



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO
MAYOR CON ALTERACIÓN PSIQUIÁTRICA BASADO
EN LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE
VIRGINIA HENDERSON.**

PRESENTA:
ERIKA MILAGROS MARTÍNEZ VILLAGÓMEZ

No DE CUENTA:
405019058

PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

DIRECTORA ACADEMICA

MTRA. SANDRA SOTOMAYOR SÁNCHEZ

MEXICO D. F JUNIO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA:

A mi mamá que con esfuerzo y dedicación logro ayudarme en todos los momentos difíciles de mi vida, le doy gracias por ser quien es, es la mejor mamá del mundo, con ella he aprendido lo bueno y lo malo, ha sabido guiarme en todo momento, ha estado ahí en las buenas y malas, por eso y por muchas cosas más le doy las gracias, la amo por sobre todas las cosas.

A mi hermana que sin su ayuda no hubiese podido lograr lo que hasta ahora he hecho, a mi Tía que fue otro de los pilares por los que yo estoy terminando esta carrera, y por último a mi padre que aunque no se encuentre físicamente conmigo, yo sé que donde quiera que esté él me ayudó, me apoyó y contribuyó para el logro del que ahora me siento tan dichosa y feliz.

Gracias a todos por apoyarme en los momentos más difíciles, por no dejarme claudicar cuando lo intente, mil gracias.

INDICE

I.- INTRODUCCION

II.- OBJETIVO

III.- JUSTIFICACION

IV.-MARCO CONCEPTUAL

4.2 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERÍA

4.1 TEORÍA DE ENFERMERIA (HENDERSON)

4.3 PROCESO ATENCION ENFERMERÍA

V.- METODO

5.1 DEPRESIÓN

5.2 TIPOS DE DEPRESIÓN

5.3 PSICOSIS

5.4 ALZHEIMER

VI.- PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

6.3 VALORACIÓN NEUROLOGICA

VII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

7.2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

7.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

7.4 PLAN DE CUIDADOS

7.5 EJECUCIÓN

7.6 EVALUACIÓN

VIII.- CONCLUSIONES

IX.- ANEXOS

X.- BIBLIOGRAFÍA

I.- INTRODUCCIÓN.

La enfermera es un elemento primordial para el cuidado que tiene el paciente ya que proporciona atención y servicio, además de eso proporciona cariño, etc. Como tal es un elemento indispensable en el cuidado del paciente, es uno de los muchos pilares que sustentan una institución, es amiga, compañera y escucha las problemáticas que atañen a los pacientes así como a sus familiares

La formación de profesionistas de Enfermería es hoy en día un reto que enfrenta nuestro país como respuesta a la necesidad de brindar atención en materia de salud a su población, en la cual indiscutiblemente interviene de manera prioritaria a la Enfermería, cuya función principal es el cuidado al individuo sano o enfermo, así como a la comunidad en las mismas circunstancias.

El presente proceso de Atención de Enfermería es aplicado a un Adulto Mayor procedente del servicio de Psiquiatría, con alteración en sus tres esferas, el cual se valorara para favorecer las necesidades alteradas por su Padecimiento, con lo que se lograra una mejor calidad de vida.

La paciente que a continuación se presenta en el siguiente caso, presentaba diversos problemas psiquiátricos, con ellos se ven afectadas algunas de las necesidades de la vida cotidiana como es la de recordar como comer, como vestir, como realizar varias actividades planteadas en su vida diaria, por consiguiente la atañe otro problema a consecuencia de la edad que presenta como es el deterioro senil, el cual lo presentan la mayoría de las personas en cuanto llegan a la avanzada edad, con ella existe un proceso de regresión en la que los pacientes se vuelven como unos niños, es necesario volver a enseñarles a caminar, a hablar correctamente, ayudarlos a ejercitar su memoria ya que en ellos es muy fácil que se vea afectada la memoria a corto plazo, por el mismo proceso de regresión es mas fácil que tengan recuerdos de largo plazo que los de corto plazo.

Con esto se hace alusión a un problema que atañe a la mayoría de la población senil que se encuentra en nuestro país.

II.- OBJETIVO.

- ◆ El objetivo primordial al realizar este proceso es la valoración del paciente senil-psiquiátrico, ejecutando así las intervenciones para la mejora del mismo, que durante su estancia en el instituto encuentre cierta conformidad a la atención de su salud, y de su persona.
- ◆ Comprender el proceso de atención de enfermería para la aplicación de curas a personas que padecen trastornos psiquiátricos, teniendo en cuenta las diferencias culturales y sociales, ya que basado en el Modelo de Virginia Henderson, existe una valoración fundamentada realizada a este tipo de pacientes, así como las diversas acciones conductuales que presentan los mismos, con los que me ayudan a disipar diversas dudas relacionadas con el caso que se esta presentando.
- ◆ Adquirir conocimientos éticos y legales relacionados con el trastorno mental, ya que en este tipo de pacientes, pueden presentar trastornos de psicosis en los que conllevan diversas acciones conductuales como agresividad, ira, depresión, etc., con los que se pueden presentar problemas mayores como una demanda por parte de los familiares en los que podrían acusar al personal de algún maltrato hacia la paciente, con eso es de imprescindible importancia conocer también esa parte de ética en la que nos encargamos de tratar dignamente a nuestras pacientes seniles, sin importar edad, sexo, raza o condición social, con ello al mismo tiempo se esta evitando posibles demandas a futuro y ayudando a una pronta recuperación de la paciente o interviniendo a una modificación conductual de la misma.

Como ya antes mencionado este presente trabajo tiene como vital función el conocer a fondo los signos y síntomas que conllevan el nombre de Alzheimer, las acciones de enfermería que se llevan acabo en cuanto a las necesidades afectadas, desde la modificación de las mismas hasta la abolición por completo de cada una, al mismo tiempo se apoya al paciente a reanudarse a las actividades de la vida diaria y a proporcionar orientación a los familiares que puedan tener algún paciente con este padecimiento en casa.

