activamente hasta donde sea posible. En el marco domiciliario, las personas de apoyo y cuidadores del paciente son los únicos que ponen en marcha el plan de asistencia; por ello, su eficacia depende en gran medida de ellos. (Audrey Berman, 2008)

Esta etapa se lleva a cabo en tres fases:

Se fijan las prioridades sobre los diagnósticos enfermeros detectados
para saber qué acciones de cuidados deben realizarse en primer lugar y cuáles posteriormente. En general, se suele utilizar la jerarquización de necesidades de Maslow: necesidades fisiológicas, de seguridad, de afecto y de pertenencia y autorrealización. En el

momento en el que se detecte y sea emitido más de un diagnóstico enfermero habrá que realizar un proceso de priorización para decidir sobre cuál de ellos es conveniente actuar en primer lugar.

Se establecen los objetivos-resultados esperados

para lo que se elaboran sobre la base del orden de prioridades antes fijado. Cada diagnóstico de enfermería tiene su propio objetivo (metas que se proponen alcanzar). Al marcar un objetivo, se predice una evolución positiva de la persona, una vez realizados los cuidados enfermeros. En relación con la persona, los objetivos o metas favorecen su participación en el proceso terapéutico.

Se determinan las actividades de enfermería

(éstas van dirigidas a proporcionar bienestar, prevenir complicaciones, promover, mantener y restablecer la salud). Las actividades o intervenciones enfermeras. (Alonso, 2013)

3.2.4 EJECUCIÓN

Una vez finalizada la planificación se inicia la cuarta etapa del proceso, la ejecución, que está íntimamente ligada a ella. En esta etapa se ponen en práctica las actividades de enfermería, sin olvidar seguir recogiendo datos y valorando la conducta del enfermo mientras se realizan éstas, para conseguir los objetivos que se han propuesto. Al inicio de las actividades, la enfermera revisa el plan de cuidados y tiene en cuenta los recursos materiales y humanos de que dispone. (Alonso, 2013)

Es responsable de los cuidados que ejecuta, tanto los derivados de intervenciones independientes como de las interdependientes y sus acciones han de ser seguras. La etapa de ejecución puede dividirse en tres fases: una fase de preparación, que supone un seguimiento mental de todas las fases anteriores, antes de actuar; una de intervención, que implica la realización de las intervenciones programadas; y una de documentación, donde se describe la forma en la que se han llevado a cabo los cuidados. Los cuidados han de contemplar a la persona holísticamente. (Alonso, 2013)

En el proceso de enfermería, la ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología de la NIC, la **aplicación** consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones. El profesional de enfermería realiza o delega las actividades de enfermería para las intervenciones que se elaboraron en el paso de la planificación y después concluye el paso de aplicación registrando las actividades de enfermería y las respuestas resultantes del paciente. (Audrey Berman, 2008)

Aunque el profesional de enfermería puede actuar en nombre del paciente, los modelos profesionales apoyan la participación del paciente y de la familia, como en todas las fases del proceso de enfermería. El grado de participación depende del estado de salud del paciente. Por ejemplo, un varón inconsciente es incapaz de participar en su asistencia y por tanto precisa que alguien cuide de él. Por el contrario, un paciente que puede caminar puede precisar poca asistencia del profesional de enfermería y desempeñar las actividades sanitarias de manera independiente. (Audrey Berman, 2008)

3.2.5 EVALUACIÓN

Cuando un técnico va a una casa para arreglar un grifo que gotea, gira el grifo para determinar el problema, cambia o ajusta piezas, y vuelve a inspeccionar el grifo para determinar si el goteo está arreglado. Después de que un paciente diagnosticado de neumonía termine un ciclo de antibiótico, el profesional sanitario le hace volver a la consulta para realizarle una radiografía de tórax para determinar si la neumonía se ha solucionado. Cuando una enfermera proporciona cuidados de las heridas, incluido el uso de una compresa tibia, están implicados varios pasos. La enfermera valora el aspecto de la herida, determina su gravedad, aplica la forma de compresa apropiada y vuelve más tarde para determinar si la situación de la herida ha mejorado. (Patricia A. Potter, 2013)

Estos tres escenarios representan lo que ocurre en última instancia durante el proceso de evaluación. El técnico vuelve a inspeccionar el grifo, el médico pide una radiografía de tórax y la enfermera vuelve a examinar la herida del paciente. La evaluación implica dos componentes: una revisión de una condición o situación y un juicio sobre si se ha producido

el cambio. Lo ideal después de que lleve a cabo una intervención, sería que la evaluación revelase una mejoría, un resultado deseado. (Patricia A. Potter, 2013)

La evaluación, la fase final del proceso de enfermería, es crucial para determinar si, después de la aplicación del proceso de enfermería, el estado o el bienestar del paciente mejora. Se aplica todo lo que se conoce sobre un paciente y su estado, y las propias experiencias con pacientes previos para evaluar si los cuidados enfermeros fueron efectivos. Se realizan medidas de evaluación para determinar si los pacientes alcanzaron los resultados esperados, no para determinar si se completaron las intervenciones de enfermería. (Patricia A. Potter, 2013)

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 otros profesionistas que intervienen en su cuidado. (Lic. Susana Rosales Barrera, 2004)

la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería (Reina, 2010)

3.3 TEORÍA GENERAL DE ENFERMERIA

DOROTHEA ELIZABETH OREM

3.3.1 BIOGRAFÍA

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education. (Dr.C. Ydalsys Naranjo HernándezI, 2017)

Sus primeros años de práctica en enfermería los pasó en el Providence Hospital, Washington, DC (1934-1936-1942) y el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts (1936-1937). Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración. Se desempeñó como director de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan 1945-1948, donde también enseñó ciencias biológicas y enfermería (1939-1941). En la Universidad Católica de América, Orem se desempeñó como profesor asistente (1959-1964), profesor adjunto (1964-1970) y decano de la Escuela de Enfermería (1965-1966). (Dr.C. Ydalsys Naranjo HernándezI, 2017)

Como consultor de plan de estudios, Dorothea E. Orem trabajó con las escuelas, departamentos y divisiones de la enfermería en las universidades y escuelas superiores como la Universidad de Alberta, George Brown College de Artes Aplicadas y Tecnología, la Universidad del Sur de Mississippi, la Universidad de Georgetown, Incarnate Word College, El Paso CommunityCollege, el Colegio Médico de Virginia, y el Instituto Técnico de Washington. (Dr.C. Ydalsys Naranjo HernándezI, 2017)

También se desempeñó como consultor de plan de estudios para la Oficina de Educación de Estados Unidos Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, Sección enfermera práctica en 1958, 1959 y 1960, a la División de Hospitales y Servicios Institucionales, el Consejo de Salud del Estado de Indiana desde 1949 para 1957, y para el

Centro de Experimentación y Desarrollo en Enfermería, el Hospital Johns Hopkins, 1969/71, y Director de Enfermería, Wilmer Clinic, el Hospital Johns Hopkins, 1975-1976. (Dr.C. Ydalsys Naranjo HernándezI, 2017)

El primer libro publicado de Dorothea E. Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Dorothea E. Orem fue editora de la NDCG (1973,1979). En 2004 se reedito la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship. Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001. Dorothea E. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado. (Dr.C. Ydalsys Naranjo HernándezI, 2017)

La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de Doctor of science en 1976. Recibió el premio Alumini Association Award for NursingTheory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humane Letters, Illinois WesleyanUniversity (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National Leaguaje for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing en 1992. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Misouri en 1998.

Falleció el 22 de junio de 2007, Savannah, Georgia, Estados Unidos. (Dr.C. Ydalsys Naranjo HernándezI, 2017)

3.3.2 LA TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA

Está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí:

Teoría del Autocuidado.

Teoría del Déficit de Autocuidado.

Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Define la salud como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones

Enfermería es sinónimo de cuidado. El objetivo de la disciplina, es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico ”.

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

- Examinar los factores, los problemas de salud y los déficit de autocuidado.
- Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
- Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo, un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño.

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son:

- Universales, los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana.
- De cuidados personales del Desarrollo, surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. el embarazo y la menopausia, o de estados que afectan el desarrollo humano Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo.
- De cuidados personales de los trastornos de salud Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos.

Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia.

Para la implementación de las actividades desarrollo tres sistemas de Compensación:

- Total, requiere de que se actué en lugar de él.
- Parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.
- De Apoyo educativo, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional.

3.3.3 LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones 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.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipo de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Dorotea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, 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 dependiente.

Salud: la 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. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, 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.

Aunque no lo 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.

Así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social. (Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernándezl, 2017)

3.3.4 LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidad de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás

no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas manera.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Secuencia de acción para controlarse uno mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) y por tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las enfermeras a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

1. Asegurar información valida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje de autocuidado de los individuos.
2. Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de autocuidado y de cuidado dependiente.

3. Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico, puede identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre la propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico. Pero también valora aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. La atención a un paciente postoperado de una cardiopatía congénita.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. (Dr.C. Ydalsys Naranjo HernándezI, 2017)

3.3.5 LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipo de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el

paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

En Cuba, las aportaciones de Dorothea E. Orem pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toma en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar que aumente la población con alguna discapacidad. Esto sería posible si la enfermera, a través del conocimiento, implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo retomando los sistemas de enfermería, sobre todo el de apoyo educativo para hacer frente al reto de la disciplinas ante los cambios económicos, políticos y sociales del presente siglo.

La teoría de los sistemas propuesta por Dorothea E Orem se vincula estrechamente con los niveles de atención de enfermería aplicados en Cuba.

Un punto importante a considerar en la teoría de Dorothea E Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación.

No todos los profesionales de enfermería abordaron con claridad la importancia del autocuidado cuando se argumenta que, para cuidar del otro, antes es necesario cuidar de sí mismo, pues el cuidado solamente ocurre con la transmisión de los sentimientos y potencialidades personales a la otra persona. (Dr.C. Ydalsys Naranjo HernándezI, 2017)

3.4 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD QUE PRESENTA LA PERSONA

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es una de las tres primeras causas de mortalidad y discapacidad funcional de los seres humanos, siendo las otros dos la enfermedad coronaria y el cáncer. El devastador efecto que produce la EVC deteriora en grado significativo la calidad de vida de quien la padece, e indirectamente repercute en forma negativa en el nivel económico y social de la población.

Tales deletéreas características de la EVC se han encontrado en diferentes comunidades estudiadas (industriales, agrícolas, urbanas y rurales) y son además independientes de variables poblacionales (étnica, económica, cultural). No obstante, las investigaciones epidemiológicas, tanto descriptivas como analíticas de la EVC, revelan que los porcentajes y otros aspectos clínicos pueden ser disímiles cuando se comparan los resultados de diferentes grupos humanos estudiados.

La investigación de la EVC es abundante en los países industrializados de occidente, a diferencia de su escasez en los países en desarrollo. En el Perú no hay datos sobre epidemiología de la EVC a nivel nacional. Las publicaciones existentes son descripciones epidemiológicas intrahospitalarias o relatos sobre algún aspecto de la historia natural de la enfermedad en el grupo poblacional estudiado. En ellas se reconoce el alto número de pacientes con EVC que acuden a los hospitales, lo cual indicaría tasas igualmente elevadas en la población, en concordancia con el Informe de la Organización Mundial de la Salud acerca de las causas más comunes de disminución de expectativa de vida y discapacidad de los países en vías de desarrollo. En él se destaca que el primer lugar en mujeres entre 45 y 59 años de edad, corresponde a la EVC y lo mismo a partir de los 60 años, tanto en hombres como en mujeres, superando porcentualmente a la enfermedad coronaria, el cáncer y las enfermedades infecciosas (en particular la tuberculosis). Desde luego que en los niños y en personas entre 14 y 44 años predominan las enfermedades infecciosas. (LUIS DEZA, 2001)

<table>
<tr><th colspan="6">HISTORIA NATURAL DEL ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL</th></tr>
<tr><th colspan="2">PERIODO PATOGENICO</th><th colspan="4">PERIODDO PREPATOGENICO</th></tr>
<tr>
<td>DEF.
resultado de una interrupción en el aporte de sangre que causa perdida temporal o permanente de movimiento, pensamiento, lenguaje, memoria

AG: trombótico, embolico, hemorrágico e isquémico</td>
<td>DESARROLLO Y MULTIPLICACION DEL AGENTE:

Los escasos depósitos de oxígeno y glucosa de las neuronas son consumidos rápidamente durante la isquemia esto altera la respiración mitocondrial y las neuronas metabolizan la glucosa residual en AC láctico en vez de CO2 y H2O</td>
<td colspan="2">CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS:

Sobrevive una isquemia esta produce hipoxia, hipoglucemia. Estos procesos causan infarto a través de un fenómeno llamado

diasquisis</td>
<td>SIGNOS Y SINTOMAS
✓Hemiparesia
✓Paraplejia
✓Afasia
✓Convulsiones
✓Vómitos
✓Rigidez
✓Apraxia
✓Parestesia
✓Cefalea
✓Perdida de equilibrio
✓Alteraciones visuales
✓Trastorno de percepción</td>
<td>HENFERMEDAD:
Isquémicos: resultado por la interrupción del flujo sanguíneo.
Hemorrágico: sangrado dentro del parénquima cerebral que provoca irritación ejerciendo presión sobre tejidos y nervios.
Embolico: émbolos se alojan en bifurcaciones de ats. Donde el flujo de sangre es turbulento.
Trombótico: Lugares donde ocurre infarto y necrosis en ats. De calibre pequeño</td>
</tr>
<tr><th colspan="2">PREVENCION PRIMARIA</th><th colspan="3">PREVENCION SECUANDARIA</th><th>PREVENCION TERCIARIA</th></tr>
<tr><td>Promoción a la salud</td><td>Protección especifica</td><td>Dx precoz</td><td>Tratamiento oportuno</td><td>Limitación del daño</td><td>Rehabilitación</td></tr>
<tr>
<td>Evitar: tabaquismo
Educación: dieta baja en grasas
Realizar ejercicio</td>
<td>Control estricto de factores como:
HTA
Obesidad
Diabetes</td>
<td>Biometría hemática completa
Angiografía cerebral
TAC
Tiempos total de protombina</td>
<td>Valoración neurológica con escala de Glasgow
Anticoagulantes anticonvulsivos</td>
<td>Intervención quirúrgica
• endarterectomía, es la extracción de una placa de trombo
• Angioplastia, introducción de una sonda en la arteria
• Radio neurocirugía destrucción de lesiones intracraneales depositando una alta dosis de radiación ionizante</td>
<td>Terapia física en las extremidades afectadas
Rehabilitación del lenguaje</td>
</tr>
</table>

TIPO DE EVC	NÚMERO PACIENTES	%	RR	IC 95%	P
INFARTO CEREBRAL:					
SIN CRISIS	1126				
FALLECIDOS	49	4,35%			
CON CRISIS	30		9,96	6.09 - 16.29	< 0.001
FALLECIDOS	13	43,35%			
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL					
SIN CRISIS	308				
FALLECIDOS	71	23,05%			
CON CRISIS	53		1,31	1.21 - 2.07	0,90
FALLECIDOS	16	30,19%			

3.5 HISTORIA DEL PACIENTE.

Alguna vez escuché una frase muy cierta y desde ese entonces ha estado dando vueltas en mi cabeza como aquella canción que tarareas y tarareas, pero no sabes su letra así me paso. Por mucho tiempo nunca entendí el significado de esas palabras hasta el día de hoy siempre las tome como sólo eso unas simples palabras y no había entendido el significado que tenían y que es tan importante para mí ahora, aquellas palabras fueron “no importa que tan duro te golpee la vida, sino cuantas veces estas dispuesto a levantarte y Seguir”, en aquel entonces no lo entendí hasta que me paso lo que consideró como una de las cosas más terribles que le puede pasar a un ser humano.