III.- JUSTIFICACIÓN.

Este trabajo es realizado en base a la valoración efectuada a una paciente psiquiátrica en su fase aguda, los estados conductuales manejados por este tipo de personas nos ayudan a conocer su estado de salud, distinguiéndolo desde una perspectiva holística en un sentido biopsicosocial, evaluando al mismo tiempo las 14 necesidades manejadas desde el Modelo Conceptual de Virginia Henderson que es la Base para la realización de dicho trabajo.

Cada una de las necesidades valoradas servirá como herramienta fundamental para brindar los cuidados necesarios por el personal de salud capacitado, con los que se proporcionara orientación al paciente y a sus familiares, al mismo tiempo lograr la modificación de las carestías o por completo la abolición de éstas, con lo que se lograra que la paciente reinicie sus actividades a la vida diaria o por lo menos que tenga calidad de vida durante su estancia en la institución y en su domicilio, con ello se podrá interactuar a fondo con el paciente y al mismo tiempo educar a sus familiares para que le brinden los cuidados necesarios, contribuyendo con esto controlar su padecimiento y evitar el avance progresivo.

Realizar una valoración de las intervenciones planteadas con lo que podremos verificar la efectividad de nuestra acción, es de suma importancia puntualizar que las necesidades afectadas no se pueden cambiar en un lapso muy corto, mismas que necesitan de una atención continua y de cuidado para lograr superar el déficit que existe en ellas.

IV.- MARCO TEÓRICO.

4.1.- CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

La Enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano.

Cuidar: Es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la misma. *

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. Durante las Cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale.



* MATTHEW, Cahill. Tratamiento en enfermería. McGraw hill, 1991 México

Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escueltas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida. *

4.2.- TEORIA DE ENFERMERÍA

VIRGINIA HENDERSON

Se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería.

Teoría de Virginia Henderson se basa en las necesidades básicas humanas. Las actividades de enfermería se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas. Define a la enfermería como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible. *



Los elementos más importantes del Metaparadigma de enfermería son:

* MARRINER, Torney Ann. Modelos y Teorías y Enfermería. Edit. Elsevier, 2007 Madrid España

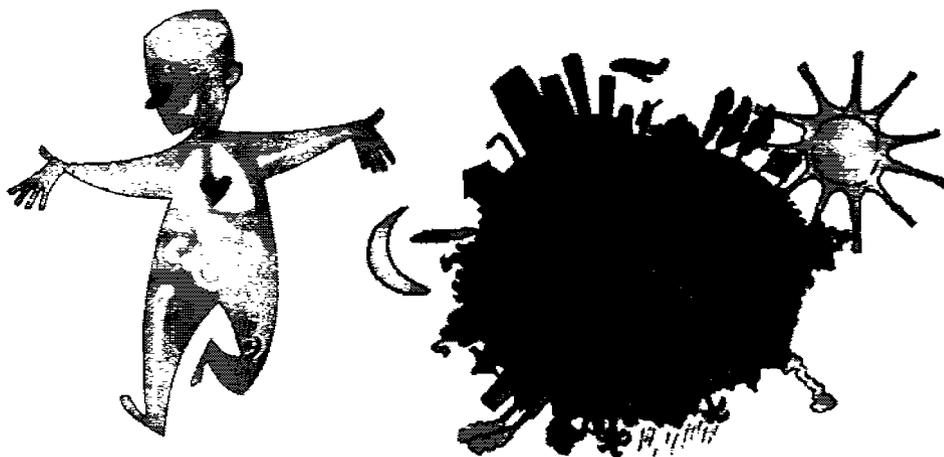
* GARCIA, María de Jesús. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Edit. Progreso 1ª ed. 1997

PERSONA: La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

ENTORNO: lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

SALUD: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

- ◆ Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- ◆ Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- ◆ Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
- ◆ Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).



Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. *

1. OXIGENACIÓN
2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN
3. ELIMINACIÓN
4. MOVIMIENTO Y BUENA POSTURA
5. DESCANSO Y SUEÑO
6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS
7. TERMORREGULACIÓN
8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL
9. EVITAR PELIGROS
10. COMUNICACIÓN
11. CREENCIAS Y VALORES
12. TRABAJO Y REALIZACIÓN
13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS
14. APRENDIZAJE.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- ◆ Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- ◆ Variables: estados patológicos

* UGALDE, M y T Lluch. Salud Mental Conceptos Básicos. Edit. McGraw-Hill, 1997 Madrid España.

4.3.- PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.*

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, así que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

VALORACIÓN.

Es la primera fase del proceso de enfermería en que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.



* ROSALES BARRERA, Susana. Fundamentos de Enfermería. Edit Manual moderno 1991.

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Los datos primordiales que se deben recaudar en esta primera etapa se pueden clasificar de diferente manera como son:

- ◆ Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- ◆ Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- ◆ Datos históricos – antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- ◆ Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Es el juicio ó conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería

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. *

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- ◆ La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa

* CARPENITO, Lynda Juall. Diagnósticos de Enfermería y Aplicaciones a la Práctica Clínica. 9ª ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. México 2003

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 cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.
- ◆ Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, 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. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

- ◆ Identificación de problemas:
Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- ◆ Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.



* UGALDE, M y T Lluch. Salud Mental Conceptos Básicos. Edit. McGraw-Hill, 1997 Madrid España.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles.

- Real: Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes € + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo: Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes €.
- 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 €.
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

PLANIFICACIÓN.

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar ó corregir los problemas, así como para proporcionar la salud

Etapas en el Plan de Cuidados

- ◆ Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- ◆ Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- ◆ Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades,

las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

EJECUCIÓN.