Sufrí lo peor, muchas personas dirían “ que llorón”, pero espero que nunca en la vida pasen por lo que yo pase por que no sólo es un daño físico sino también es un daño mental, social, emocional, etc. No puedo decir que todo fue malo también hubo algunas cosas buenas, muy pocas, pero a fin de cuentas fueron buenas a mi punto de vista. Y es que bueno un derrame cerebral puede decirse fácil, pero es algo que aún no he superado ya que todo eso lleva a un proceso muy complicado y muy difícil aparte de desgastante.

Mentiría si a lo largo de estas palabras los dijera que esto ha sido fácil porque puede ser muchas cosas, pero nunca será fácil. Lidiar con un problema que afecte a todo el cuerpo no es fácil, es casi imposible y hasta donde yo se nunca a lo largo de la vida te preparan para algo así, nunca se te explica cómo lidiar con un problema de ese tipo y cuando te llega a suceder algo como esto uno nunca sabe qué hacer.

Yo pertenezco a una de las ramas del hermoso mundo de la salud estudio la hermosa carrera de enfermería a nivel de licenciatura, una muy hermosa carrera que te enseña muchas cosas algunas hermosas y otras no tanto. Y digo que la estudio por que hasta la fecha aún no he podido concluirla, quienes son médicos o enfermeras saben un poco de lo que hablo, quienes no pertenece a este mundo ahora les explicó cómo han sido mis últimos años.

Creo que como toda historia que algún día hemos escuchado creo que debo iniciar desde el principio. Verán todo esto inició exactamente el 27 de abril en algún lugar de México llamado Michoacán, yo pues era un chavo de 25 años muy X’s con una vida X’s en ese entonces cursaba aún la licenciatura en enfermería; ya sé que yo ya debería estar trabajando y no estudiando perooo digamos que tome algunos años para ver más opciones.

Volviendo a lo anterior, Pues yo era literalmente muy X's hasta que me paso algo de lo que no tenía ni la más mínima idea.

Todo se resume a un lunes exactamente cuando me disponía a ir a estudiar, era un día normal, como siempre me iría a clases como muchos lunes en especial esos días eran un poco diferentes a otros días, ya que ese día en particular era el día en que tenía que trasladarme de mi casa hasta el lugar en donde rentaba un cuartito, aparte de eso tenía que ir a cases, tal vez piensen "¿por qué no te ibas en domingo?" muy sencillo. Cuando se quiere mucho a la familia esa no es una opción.

Ellos siempre me han apoyado y nunca se le da la espalda a la familia y mucho menos cuando se ha recibido mucho de ellos, bueno como les decía. Pues ese día me disponía a tomar ese tan esperado transporte(autobús) de pronto no supe ni cómo ni cuándo paso ni que lo activo, pero fue muy extraño era como si yo ya no fuera yo tal vez suene chistoso, pero automáticamente de la nada entre en piloto automático y todo lo que hice desde ese momento fue……. no tengo idea como fue.

Mi familia se percató de mi ausencia ya que como mencione anteriormente somos muy unidos y notaron que ese día en particular yo no me comunique para nada con ellos, eran las 9 con algo de la noche y eso les pareció muy extraño, me cuentan que mi madre por querer saber algo de mi si estaba bien, o porque no me comunicaba y ella con 22 días aun fuera del hospital por una cirugía muy complicada estaba dispuesta a salir de la casa, tomar un transporte e ir hasta donde yo rentaba para saber por qué yo no me comunicaba.

Me contaron que en un esfuerzo por que mi madre mantuviera el reposo por su cirugía mi padre y mi hermano se subieron al carro de la familia y se dirigieron al lugar donde yo estaba rentando. cuando iban en camino mi hermano recordó el nombre de una vecina que rentaba en el mismo edificio donde yo rentaba, mi hermano se comunicó con ella y haciendo uso de una red social mía le pidió un gran favor. "Si por favor podía ver si yo estaba ahí y de ser así me pidiera que me comunicara con mi familia lo antes posible". Ella accedió a eso enseguida y al ver que la luz y la tv de mi cuarto estaban encendidas dio por hecho que yo estaba ahí, como no acudí cuando toco mi puerta ella asumió que yo había ido a cenar y eso fue lo que le dijo a mi hermano después se percató de que ya era más noche y yo aun no llegaba ahí.

Seguido de esto ella aviso a mi hermano y este a su vez le pidió que entraran a mi cuarto para ver si yo estaba ahí o no y por qué no me había comunicado. Según versiones de mi familia y algunos conocidos no supe cómo fue que paso, no supe si alguien me ayudo no supe cómo le hice pero llegue exactamente a donde rentaba he incluso me disponía a ir a clases, mi vecina que fue quien me encontró y al abrir el departamento junto con la esposa del arrendatario dicen que me encontraron tirado prácticamente desnudo, posterior a esto llamaron a una ambulancia y esta chica de quien estoy eternamente agradecido le aviso a mi hermano, el automáticamente le respondió que por ser estudiante tenía seguro médico y que me trasladaran a un hospital para mi atención.

Tal vez esto no suene nada especial, y no lo es, pero quise recordarlo todo y quiero compartirlo. Según fuentes médicas lo que yo tenía era una intoxicación por drogas(medicamentos en particular) por que según en el departamento encontraron medicamentos, pero nunca dijeron que clase de medicamentos había, aun los recuerdo Era: una caja de benzonatato como a la mitad de partillas, una tira de paracetamol de 10 pastillas con 4 aun en el empaque, una caja de naproxeno sódico con solo dos pastillas, un tubito pequeño de antiácidos masticables y mucho material de curación los recuerdo bien porque unas semanas antes había presentado un cuadro de gripe y tos.

Bueno en cuanto a cómo paso pues creo que esa es la respuesta. Seguido de esto ya fue el tratamiento que he tenido, RMN, TAC por lo menos una cada 3 meses para tener un seguimiento de mi caso, una panangiografia y una radioneuricirugia en Guadalajara como tratamiento. Los años siguientes solo han sido de rehabilitaciones y mucho dolor entre otras cosas. No negare al decir que en principio quise terminar con mi vida, y en todo este tiempo no he hecho más que pensar y ver como muchas personas se han ido de mi vida, he visto a muchos “amigos” ignorarme completamente, lo que más daña en este padecimiento no es la discapacidad que deja sino el despertar que te hace ya que te muestra quienes realmente son tus amigos a quienes solo lo decían por compromiso.

Estos años como lo dije me han servido para pensar y ordena mi vida, hacer nuevas amistades, hacer cosas que nunca había hecho, intentar nuevas cosas. Pero sobre todo aprendí a cuidarme y a cuidar de quienes me importan realmente. No sé si esto que me paso fue una prueba o no, pero si fue así valla que sí estuvo grande y pesada pero como ya lo dije esto es una pesadilla muy dura y muy cruel, pero entre tantas cosas malas que

he pasado siempre ha habido cosas por las que valen la pena levantarse cada día; la familia, por ejemplo.

A mi familia tengo mucho que decirles y nunca terminare de agradecerles todo lo que hicieron y han hecho por mí siempre tuve el apoyo de toda mi familia a quien estaré eternamente agradecido por todo lo que han hecho por mí y valla que si han hecho mucho porque en la condición en que termine de todo esto es como la de un bebe recién nacido, y lo digo porque eso es por lo que he pasado estos años, fue empezar desde cero y empecé nuevamente adquirir habilidades básicas que aprendí cuando nací como: comer, hablar, avisar cuando me anda del baño, y esas actividades que para mucha gente son esenciales.

Durante muchos años estuve acudiendo a rehabilitación, en un inicio acudí a una clínica de rehabilitación por parte del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) por cuatro meses y después de eso me dijo el médico de rehabilitación algo que desanima a mucha gente cito: (tu ya no vas a avanzar más, así te vas a quedar, está escrito medicamente que tú ya no vas a avanzar más y así te vas a quedar por que tú ya tienes secuelas y esas ya no se quitan), escuchar que alguien más te diga eso, admito decir que si se siente feo pero siempre me he dicho a mí mismo y a otras personar que yo me caracterizo por ser realista pero que te digan algo así en tu cara si te mueve el piso.

Reanude mi rehabilitación en otro centro de rehabilitación este por parte el DIF (desarrollo Integral Familiar) y en ese lugar he continuado con mi rehabilitación desde el 2016 hasta el 2019, claro que no va a ser lo mismo por que en este lugar acude muchísima más gente y con problemas tan graves que hacen que crea que lo que me paso es un juego de niños. Ver esas personas con distintos padecimientos me puso a pensar en mí y en la suerte que tuve y que a pesar de lo que me paso, si esta feo y si hay secuelas y si son muchas, pero las he ido superando poco a poco como a veces dicen “un paso a la vez”.

A inicios del 2019 más exactamente 26 de enero sufrí una recaída que me llevo nuevamente al hospital y el diagnóstico médico que dieron fue una migraña severa, después de muchas discusiones con los médicos para que me realizaran una TAC de cráneo, por fin me la hicieron y fue entonces que se dieron cuenta que tuve un sangrado un en la lesión quirúrgica anterior. Y para control me dejaron en observación una semana y me dieron medicamentos para el dolor(ketorolaco) anticonvulsivos(fenitoína) y anticoagulantes (heparina de bajo peso molecular) y medicamentos para el control de colesterol y triglicéridos (benzafibrato y pravastatina), después de que me dieran de alta del hospital y después de 3 meses volví a

incorporarme a mis sesiones de rehabilitación en hidroterapia, terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje

Ese tiempo en rehabilitación estuve muy bien porque las actividades las acoplaban de acuerdo a mi persona y tenían mayor atención en mí y contrario a lo que una vez me dijo un médico si he avanzado y ya no estoy como aquel día cuando me lo dijo, tengo que decirlo que no ha sido fácil pero cuando algo vale la pena nunca es fácil y así he seguido trabajando en mí y para estar mejor cada día.

En el año 2020 tenía planes para continuar con mi rehabilitación pero tuve que suspenderlos por diferentes circunstancias ajenas a mi o a mi padecimiento y es que por una parte ya tenía que dar mi servicio social como enfermero y por otra parte se presentó a nivel mundial una pandemia por COVID 19, durante este tiempo se restringieron todos los lugares públicos donde se reunía gente y el centro de rehabilitación también cerro, y ya que también debía dar mi servicio aproveche ese tiempo para mi servicio en una unidad de primer nivel en el municipio de Pátzcuaro ahí me desempeñe solamente en el área de estimulación temprana y como apoyo administrativo a la jefa de enfermeras de ese centro de salud.

Estuve unos meses muy bien en mi servicio hasta que nuevamente tuve otro sangrado que nuevamente me mando al hospital por 10 días en los cuales día con día te duele todo el cuerpo desde los músculos hasta cada parte del cuerpo y un dolor en la cabeza tan insoportable que no te deja pensar y así pase un tiempo en el hospital aunque iba a regresar al hospital, pero todavía no lo sabía y es que después de 10 días hospitalizado con medicamentos (ketorolaco, loratadina prednisona, metoclopramida, sertralina, valproato de magnesio) me dieron el alta y llegue a mi casa cansado por la estancia hospitalaria, llegue a dormir un rato y fue como si me hubieran borrado la memoria

Porque cuando abrí los ojos nuevamente estaba en el hospital pero esta vez cuando tuve conciencia de mi persona ya tenía una derivación ventrículo-peritoneal (una valvulita) y por una parte estuvo genial lo que hicieron porque en palabras del neurocirujano yo estaba acumulando líquido cefalorraquídeo en el cerebro y debido a que los conductos mediante los que se drena ese liquido estaban obstruidos, corría el riesgo de generar una hidrocefalia y eso ya está más difícil, por eso se recurrió a colocarme esa derivación, imaginen dormir un día en su cama y despertar en la sala de recuperación de un quirófano, mareado, con

dolor en tantas partes que no sabes donde, con la mitad de la cabeza sin pelo y con bendoletes en la cabeza

Después de eso aparentemente mi recuperación va avanzando naturalmente, termine mi servicio social, presente el examen egel 5 dias después de salir del hospital, como era de esperarse no lo pase, lo presente una segunda ves y no lo aprobé nuevamente y me decidí por la realización de un proceso, en este me han ayudado muchas personas a quienes agradezco mucho, he tenido sitas medicas en morelia y Guadalajara para dar seguimiento a mi caso y de ser necesaria una cateterización o una embolización pues me van a realizar ese procedimiento. Esta historia no tiene un final por que aún no termina. (Calzada, 2015)

IV METODOLOGÍA

Para aplicar el Proceso de Enfermera, se realizaron los siguientes pasos. Primeramente, se identificó la necesidad de cuidados en un usuario masculino de 25 años quien actualmente se desempeña como estudiante de la facultad de enfermería, con un diagnóstico médico de evento vascular cerebral hemorrágico secundario a una malformación arterio- venosa pontina de los vasos cerebrales. Se le solicita autorización y se firma un consentimiento que contiene información sobre el proceso que se llevará a cabo, los objetivos, beneficios y aspectos éticos que se pretenden lograr.

El usuario acepta refiriendo no tener dudas y garantiza su participación sin inconvenientes. Posteriormente, el 19 de octubre de 2015 se realiza la primera valoración, obtenida usando el marco referente de la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem.

Se realiza la recolección de información a través de los requisitos universales de desarrollo y en caso de desviación de la salud. Se enfatiza en la identificación de los problemas de salud encontrados para llevar a cabo la formulación de los diagnósticos de enfermería, a través del uso y manejo de la taxonomía ll de la NANDA.

Se prosigue a planificar las intervenciones de enfermería con base en la NIC, priorizando la atención de las respuestas humanas que afectan aún más el estado de salud de la persona. Además, se establecieron resultados esperados con base en la NOC que conlleven a medir de manera más asertiva los logros de enfermería. Y finalmente se realizó la evaluación (continua y específica) de los resultados obtenidos tomando en cuenta el estado de salud del usuario.

V CASO CLÍNICO ORDENADO DREACUERDO A LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE DOROTHEA E. OREM

Paciente masculino de 25 años de edad católico, soltero, sin hijos, estudio a nivel licenciatura, reside en AV. Lago azul C. lago de Yuridia S/N COL. El manzanillal cuentan con casa propia de materia, cuenta con servicios de agua potable, luz eléctrica y drenaje, cuenta con alumbrado público y recolección de basura, es hijo, el 4 de cuatro hermanos, de buena relación con la familia, actualmente desempleado, refiere haber trabajado dos años en una tienda departamental, actualmente no cuenta con ingresos económicos, depende actualmente de sus padres.

Refiere realizar actividades culturales en su tiempo libre, refiere hacer ejercicio, actualmente su estado de salud es regular, refiere acudir al IMSS para tratamientos, actualmente cuenta con diagnóstico médico de evento vascular cerebral + malformación arterio- venosa pontina, tiene la capacidad de tomar decisiones acerca de su tratamiento.

Presenta una frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto, un llenado capilar de 1.5 segundos, no presenta cianosis, no fuma, no cocina con leña, refiere que no presenta alergias, presenta una respiración normal, no presenta problemas en nariz, presenta tórax en tonel, no presenta enfermedades pulmonares, presenta una presión arterial de 110/70 mmhg y una frecuencia cardiaca de 88 por minuto, no presenta disnea al realizar algún esfuerzo físico, no requiere apoyo ventilatorio.

La mucosa oral se encuentra hidratada y normal, refiere consumir entre 500- 1000 ml de agua al día proveniente de garrafón, no utiliza algún método de purificación, en ocasiones consume leche o te,

Presenta un peso de 55 kg, una talla de 1.73 m un IMC de 18.39 cintura de 78cm se han observado variaciones en su peso en cuanto a ganancia de 1-3 kg, presenta problemas de alimentación como acidez, regurgitación, reflujo,

Refiere dormir más de 10 horas, y al despertarse se encuentra descansado, refiere que ha sufrido cambios en el patrón del sueño desde hace más de un año , hay presencia de bostezos, insomnio, ojeras, ronquidos, acostumbra a tomar siestas.

Refiere presentar problemas de TINNITUS no utiliza apoyo para escuchar, refiere presentar DIPLOPIA, actualmente refiere usar lentes desde hace un año y medio

Actualmente se encuentra consciente, utiliza un bastón para trasladarse como dispositivo de ayuda para movilización, refiere presentar alteraciones emocionales como depresión, ansiedad, negatividad, tristeza.

Refiere realizar terapia física y terapia ocupacional como rehabilitación.

Inicia padecimiento actual el día 27 de abril de 2015. Cuando es encontrado en su hogar en el piso de su casa, inconsciente, se ingresa para realizar protocolo y valoración. A su ingreso se encuentra paciente estuporoso pupilas mioticas hiporreflecticas, comatoso con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral, T/A 110/70, FR. 26 x´ FC 88 x´ temp. 35.4ºC, se realiza TAC de cráneo reportándose hemorragia subaracnoidea temporal izquierda que se extiende a 4º ventrículo y astas superiores, Fisher IV probable aneurisma. Se ingresa a cargo de neurología para tratamiento, lo encontramos somnoliento con pobre respuesta al estimulo algico, pupilas de 3mm reactivas a la luz, moviliza extremidades al dolor, no interactúa en ningún momento con explorador, evolución con poca cooperación, espasticidad de extremidades y movimientos no coordinados. Actualmente lo encontramos despierto, aun no coopera con el explorador, pero las pupilas se mantienen isocóricas normorreflécticas sin espasticidad de extremidades y levantando con ayuda los miembros torácicos.

Se decide su alta y envió al CMNO para tratamiento.

Ketorolaco
Fenitoína
heparina de bajo peso molecular
benzafibrato
pravastatina

VI CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas aplicadas en la implementación del Proceso de Enfermería en un usuario con diagnóstico médico de evento vascular cerebral hemorrágico secundario a una malformación arterio-venosa pontina de los vasos cerebrales, se consideró el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de la persona y familiares, actuando con honradez profesional y moral.

El objetivo principal de la aplicación de esta metodología es favorecer la beneficencia y no maleficencia a través de los cuidados de enfermería y del compromiso de mantener y/o restablecer la salud, evitar y/o controlar la enfermedad o en su caso favorecer una muerte digna.

Es importante mencionar que se firmó un consentimiento informado con el usuario explicando el objetivo principal de las intervenciones de enfermería. Se evitaron conflictos entre el usuario y el equipo multidisciplinario, así como también con sus familiares.

La participación fue voluntaria, sin coacción alguna

VII ZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS (Evidencia)	ANÁLISIS DEDUCTIVO (Dominio, Clase, Requisito de autocuidado involucrados)	PROBLEMA (Etiqueta diagnóstica NANDA II) P	FACTOR RELACIONADO (Etiología) E	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) S
Paciente estuporoso pupilas mioticas hiporreflecticas, comatoso con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral, T/A 110/70, FR. 26 x´ FC 88 x´ temp. 35.4ºC, se realiza TAC de cráneo reportándose hemorragia subaracnoidea temporal izquierda que se extiende a 4º ventrículo refiere dormir más de 10 hrs, descansado, refiere tener dificultad para conciliar el sueño desde hace más de un mes, ha sufrido cambios en el patrón del sueño, presenta bostezos, insomnio, ojeras, ronquidos, refiere dormir durante el día, no utiliza ayuda para conciliar el sueño, hay presencia de limitaciones en articulaciones, refiere dolor al caminar, realiza ejercicios de	Dominio: 4 Clase: 4 Pag. 343 **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**	Perfusión tisular periférica ineficaz(cerebral) (00204). **Definición** Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.	Procedimientos intravasculares (reducción mecánica del flujo arterial o venoso)	-Alteración de la función motora -Dolor en las extremidades - Parestesia
	Dominio: 4 Clase: 5 Pag. 354 **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**	Déficit de autocuidado en el vestido (00109) **definición** Incapacidad para ponerse y quitarse la ropa independientemente.	- Fatiga	- Deterioro de la habilidad para abrocharse la ropa - Deterioro de la habilidad para mantener el aspecto - Deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa
	Dominio: 4 Clase: 5 Pag.356 **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**	Disposición para mejorar el autocuidado (00182) **Definición** Patrón de realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud, que puede ser reforzado.		- Expresa deseo de mejorar el autocuidado - Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de salud - Expresa deseo de mejorar la independencia en su vida

extremidades inferiores cada 3 dias durante 30 min	Dominio: 5 Clase: 5 Pag. 378 **Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano**	Deterioro de la memoria (00131) **Definición** Incapacidad persistente para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades.	- Deterioro neurológico	- Incapacidad para aprender nueva información - Incapacidad persistente para retener nueva información - Olvido persistente
	Dominio: 5 Clase: 5 Pag. 380 **Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano**	Deterioro de la comunicación verbal (00051) **Definición** Capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.	- Estímulos insuficientes	- Dificultad para expresar pensamientos verbalmente - Dificultad para mantener la comunicación - Incapacidad para usar expresiones faciales - Tartamudeo
	Dominio: 4 Clase: 1 Pag. 307 **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**	Trastorno del patrón del sueño (00198) **definición** Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado.	Patrón de sueño no reparador	- Despertarse sin querer Dificultad para conciliar el sueño - Dificultad para mantener el estado del sueño
	Dominio: 4 Clase: 2 Pag. 311 **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**	Deterioro de la ambulación (00088) **Definición** Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.	- Fuerza muscular insuficiente	- Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida - Deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares - Deterioro de la habilidad para subir escaleras
	Dominio: 4 Clase: 2	Deterioro de la habilidad para la traslación (00090) **Definición**	Deterioro del equilibrio	- Deterioro de la habilidad para entrar o salir de la ducha

	Pag.314 **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**	Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.		- Deterioro de la habilidad para sentarse o levantarse del inodoro Deterioro de la habilidad para trasladarse entre superficies irregulares
	Dominio: 4 Clase: 2 Pag. 320 **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**	Deterioro de la movilidad física (00085) **Definición** Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.	Disminución de la fuerza muscular	- Disminución de las habilidades motoras finas - Disminución de las habilidades motoras gruesas - Enlentecimiento del movimiento - Movimientos descoordinados
	Dominio: 8 Clase: 3 Pag. 440 **Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo**	Patrón de sexualidad ineficaz (00065) **definición** Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.	- Habilidades deficientes sobre alternativas relacionadas con la Sexualidad	- Alteración en la actividad sexual - Alteración en la conducta sexual - Conflicto de valores

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 1
Perfusión tisular periférica ineficaz(cerebral) **R/C** Procedimientos intravasculares (reducción mecánica del flujo arterial o venoso)**M/P** Alteración de la función motora, Dolor en las extremidades, Parestesia
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 2
Déficit de autocuidado en el vestido **R/C** Fatiga **M/P** Deterioro de la habilidad para abrocharse la ropa, Deterioro de la habilidad para mantener el aspecto, Deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 3
Disposición para mejorar el autocuidado **M/P** Expresa deseo de mejorar el autocuidado, Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de salud, Expresa deseo de mejorar la independencia en su vida
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 4
Deterioro de la memoria **R/C** Alteración del volumen de líquidos **M/P** Incapacidad para aprender nueva información, Incapacidad persistente para retener nueva información, Olvido persistente
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 5
Deterioro de la comunicación verbal **R/C** Estímulos insuficientes **M/P** Dificultad para expresar pensamientos verbalmente, Dificultad para mantener la comunicación, Incapacidad para usar expresiones faciales, Tartamudeo
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 6
Trastorno del patrón del sueño **R/C** Patrón de sueño no reparador **M/P** Despertarse sin querer, Dificultad para conciliar el sueño, Dificultad para mantener el estado del sueño
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 7
Deterioro de la ambulación **R/C** Fuerza muscular insuficiente **M/P** Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida, Deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares, Deterioro de la habilidad para subir escaleras
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 8
Deterioro de la habilidad para la traslación **R/C** Deterioro del equilibrio **M/P** Deterioro de la habilidad para entrar o salir de la ducha, Deterioro de la habilidad para sentarse o levantarse del inodoro, Deterioro de la habilidad para trasladarse entre superficies irregulares
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 9
Deterioro de la movilidad física **R/C** Disminución de la fuerza muscular **M/P** Disminución de las habilidades motoras finas, Disminución de las habilidades motoras gruesas, Enlentecimiento del movimiento, Movimientos descoordinados
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 10

Patrón de sexualidad ineficaz **R/C** Habilidades deficientes sobre alternativas relacionadas con la Sexualidad **M/P** Alteración en la actividad sexual, Alteración en la conducta sexual, Conflicto de valores

VIII PLACES

Déficit de autocuidado	Perfusión tisular periférica ineficaz(cerebral) **R/C** Procedimientos intravasculares (reducción mecánica del flujo arterial o venoso)**M/P** Alteración de la función motora, Dolor en las extremidades, Parestesia				
DOMINIO	4	**CLASE**	4	**PÁGINA**	343

Requisito de Autocuidado Universal	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	**Sistema de enfermería**	
Requisito de Desarrollo	25 años	**Intervención**	**Tratamiento del edema cerebral**
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	Estuporoso pupilas mioticas hiporreflecticas, comatoso con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral (hemorragia subaracnoidea temporal izquierda que se extiende a 4º ventrículo)	**Sistema de enfermería**	Parcialmente compensatorio

Definición*:* Limitación de lesiones cerebrales secundarias derivadas del edema del tejido cerebral.

Fundamentación teórica

Agencia de enfermería

Terapéutica/de apoyo /educativo

La perfusión tisular se asume, desde un enfoque teleológico y evolutivo como la función del sistema cardiovascular; y, se han modelado los procesos fisiológicos macrovasculares, microvasculares y celulares relevantes al transporte y utilización de oxígeno,

Resultado esperado

Perfusión tisular: celular

Definición: Adecuación del flujo sanguíneo en la vascularización para mantener la función celular.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
041604	Saturación de oxígeno		*			
041612	Agitación	*				
041614	Náuseas		*			
041616	Dolor		*			
041618	Piel pálida, fría			*		

Total: 10 puntos

(+ *Puntuación Diana PREVIA*)

Actividades de enfermería

- Observar si hay confusión, cambios del nivel de consciencia, síntomas de mareo y síncope.
- Monitorizar estrechamente el estado neurológico y compararlo con la situación basal.
- Permitir que la PIC vuelva al nivel basal mediante los cuidados de enfermería
- Disminuir los estímulos ambientales del paciente.
- Observar los cambios del paciente en respuesta a los estímulos.
- Establecer medios de comunicación: realizar preguntas cuyas respuestas sean sí o no; proporcionar una pizarra, lápiz y papel, tableros con imágenes, tarjetas y dispositivos de ayuda vocal

Evaluación

La información de las condiciones de riesgo es importante para la detección precoz con el fin para reducir las consecuencias de la perfusión tisular cerebral ineficaz.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
041604	Saturación de oxígeno				*	
041612	Agitación				*	
041614	Náuseas					*
041616	Dolor					*
041618	Piel pálida, fría					*

Total: 23 puntos

(+ *Puntuación Diana POSTERIOR*)

Referências bibliográficas

(T. Heather Herdman, 2020), (Sue Moorhead, 2014), (Gloria M. Bulechek, 2014), (DIAZ, 2014)

Elaboró: PLE. Irving Gaona Calzada

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM

Déficit de autocuidado	Déficit de autocuidado en el vestido **R/C** Fatiga **M/P** Deterioro de la habilidad para abrocharse la ropa, Deterioro de la habilidad para mantener el aspecto, Deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa				
	DOMINIO	4	**CLASE**	5	**PÁGINA** 354

Requisito de Autocuidado Universal	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	**Sistema de enfermería**			
Requisito de Desarrollo	25 años	**Intervención**	**Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal**	**Sistema de enfermería**	Parcialmente compensatorio
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	Estuporoso pupilas mioticas hiporreflecticas, comatoso con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral (hemorragia subaracnoidea temporal izquierda que se extiende a 4º ventrículo)	Definición: Ayudar a un paciente con la ropa y el aspecto.			
		Fundamentación teórica			
Agencia de enfermería **Terapéutica/de apoyo /educativo**		La necesidad de vestirse y desvestirse ha acompañado al hombre desde su propia existencia cumpliendo diferentes funciones en relación a las diferentes épocas o etapas de la historia de la humanidad.			