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.* Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Es la realización ó puesta en práctica de los cuidados programados

Las acciones que realiza la enfermería se clasifican en:

- ◆ Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- ◆ Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- ◆ Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

EVALUACIÓN.

Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

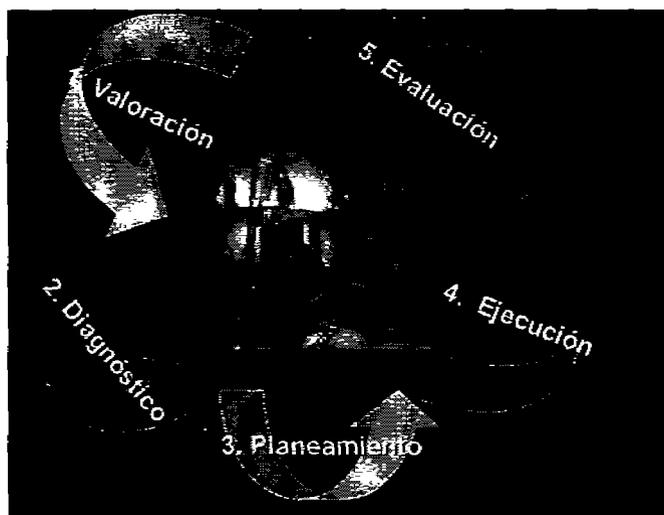
* ROSALES BARRERA, Susana. Fundamentos de Enfermería. Edit. Manual moderno. México 1991

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones, resultado esperado, el paciente se encuentra en proceso del cumplimiento del resultado, y resultado no esperado, es decir seguir implementando diferentes acciones para lograr el parcial o completo bienestar del individuo.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.



V.- MÉTODO

5.1.- DEPRESIÓN.

- El estado de ánimo o afecto: puede ser triste, melancólico, infeliz, hundido, vacío, preocupado, irritable.
- El pensamiento: pérdida de interés, dificultades en la concentración, baja autoestima, pensamientos negativos, indecisión, sentimiento de culpa, ideas de suicidio, delirios, alucinaciones. ~
- La conducta: retraso en los movimientos o agitación, llantos, aislamiento social, conducta suicida, conducta dependiente.

Lo somático o físico: trastornos del sueño, fatiga, aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, dolor, molestias gastrointestinales, disminución del apetito sexual. La presentación de una depresión es variable, predominando un tipo u otro de síntomas. Algunos pacientes manifiestan quejas físicas y síntomas del sistema autónomo o vegetativo (se refiere a todas las funciones del sistema nervioso que no controlamos voluntariamente, como es el ritmo intestinal, la frecuencia cardíaca) negando sentimientos de tristeza. Otros pueden presentar importantes síntomas de ansiedad e incluso no son infrecuentes los pacientes depresivos que refieren dificultades de pensamiento y memoria y sólo más tarde admiten la presencia de otros síntomas. En la práctica clínica no es raro que un paciente minimice los síntomas o los remita a un acontecimiento específico de su vida. Incluso en algunas ocasiones los síntomas son notados por primera vez por los familiares, mientras el paciente los niega.



* B JOHNSON. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. 4ª ed, Vol II. Edit McGrawHill. España 2000

5.2.- TIPOS DE DEPRESIÓN

DEPRESION MAYOR: no se plantean dudas de que lo que el paciente tiene es una depresión, ya que presenta una serie de síntomas que se consideran diagnósticos (la presencia de estos síntomas nos permite hacer el diagnóstico con bastante seguridad, y, por lo tanto, poder pensar en el tratamiento adecuado). Este término no pretende hacer alusión a posibles causas internas (biológicas, por ejemplo) o externas (sociales, por ejemplo). Esto supone, al mismo tiempo, que bajo el término de depresión mayor pueden englobarse problemas muy diferentes, incluyendo casos más leves y casos más graves.*

Puede presentarse como un episodio único a lo largo de la vida o más frecuentemente como varios episodios recurrentes. Se habla de trastorno depresivo mayor si además no ha habido ningún episodio maniaco (trastorno del estado de ánimo con euforia, exceso de energía, hiperactividad, desinhibición) intercalado, pues en ese caso estaríamos frente a un trastorno bipolar o maniaco-depresivo. También se puede diferenciar entre episodios melancólicos o no melancólicos y según la presencia o ausencia de síntomas psicóticos, rasgos atípicos o con inicio en el postparto.

El diagnóstico de la depresión mayor es fundamentalmente clínico, basándose en el interrogatorio y la exploración del paciente, teniendo en cuenta las variaciones individuales en la presentación de la depresión.

El término trastorno depresivo mayor indica un episodio depresivo presente al menos durante dos semanas, y que se caracteriza por la presencia diaria de una serie de síntomas, uno de los cuales debe ser un descenso del humor o de la capacidad para experimentar placer. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. Otros síntomas relevantes son: pérdida de peso; hipersomnia (aumento de la necesidad de sueño) o insomnio (dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertar una o más horas antes de lo normal), entrecimiento o agitación psicomotoras; fatiga; ideas de inutilidad o culpa;

* MORRISON Michelle. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. 1ª ed. Edit. Harcourt. Madrid España 1999

disminución de la capacidad de pensar o concentrarse; pensamientos recurrentes de muerte. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día. *

A parte de la tristeza pueden aparecer otros estados emocionales como la ansiedad o la irritabilidad, pero secundarios al estado de ánimo.

La intensidad de los síntomas puede ser variable. Puede haber pacientes con una tristeza vital y profunda que afecta a todas las áreas de la vida de relación del sujeto y que manifiestan una imposibilidad absoluta de anticipar o conseguir un cierto placer, mientras que otros pacientes pueden tener menos capacidad de buscar placer pero conservar la capacidad de experimentarlo si la situación es propicia. La persona nota que no tiene ninguna motivación por hacer cosas que antes le divertían o le hacían sentir bien.

A nivel del pensamiento la lentitud y los contenidos de tonalidad negativa marcan la pauta. No son raros los sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados. El paciente pierde su autoestima y puede expresar ideas sobrevaloradas de inutilidad, hipocondría (temor a padecer enfermedades), desesperanza o ruina. Está pesimista y pierde la ilusión por su entorno o futuro. Puede perder el interés por el cuidado de sí mismo, la propia higiene, por ir bien vestido. *

El llanto es la expresión de este estado emocional, sin embargo, en ocasiones, el enfermo se queja de no poder llorar.

En los pacientes con un trastorno depresivo mayor nos encontramos con una disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, incluso puede aparecer una disminución de la atención y quejas de falta de memoria. Estos trastornos serán más evidentes en las depresiones más severas y con mayor trasfondo biológico en comparación con las depresiones mayores con más carga psicosocial. Lo mismo ocurre con las alteraciones de la psicomotricidad (enlentecimiento y torpeza en los movimientos). No es rara la existencia de ideas de suicidio o de pensamientos recurrentes de muerte acompañados de una mayor o menor intencionalidad.

* MEJIAS Fco, Lizancos. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Edit. D. A. E. Madrid España 2000

* CASO, Agustín. Fundamentos de Psiquiatría. 3ª ed. Edit. Limusa. México 1997

La vida instintiva y los ritmos biológicos pueden estar afectados. Existen alteraciones del sueño en la mayor parte de los cuadros depresivos (insomnio o hipersomnía). También pueden tener síntomas físicos, sobre todo la fatiga o pérdida de energía. Otros síntomas pueden ser las cefaleas, la amenorrea (ausencia de menstruación), la sequedad de boca, el estreñimiento y las palpitaciones.

Todos estos síntomas provocan, además, un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida de relación del sujeto. Una depresión de cierta intensidad puede incapacitar a la persona para continuar haciéndose cargo del cuidado de su casa, para ir al trabajo, para relacionarse con otras personas.

Se ha de descartar que estos síntomas no sean debidos a una enfermedad médica o al consumo de sustancias, o explicados por la presencia de un duelo.

Un episodio depresivo mayor que no sea tratado dura seis o más meses. El inicio y la finalización pueden ser graduales o abruptos. El trastorno depresivo mayor es normalmente recurrente. "La probabilidad de un único episodio está bastante por debajo del 50% y una vez que se ha establecido la recurrencia el riesgo de posteriores episodios aumenta a medida que se van produciendo éstos. El patrón de recurrencia es variable y generalmente impredecible. La separación entre episodios puede ser de meses e incluso años.

El trastorno depresivo mayor frecuentemente coexiste con otras patologías psiquiátricas, como son el abuso de alcohol o de otras sustancias, los trastornos por ansiedad.

DEPRESION ENDOGENA: La melancolía representa una forma particular de trastorno depresivo, con alteraciones de pensamiento, emocionales, motoras y vegetativas específicas. Es considerada como un subtipo de depresión mayor, y se suele tratar de una depresión grave. Ha recibido también el nombre de depresión endógena o depresión autónoma entre otros. Se dice que la tristeza del paciente depresivo melancólico o endógeno tiene una cualidad que la hace diferentes, no sería como la tristeza reactiva al estímulo generador, pues sería una tristeza

* CHARLES K. Hotting. Enfermería Psiquiátrica, 2ª ed. Edit. Interamericana. México 1999

intrusiva, desproporcionada y penetrante. También se dice que el paciente melancólico es incapaz de adecuar sus reacciones emocionales a las situaciones ambientales durante la enfermedad, es decir, tiene suprimida su capacidad de reacción emocional. Existe también amortiguación o supresión de otras funciones del organismo (motoras, de pensamiento, apetitos), que genera un síntoma llamado anhedonia. En la melancolía tienen mucha importancia los factores genéticos y biológicos. Tiene una respuesta más probable a los tratamientos biológicos (antidepresivos y electroshock). *

Los siguientes se consideran síntomas melancólicos: pérdida del placer en todas o casi todas las actividades; falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno); una cualidad distintiva del estado de ánimo (se experimenta de forma distinta de otros estados de tristeza); la depresión es habitualmente peor por la mañana; despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual de despertarse); enlentecimiento o agitación psicomotores; pérdida significativa de apetito o de peso; culpabilidad excesiva o inapropiada. *

La tristeza endógena no es modificable voluntariamente, a pesar de los esfuerzos del enfermo. Se experimentan sentimientos de inhibición e incapacidad para enfrentar el futuro, desconexión del medio, incapacidad para realizar cualquier esfuerzo, falta de esperanza, y sensación de extrañeza frente al propio estado.



* ANN Isaacs. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. 2ª ed. Edit McGrawHill. Madrid 2000

* DUBOVSKY. Psiquiatría para el Médico General. 1ª ed. Edit. Interamericana. México 1999

5.3.- PSICÓSIS.

La psicosis es "un desorden mental severo, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno de la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal"¹

Las personas que experimentan psicosis pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como por dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Una amplia variedad de elementos del sistema nervioso, tanto orgánicos como funcionales, pueden causar una reacción psicótica. Sin embargo, muchas personas tienen experiencias inusuales y de distorsión de la realidad en algún momento de sus vidas, sin volverse discapacitadas o incluso angustiadas por estas experiencias. Por ejemplo, muchas personas han experimentado visiones religiosas de algún tipo y algunas han hallado inspiración o revelación divina en ellas

Síntomas

Los siguientes son síntomas que sugieren la presencia de un trastorno de tipo psicótico:

- Cambios bruscos y profundos de la conducta.
- Replegarse sobre sí mismo, sin hablar con nadie.
- Creer sin motivos que la gente le observa, habla de él o trama algo contra él.
- Hablar a solas creyendo tener un interlocutor (soliloquio), oír voces, tener visiones (alucinaciones visuales, auditivas) sin que existan estímulos.
- Tener periodos de confusión mental o pérdida de la memoria.
- Experimentar sentimientos de culpabilidad, fracaso, depresión.