Resultado esperado	**Autocuidados: vestir**
Definición: Acciones personales para vestirse independientemente con o sin dispositivo de ayuda.	

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
030201	Escoge la ropa		*			
030204	Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo		*			
030205	Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo		*			
030206	Se abotona la ropa	*				
030209	Se pone los calcetines	*				
	Total: 8 puntos					
	(+ *Puntuación Diana PREVIA*)					

Actividades de enfermería

Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede Seleccionar

Proporcionar ropa personal, si resulta oportuno.

Facilitar que el paciente se peine, si es el caso.

Facilitar que el paciente se afeite él mismo, según corresponda.

Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.

Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.

Evaluación

El paciente presentaba dificultad a la hora de ponerse y quitarse la ropa de la parte superior e inferior del cuerpo, debido a la limitación del cuerpo que irá mejorando durante el desarrollo de su actividad laboral.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
030201	Escoge la ropa					*
030204	Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo					*
030205	Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo					*
030206	Se abotona la ropa					*
030209	Se pone los calcetines					*
	Total: 25 puntos					
	(+ *Puntuación Diana POSTERIOR*)					

Referências bibliográficas

(T. Heather Herdman, 2020), (Sue Moorhead, 2014), (Gloria M. Bulechek, 2014), (Armas, 2014), (Morales, 2019)

Elaboró: PLE. Irving Gaona Calzada

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM

Déficit de autocuidado	Disposición para mejorar el autocuidado **M/P** Expresa deseo de mejorar el autocuidado, Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de salud, Expresa deseo de mejorar la independencia en su vida					
	DOMINIO	4	**CLASE**	5	**PÁGINA**	356

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	**Sistema de enfermería**	
Requisito de Desarrollo	25 años	**Intervención**	**Mejora de la autoconfianza**
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	estuporoso pupilas mioticas hiporreflecticas, comatoso con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral	**Sistema de enfermería**	Parcialmente compensatorio

Definición: Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.

Fundamentación teórica

Agencia de enfermería
Terapéutica/de apoyo /educativo

El autocuidado está dirigido a la práctica de actividades que las personas, que quieren, pueden hacer con arreglo a su situación temporal y por cuenta propia.

Resultado esperado	**Autonomía personal**

Definición: Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
161401	Toma decisiones vitales informadas		*			
161403	En el proceso de toma de decisiones muestra independencia			*		
161410	Afirma las preferencias personales		*			
161411	Participa en las decisiones de los cuidados de salud			*		
161412	Expresa satisfacción con las elecciones de la vida			*		

Total: 13 puntos
(+ *Puntuación Diana PREVIA*)

Actividades de enfermería

- Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.
- Participar en un juego de rol para ensayar la conducta.
- Proporcionar oportunidades para dominar las experiencias (p. ej., implementación satisfactoria de la conducta).
- Utilizar afirmaciones convincentes positivas respecto a la capacidad del individuo de desarrollar la conducta.
- Fomentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito (p. ej., participación en un grupo de apoyo o formación en grupo).
- Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.

Evaluación

De acuerdo a lo planeado se obtuvieron resultados favorables en relación a el autocuidado del paciente, ya que se favoreció su autonomía y su integración a actividades socioculturales.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
161401	oma decisiones vitales formadas					*
161403	En el proceso de toma de decisiones muestra independencia					*
161410	Afirma las preferencias personales					*
161411	Participa en las decisiones de los cuidados de salud					*
161412	Expresa satisfacción con las elecciones de la vida					*

Total: 25 puntos
(+ *Puntuación Diana POSTERIOR*)

Referências bibliográficas

(T. Heather Herdman, 2020), (Sue Moorhead, 2014), (Gloria M. Bulechek, 2014) (Delia Esperanza Sillas González, 2011)

Elaboró: PLE. Irving Gaona Calzada

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM

Déficit de autocuidado	Deterioro de la memoria R/C Alteración del volumen de líquidos M/P Incapacidad para aprender nueva información, Incapacidad persistente para retener nueva información, Olvido persistente				
	DOMINIO	**5**	**CLASE**	**5**	**PÁGINA**	**378**

Requisito de Autocuidado Universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	**Sistema de enfermería**			
Requisito de Desarrollo	25 años	**Intervención**	**Entrenamiento de la memoria**	**Sistema de enfermería**	Parcialmente compensatorio
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	estuporoso pupilas mioticas hiporreflecticas, comatoso con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral	Definición: Mejorar la memoria.			
		Fundamentación teórica			
Agencia de enfermería **Terapéutica/de apoyo /educativo**		La memoria, nos permite retener nuestra lengua materna y otras lenguas que podamos haber aprendido, mantener nuestros hábitos, nuestras habilidades motoras, nuestro conocimiento del mundo y de nosotros mismos.			

Resultado esperado	**Memoria**
Definición: Capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada.	
Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
090801	Recuerda información inmediata de forma precisa		*			
090802	Recuerda información reciente de forma precisa		*			
090803	Recuerda información remota de forma precisa		*			

Total: 6 puntos
(*+ Puntuación Diana PREVIA*)

Actividades de enfermería

- Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado.
- Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente repase información y fechas personales, según corresponda
- Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.
- Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes, si procede.
- Remitir a terapia ocupacional, si es apropiado.
- Vigilar la conducta del paciente durante la terapia.
- Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.

Evaluación

La evaluación se centra entonces en distinguir los pocos casos de deterioro cognitivo leve y demencia precoz del número mayor con cambios en la memoria relacionados con la edad o con olvidos simplemente normales.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
090801	Recuerda información inmediata de forma precisa				*	
090802	Recuerda información reciente de forma precisa				*	
090803	Recuerda información remota de forma precisa				*	

Total: 12 puntos
(*+ Puntuación Diana POSTERIOR*)

Referências bibliográficas

(T. Heather Herdman, 2020), (Sue Moorhead, 2014), (Gloria M. Bulechek, 2014), (Fombuena, 2011), (Levin, 2019)

Elaboró: PLE. Irving Gaona Calzada

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM

Déficit de autocuidado	Deterioro de la comunicación verbal **R/C** Estímulos insuficientes **M/P** Dificultad para expresar pensamientos verbalmente, Dificultad para mantener la comunicación, Incapacidad para usar expresiones faciales, Tartamudeo					
	DOMINIO	5	**CLASE**	6	**PÁGINA**	380

Requisito de Autocuidado Universal	Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción	**Sistema de enfermería**			
Requisito de Desarrollo	25 años	**Intervención**	**Intermediación cultural**	**Sistema de enfermería**	Parcialmente compensatorio
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	estuporoso pupilas mioticas hiporreflecticas, comatoso con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral	Definición: Empleo intencionado de estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédico.			

Agencia de enfermería

Terapéutica/de apoyo /educativo

Fundamentación teórica

Los seres humanos necesitan comunicarse para intercambiar ideas, pensamientos, sentimientos, emociones y actitudes. Por ello, la comunicación no solo se trata de una necesidad social, sino que las personas necesitan escuchar y ser escuchadas para hacer frente a todas las dimensiones que les configuran y a los problemas que les rodean.

Resultado esperado	**Comunicación**

Definición: Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
090201	Utiliza el lenguaje escrito	*				
090202	Utiliza el lenguaje hablado		*			
090206	Reconoce los mensajes recibidos			*		
090207	Dirige el mensaje de forma apropiada		*			
090208	Intercambia mensajes con los demás			*		

Total: 12 puntos

(+ *Puntuación Diana PREVIA*)

Actividades de enfermería

- Fomentar una discusión abierta de las diferencias y semejanzas culturales.
- Tratar las discrepancias abiertamente y aclarar los conflictos
- Dar al paciente más tiempo del normal para que asimile la información y medite la toma de una decisión.
- Mantenerse relajado y sin prisas en los contactos con el paciente.
- Proporcionar información al paciente sobre el sistema de asistencia sanitaria.
- Modificar el entorno terapéutico mediante la incorporación de elementos culturales adecuados

Evaluación

De acuerdo a estas acciones se logró que la comunicación verbal en el paciente se realice de manera correcta, ya que tenía problemas con ello.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
090201	Utiliza el lenguaje escrito					*
090202	Utiliza el lenguaje hablado					*
090206	Reconoce los mensajes recibidos					*
090207	Dirige el mensaje de forma apropiada					*
090208	Intercambia mensajes con los demás					*

Total: 25 puntos

(+ *Puntuación Diana POSTERIOR*)

Referências bibliográficas

(T. Heather Herdman, 2020), (Sue Moorhead, 2014), (Gloria M. Bulechek, 2014), (Almería, 2016)

Elaboró: PLE. Irving Gaona Calzada

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM

Déficit de autocuidado	Trastorno del patrón del sueño **R/C** Patrón de sueño no reparador **M/P** Despertarse sin querer, Dificultad para conciliar el sueño, Dificultad para mantener el estado del sueño					
	DOMINIO	4	**CLASE**	1	**PÁGINA**	307

Requisito de Autocuidado Universal	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	**Sistema de enfermería**			
Requisito de Desarrollo	25 años	**Intervención**	**Mejorar el sueño**	**Sistema de enfermería**	Parcialmente compensatorio
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	Atención los efectos de la terapia medica	Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.			

Fundamentación teórica

Agencia de enfermería
Terapéutica/de apoyo /educativo

El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas. El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad.

Resultado esperado — **Sueño**

Definición: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Escala Diana: 1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
000401	Horas de sueño		*			
000403	Patrón del sueño		*			
000407	Hábito de sueño	*				
000421	Dificultad para conciliar el sueño	*				
000409	Siesta inapropiada		*			

Total: 8 puntos
(+ *Puntuación Diana PREVIA*)

Actividades de enfermería

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfiera el sueño a la hora de irse a la cama.

Evaluación

Debido a la implementación de estas actividades se logró que el paciente obtuviera nuevamente un patrón de sueño adecuado, logrando también una mejora física en otras actividades.

Escala Diana: 1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
000401	Horas de sueño					*
000403	Patrón del sueño					*
000407	Hábito de sueño					*
000421	Dificultad para conciliar el sueño					*
000409	Siesta inapropiada					*

Total: 25 puntos
(+ *Puntuación Diana POSTERIOR*)

Referências bibliográficas

(T. Heather Herdman, 2020), (Sue Moorhead, 2014), (Gloria M. Bulechek, 2014), (Ruiz, 2007), (Calzada, 2015)

Elaboró: PLE. Irving Gaona Calzada

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM

Déficit de autocuidado	Deterioro de la ambulación R/C Fuerza muscular insuficiente M/P Deterioro de la habilidad para caminar la distancia requerida, Deterioro de la habilidad para caminar sobre superficies irregulares, Deterioro de la habilidad para subir escaleras				
	DOMINIO	4	**CLASE**	2	**PÁGINA** 311

Requisito de Autocuidado Universal	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	**Sistema de enfermería**	
Requisito de Desarrollo	25 años	**Intervención**	**Terapia de ejercicios: ambulación**
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	Estuporoso pupilas mioticas hiporreflecticas, comatoso con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral	**Sistema de enfermería**	Parcialmente compensatorio

Definición: Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Fundamentación teórica

Agencia de enfermería
Terapéutica/de apoyo /educativo

Las causas de las caídas son múltiples. En ellas incluye factores extrínsecos, como cambios en el ambiente, mala iluminación y factores intrínsecos como enfermedad física, cambios neurológicos, alteración sensorial.

Resultado esperado	**Ambular**

Definición: Acciones personales para caminar independientemente de un lugar a otro con o sin dispositivos de ayuda.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
020001	Soporta el peso	*				
020003	Camina a paso lento		*			
020010	Camina distancias cortas (<1 manzana)		*			
020014	Anda por la habitación	*				
020015	Anda por la casa	*				

Total: 7 puntos
(+ *Puntuación Diana PREVIA*)

Actividades de enfermería

- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.
- Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

Evaluación

Estas actividades de enfermería se llevaron a cabo para favorecer la correcta deambulación del paciente y mejorar su calidad de vida, así como su integración social.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
020001	Soporta el peso					*
020003	Camina a paso lento					*
020010	Camina distancias cortas (<1 manzana)					*
020014	Anda por la habitación					*
020015	Anda por la casa					*

Total: 25 puntos
(+ *Puntuación Diana POSTERIOR*)

Referências bibliográficas

(T. Heather Herdman, 2020), (Sue Moorhead, 2014), (Gloria M. Bulechek, 2014), (Paz Chanta, 2020)

Elaboró: PLE. Irving Gaona Calzada

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM

Déficit de autocuidado	Deterioro de la habilidad para la traslación **R/C** Deterioro del equilibrio **M/P** Deterioro de la habilidad para entrar o salir de la ducha, Deterioro de la habilidad para sentarse o levantarse del inodoro, Deterioro de la habilidad para trasladarse entre superficies irregulares				
	DOMINIO	4	**CLASE**	2	**PÁGINA**	314

Requisito de Autocuidado Universal	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	**Sistema de enfermería**			
Requisito de Desarrollo	25 años	**Intervención**	**Ayuda con el autocuidado: transferencia**	**Sistema de enfermería**	Parcialmente compensatorio
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	Estuporoso pupilas mioticas hiporreflecticas, comatoso con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral	Definición: Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar la ubicación del cuerpo.			
		Fundamentación teórica			
Agencia de enfermería		La deambulación aumenta tu resistencia. – Desarrolla un corazón más eficiente previniendo enfermedades coronarias. – Mejora tu sistema musculo-esquelético, aportándole mayor fuerza y oxigenación a los grandes grupos musculares del aparato locomotor. – Mejora tu postura, alineando los segmentos corporales			
Terapéutica/de apoyo /educativo					

Resultado esperado	**Posición corporal: autoiniciada**
Definición: Acciones personales para cambiar independientemente de posición corporal con o sin dispositivo de ayuda.	