¹ JOHNSON B. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. 4ª ed. Vol. II. Edit. McGraw-Hill. España 2000

Tratamiento

El tratamiento de una psicosis depende del origen que tenga, pero en general en la mayoría de los casos se utilizan medicamentos antipsicóticos, además de diversos apoyos psicosociales y el tratamiento de la enfermedad de base.

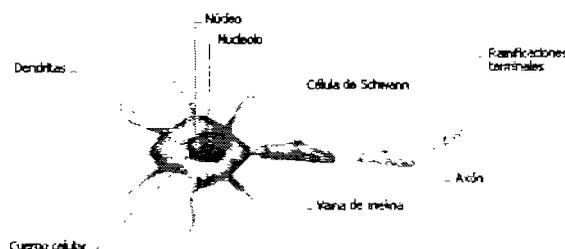
5.4 ALZHEIMER

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad progresiva, degenerativa e irreversible de la corteza cerebral que provoca el deterioro de la memoria, orientación, juicio, lenguaje, personalidad y conducta, interfiriendo con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.*

La enfermedad denominada Alzheimer, causa la pérdida de la memoria y un importante deterioro mental; dando lugar a una progresiva disminución de la autonomía y a modificaciones conductuales, lo que provoca una creciente dependencia familiar de los servicios médicos y sociales, ya que el enfermo requiere de continuos cuidados en todas sus actividades.

Las neuronas que controlan la memoria y el pensamiento están deterioradas, interrumpiendo el paso de mensajes entre ellas. Estas células desarrollan cambios distintivos: placas seniles y haces neurofibrilares (degeneraciones del tejido cerebral). La corteza del cerebro (principal origen de las funciones intelectuales) se atrofia, se encoge y los espacios en el centro del cerebro se agrandan, reduciendo por lo tanto su superficie.

El cerebro es el órgano principal y más voluminoso de la cabeza, formado por más de 15.000 millones de células nerviosas específicas, llamadas **NEURONAS**.



* AGUERA ORTIZ, Luis. Psiquiatría Geriátrica, 1ª ed. Edit Masson. España 2002

La Neurona, morfológicamente. Está formada de 3 partes:

A) SOMA: Es el cuerpo estrellado de la célula.

B) AXÓN: Es la prolongación principal y la que conecta con las otras neuronas.

C) DENDRITA: Son las encargadas de recibir las informaciones de los axones de otras neuronas.

La Neurona secreta unos mediadores químicos, que conocemos con el nombre de neurotransmisores. Estos son los que activan la neurona transmitiendo los mensajes y la información de una neurona a otra. *

ETAPAS

Estadio 0: Caracterizado por independencia en el trabajo, compras, finanzas y actividad social.

Estadio 1: Aparición de negligencia moderada y dificultades para encontrar palabras además de: pérdida de objetos, olvido de nombres de familiares, frecuencia del fenómeno "tenerlo en la punta de la lengua" y pérdida de la percepción espacial expresada en no saber volver a casa.

Estadio 2: Frecuentes y severas quejas de pérdida de memoria y lenguaje, incapacidad de funcionar independientemente fuera del hogar. Comienzan a requerir asistencia para higiene, vestirse y alimentación.

Estadio 3: Dejan de reconocer a su pareja, hijos e incluso su propio reflejo en el espejo. Comienzan a sufrir de mutismo o balbuceo incoherente. Presentan alucinaciones, delirios y conductas excéntricas tales como almacenar de todo. También comienzan a darse convulsiones, incontinencia y reflejos infantiles.**



* TORTORA, G J. Principios de Anatomía y Fisiología. Edit. Oxford. 9ª ed. México 2002

** UGALDE M. Salud Mental, Conceptos Básicos. Edit. McGraw-Hill. 1997 Madrid España

Los síntomas de la demencia incluyen la incapacidad para aprender nueva información y para recordar cosas que se sabían en el pasado; problemas para hablar y expresarse con claridad, o para llevar a cabo actividades motoras o para reconocer objetos. Los pacientes, además, pueden sufrir un cambio en su personalidad y pueden tener dificultades para trabajar o llevar a cabo las actividades habituales. En ocasiones pueden presentar síntomas similares a la depresión (como tristeza o problemas de adaptación) o a la ansiedad.

Existen causas reversibles de demencia como la fiebre alta, la deshidratación, los déficits vitamínicos, la mala nutrición, reacciones adversas a fármacos, problemas con la glándula tiroidea o traumatismos cerebrales leves. El reconocimiento de estas causas y su tratamiento puede mejorar la situación del enfermo, pudiendo retomar a su situación previa tras curar el proceso que ha provocado las alteraciones.

Las causas más frecuentes de demencia irreversible son el mal de Alzheimer y otras enfermedades como la enfermedad de Parkinson o la demencia por cuerpos de Lewy, que forman el grupo de demencias degenerativas. Este tipo de demencia se produce por lesiones en los vasos que irrigan el cerebro, bien por infartos cerebrales múltiples, o por hemorragias, o por disminución de la sangre que llega al cerebro. Con frecuencia los pacientes tienen una demencia 'mixta', es decir que tienen una enfermedad degenerativa y una afectación cerebro vascular.*

La enfermedad de Alzheimer no se puede curar ni es posible restaurar las funciones deterioradas. Actualmente, es posible retardar su progreso pero no detenerla.