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
020302	Se mueve de tumbado a sentado	*				
020304	Se mueve de sentado a ponerse de pie		*			
020306	Se mueve de pie a arrodillado	*				
020308	Se mueve de estar de pie a cuclillas	*				
020311	Se mueve de un costado a otro costado cuando está tumbado		*			
		Total:	**7**			**puntos**
		(*+ Puntuación Diana PREVIA*)				

Actividades de enfermería

•Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (p. ej., nivel de movilidad, limitaciones del movimiento, resistencia, capacidad de ponerse en pie y cargar peso, inestabilidad médica u ortopédica, nivel de consciencia, capacidad para colaborar, capacidad para entender instrucciones).

• Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.

• Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.

• Realizar una demostración de la técnica, según corresponda.

• Ayudar al paciente a caminar utilizando el cuerpo del profesional como muleta humana, según corresponda.

Evaluación

Con estas actividades de enfermería se mejoró el traslado del paciente que debido al padecimiento se limitaron gran parte sus habilidades para trasladarse.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno						
Código	Indicadores	1	2	3	4	5
020302	Se mueve de tumbado a sentado					*
020304	Se mueve de sentado a ponerse de pie					*
020306	Se mueve de pie a arrodillado				*	
020308	Se mueve de estar de pie a cuclillas				*	
020311	Se mueve de un costado a otro costado cuando está tumbado					*
		Total:	**23**			**puntos**
		(*+ Puntuación Diana POSTERIOR*)				

Referências bibliográficas

(T. Heather Herdman, 2020), (Sue Moorhead, 2014), (Gloria M. Bulechek, 2014), (Calzada, 2015).

Elaboró: PLE. Irving Gaona Calzada

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM

Déficit de autocuidado	Deterioro de la movilidad física **R/C** Disminución de la fuerza muscular **M/P** Disminución de las habilidades motoras finas, Disminución de las habilidades motoras gruesas, Enlentecimiento del movimiento, Movimientos descoordinados				
	DOMINIO	4	**CLASE**	2	**PÁGINA**	321

Requisito de Autocuidado Universal	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	**Sistema de enfermería**			
Requisito de Desarrollo	25 años	**Intervención**	**Fomentar la mecánica corporal**	**Sistema de enfermería**	Parcialmente compensatorio
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	estuporoso pupilas mioticas hiporreflecticas, comatoso con rigidez de nuca y liberación piramidal bilateral	Definición: Facilitar el uso de posturas y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas.			
		Fundamentación teórica			
Agencia de enfermería		La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los músculos y mejora las funciones cardiacas y respiratorias.			
Terapéutica/de apoyo /educativo					

Resultado esperado	**Movilidad**
Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.	
Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
020801	Mantenimiento del equilibrio	*				
020809	Coordinación		*			
020810	Marcha	*				
020805	Realización del traslado		*			
020814	Se mueve con facilidad	*				

Total: 7 puntos
(+ *Puntuación Diana PREVIA*)

Actividades de enfermería

- Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas.
- Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal, si está indicado.
- Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.
- Enseñar a cambiar el peso de un pie al otro al estar de pie
- Ayudar al paciente/familia a identificar ejercicios posturales adecuados.
- Instruir al paciente/familia acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio.

Evaluación

La restricción en actividades es un concepto importante para entender el impacto de los síntomas depresivos en el deterioro funcional. Este término hace referencia a la auto marginalización que hace el sujeto de la participación en actividades que son de su interés o que realizaba rutinariamente, por limitaciones asociadas a la salud

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
020801	Mantenimiento del equilibrio				*	
020809	Coordinación					*
020810	Marcha				*	
020805	Realización del traslado					*
020814	Se mueve con facilidad				*	

Total: 22 puntos
(+ *Puntuación Diana POSTERIOR*)

Referências bibliográficas

(T. Heather Herdman, 2020), (Sue Moorhead, 2014), (Gloria M. Bulechek, 2014), (Ylenia Caballero Casanova, 2021)

Elaboró: PLE. Irving Gaona Calzada

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE D.E. OREM

Déficit de autocuidado	Patrón de sexualidad ineficaz **R/C** Habilidades deficientes sobre alternativas relacionadas con la Sexualidad **M/P** Alteración en la actividad sexual, Alteración en la conducta sexual, Conflicto de valores				
	DOMINIO	**8**	**CLASE**	**3**	**PÁGINA**	**440**

Requisito de Autocuidado Universal	Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo	**Sistema de enfermería**			
Requisito de Desarrollo	25 años	**Intervención**	**Mejorar el afrontamiento**	**Sistema de enfermería**	Parcialmente compensatorio
Requisito de autocuidado en la desviación de la salud	Cumplimiento del tratamiento prescrito	Definición: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.			

Fundamentación teórica

El patrón de la sexualidad se refiere al conjunto de estrategias, conductas y actitudes que se utilizan en la búsqueda del placer sexual, y describe tanto los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad como el patrón reproductivo

Agencia de enfermería

Terapéutica/de apoyo /educativo

Resultado esperado	**Modificación psicosocial: cambio de vida**

Definición: Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
130501	Establecimiento de objetivos realistas	*				
130504	Expresiones de utilidad		*			
130505	Expresiones de optimismo sobre el presente		*			
130507	Expresiones de sentimientos Permitidos		*			
130509	Uso de estrategias de superación efectivas		*			

Total: 9 puntos

(+ *Puntuación Diana PREVIA*)

Actividades de enfermería

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Explorar los éxitos anteriores del paciente.

Evaluación

Sobre la valoración de la sexualidad en otras etapas de la vida, niños, adolescentes y ancianos, es necesario el desarrollo de herramientas de apoyo para la evaluación de posibles problemas.

Escala Diana	1 grave 2 sustancial 3 moderado 4 leve 5 ninguno

Código	Indicadores	1	2	3	4	5
130501	Establecimiento de objetivos realistas					*
130504	Expresiones de utilidad					*
130505	Expresiones de optimismo sobre el presente					*
130507	Expresiones de sentimientos Permitidos					*
130509	Uso de estrategias de superación efectivas					*

Total: 25 puntos

(+ *Puntuación Diana POSTERIOR*)

Referências bibliográficas

(T. Heather Herdman, 2020), (Sue Moorhead, 2014), (Gloria M. Bulechek, 2014), (Navarro Sarabia, 2013)

Elaboró: PLE. Irving Gaona Calzada

8.1 EVALUACION

La estabilidad depende de una serie de factores en lo cual se abordaron en su mayoría, identificando los factores de riesgo, así como las capacidades del usuario evaluando el nivel de independencia. Los resultados que se esperaban fueron satisfactorios ya que el usuario aumentó su participación en su cuidado y actividades diarias, aunque no en su totalidad ya que requiere supervisión por su padecimiento, sin embargo, se toma en cuenta que los cambios fisiológicos debido a diversas secuelas que no son corregibles en su totalidad, por lo cual se ajustan actividades de acuerdo a esta etapa de la vida.

Las actividades de ejercicio físico muestran un buen resultado ya que el usuario presenta mejor movilidad para realizar diferentes actividades cotidianas. La importancia de estipular horarios para cada actividad conlleva a la orientación del usuario en tiempo y espacio. Por otra parte, el uso repetitivo de cubiertos y objetos personales contribuyó en el mejoramiento y participación del usuario en su autocuidado, ya que muestra mayor interés y con ello también se apoya en la estabilidad emocional.

IX CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Enfermería en un usuario con diagnóstico médico de evento vascular cerebral hemorrágica secundario a una malformación arterio-venosa pontina de los vasos cerebrales, permite brindar una serie de cuidados personalizados los cuales llevaron a mejorar la calidad de vida, debido al control y prevención de complicaciones.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios en las diferentes actividades de cuidado, con el diagnóstico deterioro de movilidad física, las actividades planteadas redujeron en un 85 % la atrofia de los músculos de extremidades inferiores. sin presencia de complicaciones como infección o necrosis en el estoma.

De igual manera las actividades llevadas a cabo para el autocuidado arrojaron resultados favorables, ya que se mostró interés por parte del usuario en el cuidado personal aumentando su participación en las diferentes actividades, aunque no en su totalidad ya que requiere de supervisión debido a sus limitantes y a los cambios fisiológicos que presenta. En cada una de las actividades realizadas fueron ajustadas a su capacidad en donde usuario se incorporó de forma adecuada mejorando su estado emocional y convivencia con la sociedad sin, complicaciones de caídas, ni lesiones.

Cabe mencionar que para lograr los objetivos planteados se necesitó de la colaboración del usuario, su familia y el equipo multidisciplinario. Se considera que la aplicación del Proceso de Enfermería, es una experiencia que favorece la satisfacción de los cuidados de enfermería en los usuarios, Como se demuestra en este caso.

X GLOSARIO DE TERMINOS

PE: Proceso de Enfermería

EVC: Evento Vascular Cerebral

MAV: Malformación Arterio- Venosa

HIC: Hemorragia Intra Craneal

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte)

NIC Nursing Interventions Classification (Clasificación de intervenciones de enfermería)

NOC: Nursing Outcomes Classification (Clasificación de resultados de enfermería)

PATOLOGIA: es la ciencia médica y la práctica de la especialidad concerniente a todos los aspectos de la enfermedad

DIAGNOSTICO: En medicina, se conoce como la identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante pruebas y la observación de sus signos o síntomas.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

MORFO-FISIO-PATOLOGIA: Es la ciencia que estudia la interrelación de las alteraciones estructurales y funcionales que ocurren a nivel de las células, los tejidos y los órganos durante el proceso patológico**.**

PSICOLOGIA: Es una ciencia que trata el estudio y el análisis de la conducta y los procesos mentales de los individuos y de grupos humanos en distintas situaciones, cuyo campo de estudio abarca todos los aspectos de la experiencia humana y lo hace para fines tanto de investigación como docentes y laborales.

PARADIGMA: Teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y se suministra la base y modelo para resolver problemas en el conocimiento

ESTANDARIZACION: Teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento.

PENSAMIENTO CRITICO: Es la capacidad de analizar y evaluar la consistencia de los razonamientos.

PERMEAR: Penetrar en algo o en alguien, y más específicamente en un grupo social.

ESTATICO: Se refiere a algo que permanece en el mismo estado, sin cambios o alteraciones.

VALORACION: Es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos.

DIAGNOSTICO: alude, en general, a esta determinación, se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

PLANEACION: Es la acción de la elaboración de estrategias que permiten alcanzar una meta ya establecida, para que esto se puede llevar a cabo se requieren de varios elementos, primero se debe comprender y analizar una cosa o situación en específica, para luego pasar a definir los objetivos que se quieren alcanzar.

EJECUCION: Consiste en la aplicar los cuidados de enfermería correspondientes a las intervenciones, además conlleva las siguientes actividades: Continuar con la recogida y valoración de datos. Registro de los cuidados de **enfermería** realizados. actualizar el plan de cuidados de **enfermería**.

EVALUACION: Es el ultimo capitulo y el paso final del Proceso de Atención de Enfermería. El propósito es decidir si los objetivos del plan de atención se lograron.

MODELO MEDICO: El modelo médico permite definir categorías de trastornos. Estos trastornos se manifiestan mediante signos y síntomas. Además, es posible distinguir unos trastornos de otros mediante el diagnóstico diferencial.

PAE Proceso de Atención de Enfermería

OBSERVACION: Es la adquisición activa de información sobre un fenómeno o fuente primaria.

PSICODINAMICO: En psicoterapia el término psicodinámico hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central.

ENTREVISTA: Es un intercambio de ideas u opiniones mediante una conversación que se da entre dos o más personas. Todos las personas presentes en una entrevista dialogan sobre una cuestión determinada.

EXAMEN CLINICO: Es un conjunto de métodos que permite recoger datos, básicamente de tres formas: historia clínica, examen físico y métodos complementarios o auxiliares diagnósticos.

FUENTES DE INFORMACION: Se denominan fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento. Conocer, distinguir y seleccionar las fuentes de información adecuadas para el trabajo que se está realizando es parte del proceso de investigación

EXPEDIENTE CLINICO: Es un documento legal y confidencial, en el que se integran los datos necesarios para formular los diagnósticos, establecer el tratamiento médico y planificar los cuidados de enfermería, es útil también para apoyar los programas de enseñanza, así como estudios clínicos y estadísticos.

BASE DE DATOS: Una base de datos es una recopilación organizada de información o datos estructurado.

DATOS SUBJETIVOS: Los datos subjetivos a menudo se obtienen durante la anamnesis de enfermería e incluyen las percepciones, sentimientos e ideas del paciente sobre sí mismo y sobre el estado de salud personal. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el paciente del dolor, debilidad, frustración, náuseas o turbación.

DATOS OBJETIVOS: Son parte de la evaluación de la salud que involucra la recolección de información a través de observaciones. En el entorno sanitario, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto se utilizan para recopilar información sobre el paciente. También se incluyen los comportamientos, las acciones, los resultados de las pruebas, las mediciones y el examen físico del paciente.

ANAMNESIS: Es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

SIGNOS: En medicina, un signo es algo que se identifica durante un examen físico o en una prueba de laboratorio que indica la posibilidad de que una persona tenga una afección o enfermedad. Algunos ejemplos de signos son la fiebre, la inflamación, el sarpullido, la presión arterial alta o la glucemia alta.

SINTOMAS: Problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección. Los síntomas no se pueden observar y no se manifiestan en exámenes médicos. Algunos ejemplos de síntomas son el dolor de cabeza, el cansancio crónico, las náuseas y el dolor.

PERSONAS DE APOYO: Las personas de apoyo son una fuente especialmente importante de datos en el caso de un paciente muy joven o que está inconsciente o confundido. En algunos casos, la persona que da la información puede querer seguir siendo anónima.

SOMATOMETRIA: Es el conjunto de maniobras para obtener medidas precisas de las ideas corporales de una persona. Así mismo, es la ciencia que se ocupa de la medición y comparación de las formas anatómicas, tanto en vida como muerto.

PREGUNTAS SERRADAS: Son las que piden al encuestado que elija entre un conjunto de respuestas, como “sí/no” o entre una lista de opciones múltiples.

PREGUNTAS ABIERTAS: Se utilizan cuando se desea formular una pregunta sin proponer una lista de respuestas. Puedes compartir un cuadro de texto para que el encuestado pueda responder libremente. Para no tener un texto demasiado largo y facilitar el procesamiento de los resultados, es posible limitar el número de caracteres.

PREGUNTAS NEUTRAS: Son las que no influyen en la respuesta

PREGUNTAS DIRIGIDAS: Las preguntas dirigidas son un problema porque interponen la respuesta que queremos escuchar en la pregunta en sí. Hacen que sea difícil o incómodo para el participante expresar otra opinión, y más en la coyuntura de un test con usuarios en el que el moderador o moderadora es visto como la autoridad en la sala.

EXPLORACION FISICA: Es el conjunto de maniobras que realiza un médico o enfermero para obtener información sobre el estado de salud de una persona. La ciencia encargada de su estudio se denomina Semiología clínica.

CEFALOCAUDAL: hace referencia a una orientación anatómica que va desde la cabeza hasta los pies.

EXPLORACION DE CRIBADO: Tiene como finalidad reconocer en el enfermo una patología adicional que no afloró, ni en el Motivo de Consulta ni en la Enfermedad Actual

VALIDACION: Validación es la acción y efecto de validar **(**convertir algo en válido**,** darle fuerza o firmeza**)**

INTERVENCION DE ENFERMERIA: Se define intervención de enfermería como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente.

AUTOCUIDADO: El autocuidado es el conjunto de acciones que se toman para proporcionarnos salud mental, física y emocional.

DEFICIT DEL AUTOCUIDADO: Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

SISTEMAS DE ENFERMERIA: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado.

TROMBOTICO: es un trastorno que implica la formación de trombos o coágulos en el sistema circulatorio. Pueden ser trombos arteriales o venosos. Muchas enfermedades cursan con este fenómeno que puede afectar a cualquier órgano interno o a la circulación general.

EMBOLICO: Se entiende por embolia la obstrucción de una arteria corporal y que disminuye e incluso puede llegar a interrumpir al completo la circulación de sangre. Por lo general, se considera un émbolo a un cuerpo pequeño desprendido de otra parte del organismo, distinta a su localización, y que ha sido transportado por la corriente sanguínea hasta colapsar un vaso con diámetro insuficiente para dejarlo circular libremente.

HEMORRAGICO: Hemorragia es el término médico para referirse al sangrado. Con frecuencia se refiere al sangrado excesivo.

IZQUEMICO: La isquemia es la reducción del flujo sanguíneo en los tejidos del cuerpo humano que provoca la disminución de la cantidad de oxígeno y nutrientes en la zona afectada: si faltan estos dos elementos fundamentales de las células, las consecuencias sobre los tejidos y los órganos afectados pueden ser muy graves, llegando en ocasiones a la necrosis**.**

DIASQUISIS: es un fenómeno fisiológico basado en la depresión reversible de funciones conectadas anatómica o funcionalmente al área lesionada.

HEMIPARESIA: Es una disfunción motora que afecta un lado del cuerpo -izquierdo o derecho-, de origen neurológico y que puede repercutir en la autonomía, ya que se caracteriza principalmente por menor rango de movilidad, fuerza y/o destreza del miembro afectado.

PARAPLEJIA: Es una enfermedad por la cual la parte inferior del cuerpo queda paralizada y carece de funcionalidad. Normalmente es resultado de una lesión medular o de una enfermedad congénita como la espina bífida. Una polineuropatía.

AFASIA: Trastorno del lenguaje que se caracteriza por la incapacidad o la dificultad de comunicarse mediante el habla, la escritura o la mímica y se debe a lesiones cerebrales.

CONVULCIONES: Una convulsión es una alteración eléctrica repentina y no controlada en el cerebro. Puede provocar cambios en el comportamiento, los movimientos o sentimientos, y en los niveles de conciencia.

VOMITOS: El vómito es la eliminación de contenido del estómago o del intestino como consecuencia de una brusca contracción de la musculatura de la pared del abdomen y de la caja torácica.

RIGIDEZ: Es una medida cuantitativa de la oposición a las deformaciones elásticas producidas en un material a causa de una fuerza o un esfuerzo, que contempla la capacidad de un elemento estructural para soportar esfuerzos sin adquirir grandes deformaciones.

APRAXIA: Es un trastorno del cerebro y del sistema nervioso en el cual una persona es incapaz de llevar a cabo tareas o movimientos cuando se le solicita, aunque: Se entiende el pedido o la orden. Ella esté dispuesta a llevar a cabo dicha tarea.

PARESTESIA: Es un trastorno de la sensibilidad de tipo irritativo que se manifiesta con sensaciones anormales sin estímulo previo, como el hormigueo. Esta sensación suele darse en los brazos, manos, dedos, piernas y pies, aunque puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo**.** La mayoría de las veces, esta sensibilidad anormal es transitoria y, a menudo, la describimos coloquialmente como que alguna parte del cuerpo “se nos ha dormido”.

CEFALEA: Las cefaleas (caracterizadas por dolores de cabeza recurrentes) son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Son trastornos primarios dolorosos e incapacitantes como la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y la cefalea en brotes.

PERDIDA DE EQUILIBRIO: Es la sensación del paciente de fuerte inestabilidad o mareo, que le hacen sentir que va a caerse o que tiene su entorno se mueve sin control.

ALTERACIONES VISUALES: Deficiencias visuales que limitan una o más de las funciones básicas del ojo: agudeza visual, adaptación a la oscuridad, visión de colores, o visión periférica.

TRASTORNO DE PERSEPCION: Son **trastornos** que afectan a la memoria y a la conciencia y que la población percibe como de origen transitorio y sin causa aparente

predeterminada, pero que exigen de atención inmediata, ya que son la antesala de problemáticas añadidas que requieren de asistencia sanitaria.

HTA: Hipertensión Arterial

BIOMETRIA HEMATICA: La biometría hemática sirve para analizar los componentes de la **sangre**, con el fin de detectar enfermedades y trastornos sanguíneos, que en su mayoría no presentan síntomas en las personas.

ANGIOGRAFIA: La angiografía o arteriografía (significa lo mismo) es una prueba radiológica diagnóstica para obtener información muy precisa del estado de sus arterias (vasos sanguíneos)**.**

TAC: Tomografía Axial Computarizada es la obtención de imágenes de cortes o secciones de algún objeto.

TIEMPOS DE PROTOMBINA: El tiempo de protombina (TP) es un examen de sangre que mide el tiempo que tarda la porción líquida de la sangre (plasma) en coagularse. Un examen relacionado con esto es el tiempo parcial de tromboplastina (TPT).

ESCALA DE GLASGOW: La Escala de Coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)) es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida. La Escala de Coma de Glasgow utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos

ANTICOAGULANTES: Los anticoagulantes son medicamentos que previenen la formación de coágulos sanguíneos. También evitan que los coágulos de sangre ya existentes se hagan más grandes. Los coágulos en las arterias, las venas y el corazón pueden causar ataques al corazón, derrames cerebrales y bloqueos.

ANTICONVULSIVOS:. Los medicamentos anticonvulsivos fueron diseñados originalmente para tratar a las personas con epilepsia. Pero las cualidades calmantes de algunos de estos medicamentos también pueden ayudar a calmar el ardor, el dolor punzante o cortante a menudo causado por el daño nervioso

ENDORECTOMIA: Una endorectomía es una cirugía en la vena yugular. Después de esta cirugía, la presión arterial debe controlarse cada 2 horas y la presión sistólica debe permanecer por debajo de 130 mmHG. También verificamos las respuestas nerviosas,

pidiendo presionar con ambas manos, mirando las comisuras de la boca al hablar y riendo, pidiendo mirar hacia la izquierda / derecha hacia abajo / hacia arriba. En otras palabras, buscamos si la simetría sigue siendo la misma.

ANGIOPLASTIA: La angioplastia es un procedimiento que permite mejorar el flujo sanguíneo en arterias coronarias estrechas o bloqueadas. Las arterias coronarias suministran sangre rica en oxígeno al corazón.

RADIONEUROCIRUGIA: La radiocirugía es una modalidad de tratamiento cuyo objetivo es la destrucción de una o más lesiones intracraneales depositando una alta dosis de radiación ionizante, utilizando para ello, dispositivos de localización de alta precisión

XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(INEPEO), I. N. (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Nursing care process*, 41-48.

Almería, S. R. (2016). Análisis de un diagnóstico de enfermería: deterioro de la comunicacion verbal. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 693-729.

Alonso, R. L. (2013). *Manual CTO de Enfermeria.* españa: Grupo CTO.

Amparo Roldan, M. E. (1998). *PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.* Medellin.

Armas, C. P. (2014). Déficit de autocuidados en paciente con fractura de muñeca. *asepeyo*, 16.

Audrey Berman, S. J. (2008). *Fundamentos de Enfermería.* españa: pearson, prentice hall.

Audrey J. Berman, S. S. (2013). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA Kozier & Erb.* madrid: PEARSON.

Calzada, I. G. (2015).

Carlos Santiago Uribe Uribe, A. A. (2010). *fundamentos de medicina neurologia.* medellin, colombia: corporacion para investigaciones biologicas.

Delia Esperanza Sillas González, M. L. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enfermero*, 67-69.

DIAZ, J. L. (2014). *PERFUSIÓN TISULAR: CONSIDERACIONES BÁSICAS Y CLÍNICAS FUNDAMENTOS DE MEDICINA TRASLACIONAL.* BOGOTA, COLOMBIA: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA FACULTAD DE MEDICINA.

Dr.C. Ydalsys Naranjo HernándezI, D. J. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, -.

ENFERMERIA COMUNITARIA. (2015). MEXICO D.F: UNAM.

Fernández, N. L. (2006). *Fundamentos de Enfermeria.* la habana, cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Flores, O. R. (febrero de 2011). Proceso de Enfermería Aplicado a Paciente con Evento Vascular Cerebral. Puebla.

Fombuena, N. G. (2011). *Normalización y validación de un test de memoria en envejecimiento.* Barcelona: universidad ramon Llull.

Gloria M. Bulechek, J. M. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermeria (NIC).* BARCELONA, ESPAÑA: ELSEVIER.

Gomez, E. R. (2015). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA (segunda edicion).* MEXICO D.F: EL MANUAL MODERNO.

GONZALEZ, I. (2013). *ANTOLOGÍA PARA EL CURSO-TALLER DE PROCESO DE ENFERMERIA.* Morelia Mich.: FEMCE.

GPC. (2017). Diagnóstico y Tratamiento Temprano de la Enfermedad Vascular Cerrebral Isquemicaen el segundo y tercer nivel de atención. México .

Levin, M. C. (15 de ENERO de 2019). *MANUAL MSD.* Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/s%C3%ADntomas-de-los-problemas-neurol%C3%B3gicos/p%C3%A9rdida-de-memoria

Lic. Susana Rosales Barrera, M. E. (2004). *Fundamentos de Enfermeria 3ª adicion.* mexico: El Manual Moderno. S.A.de C.V.

LUIS DEZA, R. A. (2001). HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN EL PERÚ. *Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú*.

M.G. González-Castillo, A. M. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*.

Montelongo-Meneses, M. M.-L.-C. (2013). Proceso de atención de enfermería en un lactante con neumonía basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon. *Enfermeria Universitaria*, pag. 36-43.

Morales, W. S. (2019). *PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO MAYOR.* PERU.

Navarro Sarabia, J. I. (2013). Valoración del Patrón de la Sexualidad: atención integral de la salud de las personas. *SciELO*, 31.

Patricia A. Potter, A. G. (2013). *fundamentos de enfermeria.* barcelona, españa: elsevier.

Paz Chanta, Y. S. (2020). *PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PERSONA CON ARTROSIS CERVICAL SEVERA.* PERU: UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN.

Reina, N. C. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico,*, 18-23.

Rosana Yuste Codes, B. M. (2015). *PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.).* valencia: Aldaia.

Ruiz, C. (2007). *Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio.* Murcia, España: Anales de Psicología.

Sue Moorhead, M. J. (2014). *clasificacion de resultados de enfermeria (NOC).* BARCELONA, ESPAÑA: ELSEVIER.

T. Heather Herdman, S. K. (2020). *NANDA International, Inc DIAGNOSTICOS ENFERMEROS.* BARCELONA, ESPAÑA: ELSEVIER.

Ylenia Caballero Casanova, M. N. (2021). Plan de cuidados de enfermería para paciente con deterioro de la movilidad. *Revista Sanitaria de Investigacion*.

XII ANEXOS

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

consentimiento informado

Yo Irving Cuevas Calzada doy mi consentimiento para participar en la aplicación de la metodología de investigación de enfermería (proceso de enfermería) que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas para planear y proporcionar cuidados de enfermería integrales que beneficiaran mi estado de salud, fundamentado en la teoría general de Dorothea E. Orem. Así mismo para estructurar un trabajo académico con fines de titulación, para obtener el grado de licenciado en enfermería.

He sido informado con claridad de los objetivos de la metodología de investigación y de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy muy convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan por una situación medica similar a la mía. Fortaleciendo la profesión de enfermería a través del conocimiento de mis necesidades, se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre salud y que mi participación será voluntaria en todo momento y en pleno uso de mis facultades mentales. Sin recibir ninguna remuneración económica

Enterado de quien es el responsable de la aplicación del proceso de enfermería doy mi consentimiento para colaborar en el trabajo académico solicitado.