El tratamiento va destinado a retardar la evolución de la enfermedad, a manejar los problemas de conducta, la confusión y la agitación, a modificar el ambiente del hogar y, lo más importante, a ofrecer apoyo a la familia. A medida que la enfermedad evoluciona puede causarle más daño a la familia que al paciente en sí.

Tratamiento con Medicamentos.

En la actualidad existen tres medicamentos disponibles para retardar el progreso de la enfermedad y, posiblemente, mejorar la función cognitiva. Estos son: tacrine (Cognex), donepezil (Aricept) y rivostigmine (Exelon).

* UGALDE M. Salud Mental, Conceptos Básicos. Edit. McGraw-Hill. 1997 Madrid España

Los tres afectan el nivel de acetilcolina (un neurotransmisor) en el cerebro y todos tienen efectos colaterales potenciales como náuseas y vómitos.

El tacrine, primer medicamento de este tipo aprobado, también produce una elevación de las enzimas hepáticas y debe tomarse cuatro veces al día. Hoy en día se usa rara vez.

Medicamentos Antiinflamatorios.

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos AINES, que incluyen aspirina e ibuprofeno, están bajo investigación. Los corticosteroides son los medicamentos antiinflamatorios con mayor frecuencia prescritos, pero el uso a largo plazo no es recomendable.

Problemas de Conducta.

Los problemas subyacentes que contribuyen a la confusión deben identificarse y tratarse. Entre ellos están la insuficiencia cardíaca, niveles bajos de oxígeno (hipoxia), trastornos tiroideos, anemia, trastornos nutricionales, infecciones y condiciones psiquiátricas (como la depresión).

Modificación del ambiente en el Hogar.

La persona afectada con la enfermedad de Alzheimer necesita apoyo en el hogar a medida que la enfermedad empeora. Los familiares u otras personas encargadas del cuidado pueden ayudar comprendiendo cómo percibe su mundo la persona con enfermedad de Alzheimer. Se deben proporcionar actividades estructuradas que fomenten las habilidades que todavía conserva y reducir los efectos de las habilidades afectadas.*

Deben simplificarse los alrededores del paciente y se le deben proporcionar recordatorios frecuentes, notas, listas de tareas de rutina o direcciones para las actividades diarias. A la persona con enfermedad de Alzheimer se le debe dar la posibilidad de hablar sobre sus desafíos y de participar en su propio cuidado.



* ASSUMPTA Rigol Cuadra. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2ª ed. Edit. Masson.

PRESENTACION DEL CASO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Antonia Oliver Pineda

Edad: 66 años peso: 70kg talla: 1.66

Fecha de nacimiento: 21 de Marzo de 1942

DIAGNÓSTICOS:

- ◆ DEPRESION PSICOTICA
- ◆ SX FRONTAL DOSROLATERAL
- ◆ SX DEMENCIAL (ALZHEIMER)
- ◆ SX EXTRAPIRAMIDAL RIGIDO ACINETICO
- ◆ SX AFASICO

ALERGICA A LA PENICILINA

ENTREVISTA.

Los familiares conocen poco acerca de su historia de vida, refieren que nace en una familia disfuncional, compuesta por padre, madre y cuatro hermanos mas, siendo ella la mayor de los 5 por lo que desde pequeña queda al cuidado de sus hermanos menores, solo estudio hasta el primer grado de primaria, sin conocer su rendimiento. Refieren que su padre ah tenido una buena relación con su familia, siendo muy dedicada a ellos.

Describen su personalidad como una persona tranquila, que no solía salir de su casa y que era dependiente de varias personas en el interior de su familia

El hijo que falleció hace 4 años por lo que desencadena aun más su demencia.

AHF: DM, HSA, Cardiopatías + hermana finada a los 52 años por IAM, neurológicos-psiquiátricos

APP: G: 3 P: 0 A: 0 C: 3

APNP: habita en casa propia con su esposo cuentan con todos los servicios intradomiciliarios, conviven con un perro, alimentación referida como buena en cantidad y calidad, baño y cambio de ropa diarios, cuenta con una cuidadora que le ayuda en ello, desconoce su grupo sanguíneo.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Inicia abril del 2004 con pérdida de la memoria reciente así como dificultades para decir o denominar objetos, cambiando a veces una letra por otra y una palabra por otra, no sabe escribir, ni leer por analfabeta, al mismo tiempo presenta problemas para la marcha con mucha lentitud, como rigidez, con latero pulsión indistinta, niega cefalea, con facies inexpresivas, animo triste, no hay pérdida de peso, se alimenta normal sin embargo la perdida de la memoria y las alteraciones del lenguaje han sido progresivas, sin otros síntomas. Ha sido vista por medico y no le encuentran diagnostico por lo que le envían a este Instituto para estudios.

EPISODIO ACTUAL:

Aparentemente se desencadena a partir del fallecimiento de uno de sus hijos por un accidente automovilístico, hace aproximadamente 4 años con un cuadro caracterizado por alteraciones en la memoria, olvida donde deja las cosas, cambia unas letras por otras, o algunas palabras por otras, sin confundir el nombre de las cosas ni de las personas, los familiares refieren también tristeza y disminución en la ingesta de alimentos por lo cual acuden con el medico facultativo, que inicia con medicamento no especifico, presenta mejoría de sintomatología depresiva, pero continua con alteraciones de la memoria posteriormente olvida también si deja prendidas las luces, la estufa o si cierra

las llaves. Notan además alteraciones para la marcha la cual describen con pasos cortos ocasionalmente se tropieza además la observan lenta para incorporarse. Refieren buscar atención médica, recibiendo múltiples tratamientos con calmantes pero sin mejoría clínica.

Hace aproximadamente 2 años notan que además, ella decía que no veía, pero la llevaron a hacer exámenes y les decían que si veía sic fam... y a esta se agrega hace aproximadamente un año, lo que aparecen errores de juicio y conducta como cruzar las calles corriendo de forma imprudente, salir corriendo de la casa sin motivo, se vuelve agresiva tanto verbal como físicamente llegando a agredir a sus cuidadores. Casi al mismo tiempo notan que habla sola como si hablara con alguien, pero es ella misma quien se contesta sic fam... además de conductas extrañas se frota las manos constantemente o se hecha saliva en la manos o se talla la boca sic fam.... Lo cual refieren que se hace mas evidente cuando esta nerviosa, llegándose a mostrar sumamente ansiosa cuando se encuentra sola, solo esta mas o menos tranquila cuando hay alguien, si mi papa se va se pone muy mal, sic fam... se inicia entonces tratamiento ya en el INNN con quetiapina hasta 300mg/d sin respuesta.

Actualmente refieren persistencia de soliloquios, le habla a una Ana, pero no es ninguna de la familia, y parece que la ve y habla con ella, sic fam.... Conductas extrañas como tallarse las manos, persiste con agresividad verbal y ocasionalmente física, grita cuando se le deja sola sic fam... motivo por el cual se acude a nueva valoración.

VALORACIÓN NEUROLÓGICA. (PARES CRANEALES)

I.- OLFATORIO: no valorado debido a que la paciente presenta incoherencia en sus palabras

II.- OPTICO: par craneal no valorado debido a que la paciente no coopera.

III.- MOTOR OCULAR COMUN: aparenta tener la capacidad del cristalino, una campimetría normal

IV.- PATETICO: con movimientos oculares aparentemente normales, sin alteraciones ni limitaciones.

V.- TRIGEMINO: par craneal que se encuentra en óptimas condiciones ya que presenta sensibilidad bilateral en la fascia de la cara

VI.- MOTOR OCULAR EXTERNO: para craneal aparentemente normal, ya que se coloca un objeto en la nariz de la paciente y hace bizcos lo cual nos permite valorar los movimientos del globo ocular.

VII.- FACIAL: para craneal que se encuentra en óptimas condiciones con una completa sensibilidad en la cara

VIII.- VESTIBULO COCLEAR: par craneal que se encuentra en perfectas condiciones con un nivel normal de la audición.

IX.- GLOsofaríngeo: par craneal normal

X.- VAGO: par craneal que se encuentra en óptimas condiciones

XI.- ESPINAL: par craneal en perfectas condiciones con un adecuado movimiento del cuello al mismo tiempo observando la parte posterior del cuello para valorar el músculo esternocleidomastoideo

XII.- HIPOGLOSO: par craneal en óptimas condiciones con un perfecto movimiento de la lengua así como la fuerza en ella.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

SINTESIS DE LA VALORACIÓN.

1.-OXIGENACIÓN:

La paciente presenta un déficit en la necesidad de oxigenación ya que presenta en los campos pulmonares estertores, debido al clima tan cambiante, así como secreciones abundantes, dificultosa entrada y salida de O₂ y CO₂ obligando así que se le aspire tres veces por día, se encuentra con un nebulizador continuo FI O₂ inicialmente al 98%, posteriormente se fue disminuyendo a 80% y así quedo en 60%.

2.-NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

La paciente presenta un déficit en esta necesidad debido a su estado de alucinación, renuencia, incoherencia no permite que se le proporcione la ingesta de alimentos vía oral, es necesario recurrir a un método de apoyo como es la sonda nasogástrica, por medio de la cual se le pasa la dieta casi todos los días aproximadamente 600ml, con la variante de que al insistir varias veces la paciente logra ingerir por vía oral aproximadamente 175ml, en algunas ocasiones, la mayoría de las veces es necesaria la SNG, presenta la piel hidratada, humecta, con buena coloración, sin grietas.

3.-ELIMINACIÓN:

La paciente presenta genitales normales anatómicamente, de coloración rosada, tiene déficit en esta necesidad ya que por su mismo estado psicótico no logra controlar esfínteres, se le tiene que colocar pañal desechable, sin sonda vesical, presenta una infección en vías urinarias lo que le provoca cierto prurito,

Presenta estreñimiento de 4 días, se le realiza enema evacuante cada tercer día, obteniendo así un resultado positivo de 400, se verifica la ingesta

abundante de líquidos, así como la administración de laxantes prescritos por el médico.

4.-MOVILIDAD Y POSTURA:

Presenta simetría en miembros torácicos, y miembros pélvicos, necesidad afectada debido a su estado mental se niega rotundamente a caminar, si presenta tono y fuerza muscular en ambas extremidades, pero ella refiere negación absoluta a poder caminar, existen muy esporádicas ocasiones en las que se intenta parar del reposet pero esos momentos duran aproximadamente como 20min, y posteriormente regresa a sus periodos de agresividad y negación a la movilización.

Se observa que con la luz apagada, disminuye la agitación y los movimientos, se mantiene aun con los ojos cerrados, imita lavar la ropa y se talla la boca de la misma forma, murmura palabras incomprensibles. Es difícil saber si hay alucinaciones visuales, pero si voltea de cuando en cuando hacia uno y otro lado, no se puede valorar el resto del examen mental debido a que la paciente no coopera.

5.-DESCANSO Y SUEÑO:

La paciente, presenta insomnio, no duerme, suele cantar por las noches, solaroros, la única manera con la que puede conciliar el sueño es con los medicamentos antipsicóticos que se le administran y en algunas ocasiones ni aun así, le vienen haciendo efecto por la mañana como eso de las 7am, y permanece somnolienta la mayor parte del día, durante ese periodo de sueño parece que completa las 5 etapas del sueño, en la mayoría de las veces suele despertarse en la etapa no REM, o en algunas ocasiones en el sueño profundo, etapa 2 o 3 del ciclo que compone el sueño.

6.-VESTIR ROPAS ADECUADAS.