USUARIO

PASANTE DE LIENCIATURA ENFERMERÍA

TESTIGO

GUÍA DE VALORACIÓN CON EL REFERENTE DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Elaborada por: MCE. Vanesa Jiménez Arroyo

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. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a. *Descriptivos de la persona*

Fecha_____Nombre: ___I.G.C__ Sexo: Masc. (X) Fem. ( ) Edad__30__ Religión__CAOLICA_____ Edo. Civil: ___SOLTERO___ Escolaridad _LICENCIATURA___ Lugar de residencia _MICHOACAN_ Domicilio actual (calle, número, colonia): __AV. Lago azul, calle lago de yuriria, S/N col. El manzanillal___

Características de la vivienda: Renta_____ Propia _____X_____

Otros_____

Material de Construcción: Adobe _____ Ladrillo _____X_____ Otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda: Agua potable __X__ Luz eléctrica __X___ Drenaje __X___ Pavimentación _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos: Alumbramiento público (X) Recolección de basura (X) Drenaje y alcantarillado ( )

Rol que ocupa en la familia: Madre ( ) Madre ( ) Hijo (X) Esposa/o ( )

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

Relación con la familia: Buena (X) Regular ( ) Mala ( )

Nivel de educación: Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Bachillerato ( ) Licenciatura (X) Otros ( )

Ocupación _DESEMPLEADO_____ Horario_____

Antecedentes laborales: __TRABAJE DOS AÑOS EN UNA TIENDA DEPARTAMENTAL_____

Ingreso Económico Familiar _____

Menos de 1 Salario mínimo (X) 1-2 S m ( ) Más de 3 S m ( )

Dependencia económica: Si (X) No ( )

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

b. *Patrón de vida*

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

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

Otras_____

¿Qué hace usted para cuidar su salud? __HAGO POCO EJERCICIO_____

Estado de sistema de salud ¿Cómo percibe su estado de salud? Bueno ( ) Regular (X) Deficiente ( )

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente? IMSS (X) ISSSTE ( ) Secretaría de Salud ( )

Particular ( ) Otros _____

Diagnóstico médico _EVC HEMORRAJICO + MALFORMACION ARTERIO VENOSA_____

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

Valoración de la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente_____

c. *Estado de desarrollo*

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico? Si (X) No ( )

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?_____

¿Quién autoriza su tratamiento médico?_____

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria_____26X`_____ Llenado capilar: _____

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

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

Cocina con leña: Si ( ) No (X) Especifique: _____

Alergias: Si ( ) No (X) Especifique _____

Tipo de Respiración:

Normal (X) Disnea ( ) Bradipnea ( ) Polipnea ( ) Otros_____

Nariz: Desviación de tabique ( ) Pólipos ( ) Secreciones ( ) Dolor ( ) Edema ( )

Otros _____

Tórax: En Tonel (X) En quilla ( ) En embudo ( ) Otros _____

Ruidos respiratorios: Estertores (X) Sibilancias ( ) Murmullo vesicular ( )

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

_____

Cardiovascular: T/A___110/70_____ FC____88X`_____ Soplos ( ) Arritmias ( )

Otras alteraciones:

_____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea: Si ( ) No (X) Apoyo Ventilatorio: Si ( ) No (X) Especifique_____

b. Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación:

Mucosa oral: Seca ( ) Hidratada (X) Piel: Seca ( ) Escamosa ( ) Normal (X)

Turgencia: Normal (X) Escasa ( )

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día? 300-500 ml ( ) 500-1000ml (X) 1500- 2000 ml ( ) Más de 2000ml ( )

¿De dónde proviene el agua que consume? Llave pública ( ) Pila ( ) Entubada ( ) Garrafón (X)

Otros:_____

¿Utiliza algún método para purificar el agua? Si ( ) No (X)

Especifique_____

¿Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día? Si ( ) No (X) Especifique cantidad

_____

Aporte de líquidos

parenterales:Especifique_____

c. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso____70KG_____ Talla __1.73M_____ IMC___23.31_____ Cintura _____

Ha observado variaciones en el peso: Si (X) No ( )

Pérdida ( ) Ganancia (X)

1-3 kg (X) 4-6 kg ( ) 7-9 kg ( ) más de 10 kg ( )

Dentadura: Completa ( ) Faltan piezas (X) Prótesis fija ( ) Prótesis extraíble ( )

Especifique _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral: Si ( ) No (X)

Especifique_____

Lengua en túnica ( ) Estomatitis ( ) Xerostomía ( ) Tumor oral ( ) Leucoplaquia ( ) Edema ( ) Lesión oral ( )

Drenaje purulento ( ) Gingivorragia ( ) Ulceraciones ( )

Otros_____

Alteraciones en cara y

cuello:_____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia ( ) Disminuido ( ) Aumentado ( ) Normal (X) Distención abdominal ( )

Otros

_____

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

¿Cuál? Acidez(X) Náuseas( ) Vómito( ) Hematemesis( ) Disfagia( ) Pirosis( ) Regurgitación(X) Polidipsia( ) Polifagia ( ) Bulimia( ) Anorexia( ) Reflujo(X) Sialorrea ( ) Saciedad( ) Eructos ( )

Otros

_____

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse? Si ( ) No (X)

Especifique_____

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			
Deriv.de la leche		X		
Carnes			X	
Cereales		X		
Verduras		X		
Frutas		X		
Huevos			X	
Pescado			X	
Pastas y harinas			X	

¿Con qué guisa los alimentos? Aceite (X) Manteca ( ) Otros _____

¿Cómo es su dieta? Sin restricciones (X) Para diabético ( ) Hiposódica ( ) Hipoproteica ( ) Hiperproteica ( ) Otros _____

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

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de: Estoma intestinal ( ) Colostomía ( ) Ileostomía ( ) Hemorroides ( ) Pólipo rectal ( ) Rectorragia ( )

Otros_____

Apoyo para la eliminación intestinal: Si ( ) No (X) Movilización ( ) Medicación ( ) Higiene ( )

Otros _____

Evacuación intestinal. Espontanea (X) Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) otros _____

Características de las Heces fecales. Café (X) Acolia ( ) Melena ( )

Otros_____

Consistencia de las Heces fecales. Pastosa (X) Semipastosa ( ) Líquida ( ) Semilíquida ( ) Dura ( )

Grupo de la eliminación vesical.

Presencia de: Incontinencia ( ) Retención urinaria ( ) Tenesmo ( ) Disuria ( ) Alteraciones uretero-vesicales ( )

Otro: _____

Alteración en la micción: Si ( ) No (X) Ámbar ( ) Coluria ( ) Hematuria ( ) Turbia ( )

Otros_____

Grupo Transpiración.

Cambio en los patrones normales de sudoración: Disminuida (X) Ausente ( ) Aumentada ( )

Condición o circunstancia: Temperatura corporal_____35.4ºC_____ Dolor ( ) Alteraciones emocionales ( )

Temperatura ambiental (X) Otros: _____

Grupo menstruación.

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____ Tipo, cantidad y características del flujo:

_____

Presenta algún problema durante su menstruación si ( ) No ( ) Ocasional ( )

Especifique_____

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

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente? Menor de 6 horas ( ) 6- 8 horas ( ) Más de 10 horas (X)

¿Cómo se encuentra al despertarse? Cansado ( ) Descansado (X) Fatigado ( ) Otros ( )

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

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño? Si (X) No ( )

Desde cuándo: 1 semana ( ) 15 días ( ) 1 mes ( ) Más de un mes (X)

Presencia de: Bostezo (X) Insomnio (X) Hipersomnia ( ) Pesadillas ( ) Alucinaciones ( )

Ojeras (X) Ronquido (X) Enuresis ( ) Sonambulismo ( ) Terrores nocturnos ( )

Factores que interrumpan su descanso y sueño ___dormir durante e dia_____

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

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño? Si ( ) No (X)

Especifique_____

Actividad

Sistema músculo esquelético.

Presencia en articulaciones de: Dolor ( ) Rigidez ( ) Inflamación ( ) Limitaciones (X) Contracturas ( )

Especifique _____

Tratamiento _____

¿Alguna actividad física le produce dolor? Si (X) No ( ) Especifique __caminar_____

¿Realiza algún tipo de ejercicio? Si (X) No ( ) Especifique __ejercicios de extremidades inferiores_

Frecuencia/ duración ____CADA 3 DIAS 30 MIN _____

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

Sistema auditivo

¿Presenta problemas de audición? Si (X) No ( ) Especifique

___TINNITUS_____

Utiliza apoyo para escuchar. Si ( ) No (X) Especifique _____

Presencia de: Mareo ( ) Vértigo (X) Acúfenos ( ) Malformaciones ( ) Tumoraciones ( ) Lesiones ( )

Sistema ocular

¿Presenta problemas visuales? Si (X) No ( ) Especifique

____DIPLOPIA_____

¿Utiliza lentes? Si (X) No ( ) Armazón ( ) Contacto ( ) Tiempo__1 AÑO Y MEDIO_____

Presencia de alteraciones oculares. Si ( ) No (X) Especifique

_____

¿Con quienes convive diariamente? Familia (X) 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 ( ) Amigos ( ) Nadie (X)

Otros_____

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

_____

Razones que le impiden socializar: Lejanía ( ) Enfermedad (X) Rechazo ( ) Miedo ( )

Dificultad para la comunicación ( ) Otros_____

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

Sistema neurológico.

Estado de conciencia: Consciente (X) Inconsciente ( ) Sopor ( ) Estupor ( ) Confusión ( ) Coma ( )

Glasgow_____15_____

Problemas de: Concentración ( ) Razonamiento ( )

Especificar_____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación? Bastón (X) Silla de ruedas ( ) Andador ( )

Otros_____

Antecedentes heredo familiares / patológicos: Si ( ) No (X) Especifique _____

_____

Toxicomanías: Si ( ) No (X) Especifique

_____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia? Si (X) No ( ) Especifique _DIAMBULAR DESPACIO Y EVITAR ESCALERAS_

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

_____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad? Si (X) No ( ) Especifique

_____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas? Si ( ) No (X) Especifique

_____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva? Si ( ) No (X) Especifique

_____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales? Si (X) No ( )

Depresión (X) Ansiedad (X) Vergüenza (X) Temor ( ) Desesperanza ( ) Negatividad (X) Tristeza (X)

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante? Negación ( ) Inadaptación ( ) Irritabilidad (X) Culpa ( ) 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. Etapa del ciclo vital.

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

Niñez Si ( ) No (X) Especifique_____

Edad escolar Si ( ) No (X) Especifique_____

Adolescente Si ( ) No (X) Especifique_____

Adulto joven Si ( ) No (X) Especifique_____

Edad fértil Si ( ) No (X) Especifique_____

Adulto maduro Si ( ) No (X) Especifique_____

2. Salud sexual.

Sistema reproductor

¿Ha recibido educación sexual? Si (X) No ( )

Especifique_____

¿Cuál es su orientación

sexual?_____HETEROSEXUAL_____

Inicio de Vida Sexual Activa: Si (X) No ( ) Especifique___17 años_____

Número de parejas sexuales_____4_____

¿Está satisfecho con su vida sexual? Si (X) No ( ) Porque

_____

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales? Si ( ) No (X)

Especifique_____

¿Utiliza algún método de planificación familiar? Si (X) No ( ) Especifique /

tiempo_____

Número de hijos: _____0_____

¿Tiene problemas de infertilidad? Si ( ) No (X)

Especifique_____

Causa / tratamiento

_____

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual? Si ( ) No (X)

Especifique_____

Tratamiento

_____

Cirugías realizadas en Aparato reproductor Si ( ) No (X)

Especifique_____

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular? Si ( ) No (X)

Especifique_____

¿Presenta problemas de erección? Si (X) No ( )

Especifique_____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz? Si ( ) No (X)

Especifique/Tratamiento_____

Mujer:

Menarca:_____Días del ciclo menstrual_____

Tipo, cantidad y características del flujo. _____

Presenta algún problema durante su menstruación Si ( ) No ( )

Especifique_____

Embarazos_____ Partos_____ Cesárea _____ Abortos_____ Óbitos_____ Partos prematuros _____

Embarazos de alto riesgo _____ Periodo intergenésico: _____ Menopausia_____ Fecha de último Papanicolaou_____

Presencia de flujo/ hemorragia transvaginal: Si ( ) No ( )

Especifique_____

¿Existe alteración del crecimiento físico? Si ( ) No ( )

Especifique_____

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Con qué frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud? 4- 6 meses (X) 6- 12 meses ( ) más de 12 meses ( ) No se realiza ( ) Especifique

_____

¿Sabe usted de su enfermedad?_ SI_____

Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, ¿usted acude? Si ( ) No (X)

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

____coraje_____

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación? Si (X) No ( ) Especifique

_____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación? Ambientales ( ) Familiares ( ) Personales (X) Especifique

_____

Observaciones:

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROCESO DE ENFERMERIA CON EL REFERENTE HISTORICO DE DOROTHEA E. OREM

ORGANIZACIÓN DE DATOS

Formato elaborado por: MCE. Brenda Martínez Ávila

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:

Sexo: MASCULINO

Edad: 30

Edo. Civil: SOLTERO

Religión: CATOLICA

Escolaridad: LICENCIATURA

Ocupación: DESEMPLEADO

Familia Nuclear: HERMANO MENOR

Persona que constituye el principal apoyo para el paciente: FAMILIA

Dependencia Económica: FAMILIA

Condiciones del hogar: BUENAS

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

a. *Mantenimiento del aporte de aire suficiente.*

Se encuentra hemodinámico con los siguientes parámetros de constantes vitales FR: 26 x' una frecuencia cardiaca FC: 88x' , con una presión sistólica y diastólica de T/A: 110/70 mmhg, y con una saturación de oxígeno SPO2 90%. No habiendo irregularidades ya que los datos obtenidos se encuentran dentro de los parámetros normales.

b. *Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.*

Piel y mucosas aparentemente hidratas ya que consume500 a 1000 ml por día

c. *Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.*

Al momento de realizar somatometría se encuentra siguientes resultados Peso: 70 kg la cual ha aumentado desde el inicio del proceso de enfermería hasta ahora. Con una Talla: 1.73 m y como IMC 23.41, Niveles de Glucosa; 88 mg/dl

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

No hay presencia de estomas intestinales, no requiere apoyo para la eliminación, presenta evacuaciones de manera espontánea de color café, pastosa, no presenta incontinencia y no hay alteraciones en la micción.

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

Presenta un patrón de sueño alterado en ocasiones manifestado con presencia de somnolencia, bostezo y ojeras durante el día, acostumbra a realizar siestas durante el día, no utiliza ayuda para conciliar el sueño, refiere presentar dolor debido a algunas limitaciones como caminar, realiza ejercicios de extremidades inferiores cada 3 días por 30 minutos.

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

refiere presenta problemas de audición (tinnitus) no utiliza apoyo para escuchar presenta vértigo al momento de caminar frecuentemente, campo visual alterado (diplopía) refiere usar lentes desde hace un año y medio para realizar actividades. Tiene convivencia con miembros de su familia, pero en ocasiones es difícil la convivencia, el usuario presenta cambios de humor, aislamiento social y de vez en cuando timidez.

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

Utiliza como apoyo para deambular un andador. es asistido por el personal de su familia en la mayoría de las actividades realizada, debido a antecedentes de caídas que ha presentado.

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.*

Acepta los cambios físicos al igual que los cambios corporales presentes.

Al igual que presenta cambios humor bruscos como agresión, negatividad.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:

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

Etapa de desarrollo:

Rol (es): sin antecedentes de enfermedades quirúrgicas.

Salud Sexual:

Historia Gineco- obstétrica: refiere haber tenido 4 parejas sexuales

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:

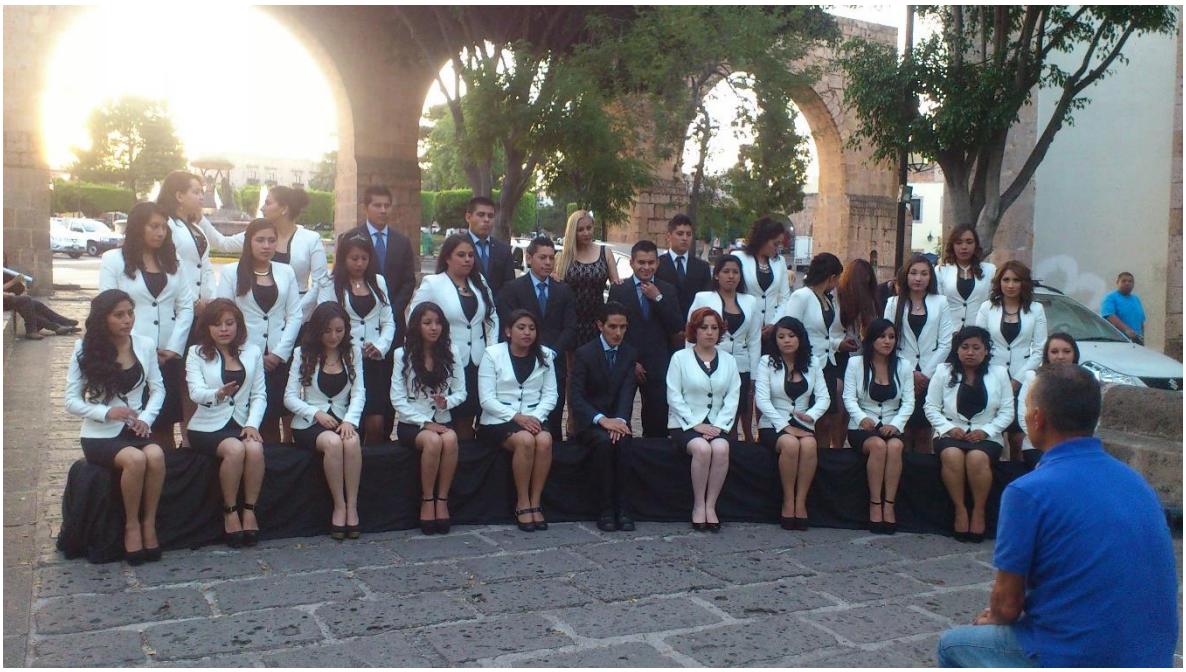
Cuenta con Citas médicas programadas 6 meses con especialista en neurología. Tiene conocimiento en cuanto a su enfermedad ya que se le ha explicado las dudas que surgen en su tratamiento. Tiene ciertos días donde realizan actividades recreativas como algunos juegos de mesa y. el usuario tiene 32 años actualmente y debido a su padecimiento lo imposibilita para llevar a cabo la satisfacción de sus necesidades de autocuidado.

REQUISITOS UNIVERSALES	
DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	
FR: 26x' Dx DE EVC+ MAV Tos esporádica	- No presenta sianosis - No fuma - No presenta alergias - No padece enfermedades pulmonares
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	
piel y mucosas hidratadas con suero 500-1000 ml por día de agua	-no refiere utilizar métodos de purificacion Refiere ingerir otra clase de liquidos durante el dia
3.- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	

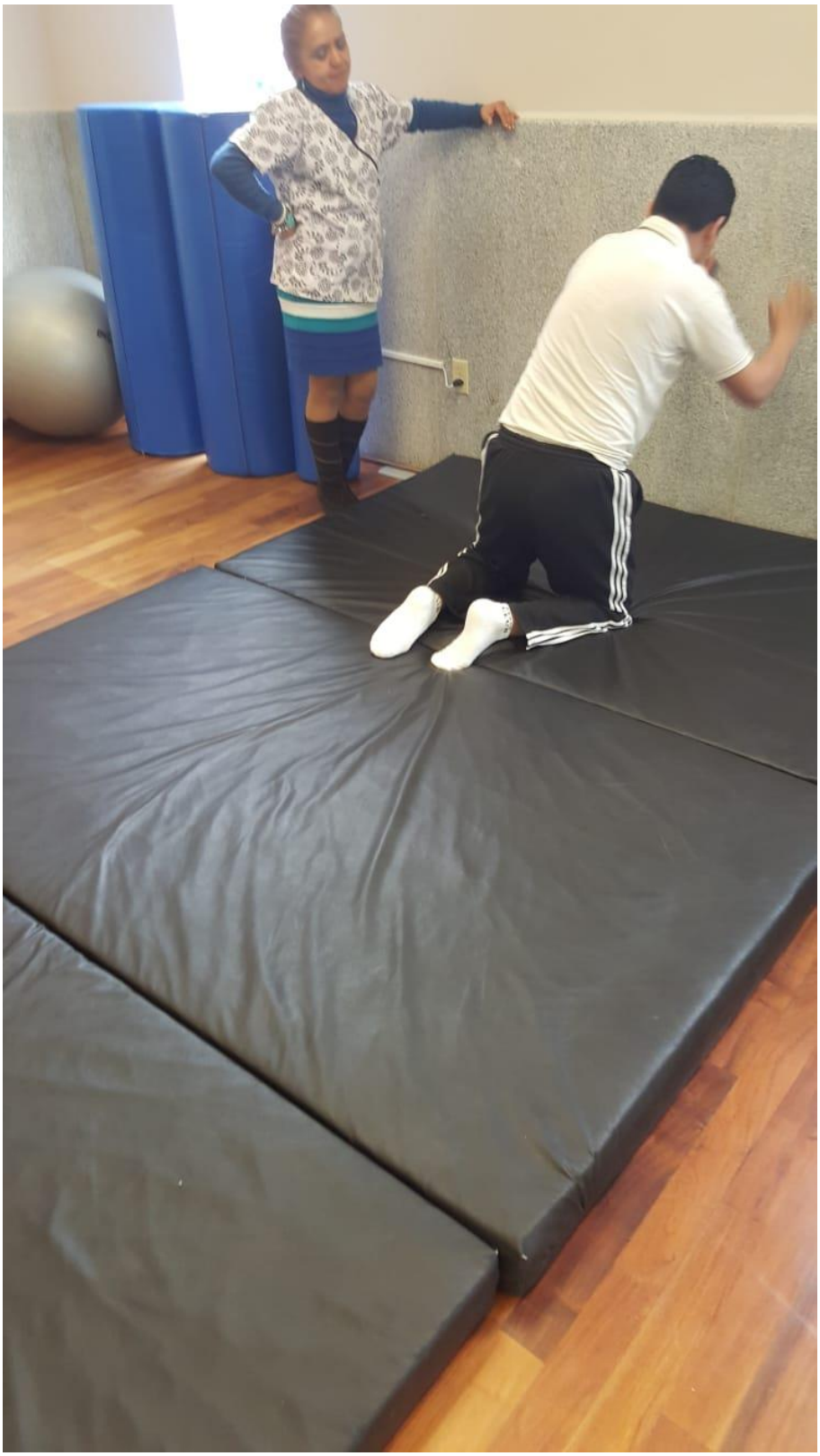
-Mantiene el peso iniciado durante los cuidados de enfermería proporcionada. Peso;70 kg Talla;1.73 cm IMC; 23.31 Piezas dentales deterioradas. -dieta sin restricciones.	- No refiere tener problemas en la lengua -refiere presentar acides, regurgitacion, reflujo. - no refiere presentar problemas al comer - no requiere de alimentacion
4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y fecal.	
- eliminación fecal espontanea. - Consistencia fecal: pastosa de color café. -orina de color ámbar - temperatura de 35.4ºC	La defecación consiste en lo que a ingerido. No refiere presentar dolor al defecar No presenta problemas de incontinencia
5.- Valoración del mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y reposo.	
- presencia de somnolencia y bostezo durante el día. - Duerme 10 horas diaria - Presencia de imsomnio, ojeras y ronquidos	- Refiere descansar al despertar. - No refiere utilizar alguna ayuda para conciliar el sueño. - Refiere realizar siestas diurnas - Refiere realizar ejercicios de extremidades inferiores 30 min cada 3 dias
6.-Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.	
- presencia de vértigo. - presencia de tinnitus - Presencia de vértigo - presencia de diplopía Convivencia con familiares -manejo de cambios de humor frecuentes.	-refiere que le cuesta mantener el equilibrio. -refiere utilizar lentes para ver mejor desde hace 1 año y medio -refiere no acordarse de toda su vida anterior. -refiere sentirse muy triste por todo. -refiere ya no poder realizar todas las actividades diarias como antes. Refiere que es difícil no estresarse

7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	
Amnesia Utiliza baston para deambular Es asistida por miembros de la familia en algunas actividades personales	-refiere que hay ciertas cosas que ya no recuerda -Refiere que ciertas ocasiones ha tenido caídas debido a la debilidad que siente. -Refiere implementar medidas para una deambulación segura.
8.- Promoción y funcionamiento del desarrollo humano, potencial humano, limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.	
Acepta su estado físico al igual que los cambios corporales presentes. Presenta cambios de humor brusco, irritabilidad y ansiedad antecedentes de vida sexual hace 7 años conocimiento de la enfermedad	Refiere que fue muy difícil aceptar el cambio que sufrió al tener un evc pero ya lo está aceptando. Ya que esta realizando terapias fisicas, ocupacionales e hidroterapias Refiere presentar irritabilidad ante situaciones estresantes

(Apéndice 1)

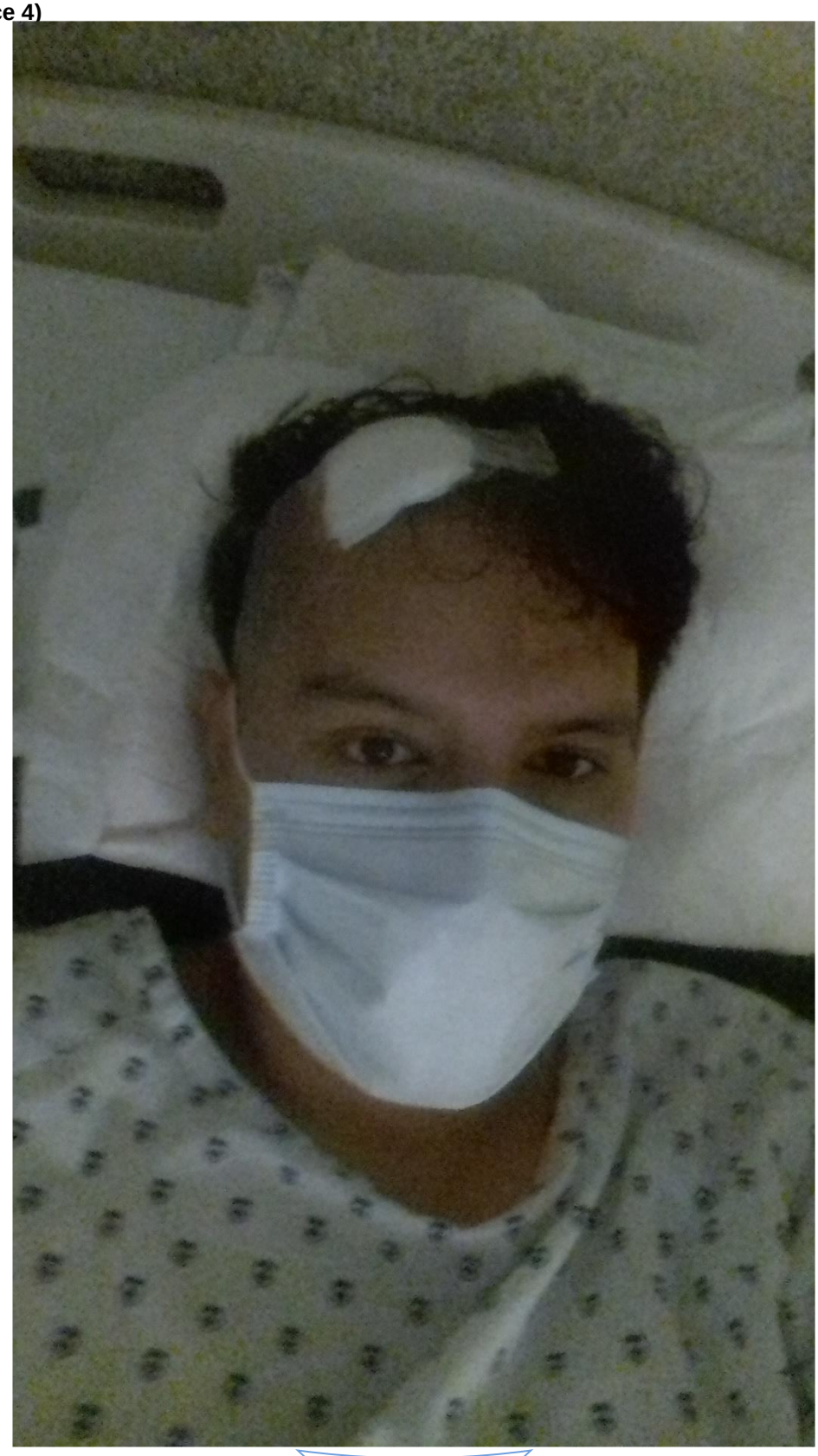


(Apéndice 2)



ALL
I GOT

¿Cómo desinfectarse las manos?
244
Sus 5 Momentos
manos

(Apéndice 3)

(Apéndice 4)