La paciente se encuentra en una deficiencia en esta necesidad ya que en sus alucines, la paciente se desviste incoherentemente, no se da cuenta de que debe andar vestida, se quita la bata, no le gusta que la toquen y por lo mismo

constantemente tenemos que acudir a cubrirla con la bata o con las sabanas de su cama.

7.-TERMORREGULACIÓN

Esta necesidad se encuentra afectada debido a que en algunas ocasiones ha presentado febrículas de 37.5, y su sistema regulador de la temperatura se ve afectado por cierto descontrol de la temperatura.

8.-HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Necesidad afectada ya que por su mismo estado demencial, sufre alucinaciones, agresividad y no permite que se le bañe adecuadamente, presenta halitosis, placa dentobacteriana, la piel se encuentra humectada, sin cuarteaduras, rosada, cabello reseco, brillante.

9.-EVITAR PELIGROS

Necesidad cubierta debido a que se encuentra en la institución y se prevén todo tipo de accidentes, al mismo tiempo en el interrogatorio con su familia nos comentan que vive con su esposo, y tienen antiderrapantes en las escaleras de su casa, una agarradera especial en el baño, tiene zapatos con suela antiderrapante, no la dejan acercarse a la estufa para evitar que se quemé, tampoco la dejan salir sola evitando que se vaya a perder, y con modito de su demencia le evite a su el regreso a su casa.

10.-COMUNICACIÓN

Necesidad afectada debido a la Demencia Senil de la paciente, ya que se encuentra pasando por ciertos procesos degenerativos, los cuales afectan la coordinación del habla y la expresión de la paciente, por lo que la misma habla palabras incoherentes e ilógicas, se torna verbosísima, coprolalia, en ocasiones hasta, agresiva, con ello comprobamos que la necesidad de comunicar lo que necesita se ve afectada.

Paciente de edad cronológica acorde a la aparente, viste ropas de hospital, alerta, inatenta, se encuentra combativa a la exploración, sujeta de la cintura,

grita, ocasionalmente emite palabras incoherentes y otras veces en efecto, aparente establecer un monologo:

Ana ¿Dónde esta?, No se

Ahora verán, por Dios Santo de la Chingada..... sic fam.

La mirada se encuentra perdida aparenta solo tener visión de luz y movimiento, ya que puede acercarse a ella con la luz encendida sin hacer ruido y no voltea en dirección hacia la persona, pero cuando se pone la luz en sus ojos dirige la mirada, se le observa que toma la sabana de la cama e imita movimientos como si tallara una ropa, frotándola entre ambas manos, luego lame la palma de su mano y con ella se frota los labios, canta constantemente y parece haber asociación por consonancia en sus canciones y de los solares, solrara rares, solarrorros, a la rorro niño, niño, na, na, na, na, sic fam....

11.- CREENCIAS Y VALORES.

Necesidad aparentemente cubierta ya que los antecedentes que manifiesta el expediente, arroja que la paciente acudía todos los días a la iglesia, que rezaba y según su familia estaba confortada con la religión que profesaba.

12.- TRABAJO Y REALIZACIÓN.

Necesidad afectada debido a su padecimiento, lo que le impide que se relacione con los demás y por consecuencia poder conseguir un trabajo, por otra parte la edad que representa, tiene degeneramiento a nivel del Sistema Nervioso Central

13.- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES REACREATIVAS

Necesidad afectada debido a que la paciente presenta cierta demencia senil con la que le impiden realizar actividades, ya que la mayor parte del tiempo se encuentra con alucinaciones, y en los momentos de lucidez no desea trabajar, sus familiares manifestaban que antes de que se desencadenara su

padecimiento la paciente solo se avocaba a realizar las actividades de su hogar y a cuidar a sus hijos.

14.- APRENDIZAJE

Necesidad afectada ya que la paciente solo concluyo su escolaridad hasta 1º de primaria y por lo mismo se le dificultaba escribir, leer, etc., ya que es analfabeta

MÉTODO

DEPRESIÓN.

- El estado de ánimo o afecto: puede ser triste, melancólico, infeliz, hundido, vacío, preocupado, irritable.
- El pensamiento: pérdida de interés, dificultades en la concentración, baja autoestima, pensamientos negativos, indecisión, sentimiento de culpa, ideas de suicidio, delirios, alucinaciones. ~
- La conducta: retraso en los movimientos o agitación, llantos, aislamiento social, conducta suicida, conducta dependiente.

Lo somático o físico: trastornos del sueño, fatiga, aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, dolor, molestias gastrointestinales, disminución del apetito sexual. La presentación de una depresión es variable, predominando un tipo u otro de síntomas. Algunos pacientes manifiestan quejas físicas y síntomas del sistema autónomo o vegetativo (se refiere a todas las funciones del sistema nervioso que no controlamos voluntariamente, como es el ritmo intestinal, la frecuencia cardíaca) negando sentimientos de tristeza. Otros pueden presentar importantes síntomas de ansiedad e incluso no son infrecuentes los pacientes depresivos que refieren dificultades de pensamiento y memoria y sólo más tarde admiten la presencia de otros síntomas. En la práctica clínica no es raro que un paciente minimice los síntomas o los remita a un acontecimiento específico de su vida. Incluso en algunas ocasiones los síntomas son notados por primera vez por los familiares, mientras el paciente los niega.

~ B JOHNSON. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. 4ª ed, Vol II. Edit McGrawHill. España 2000

TIPOS DE DEPRESIÓN

DEPRESION MAYOR: no se plantean dudas de que lo que el paciente tiene es una depresión, ya que presenta una serie de síntomas que se consideran diagnósticos (la presencia de estos síntomas nos permite hacer el diagnóstico con bastante seguridad, y, por lo tanto, poder pensar en el tratamiento adecuado). Este término no pretende hacer alusión a posibles causas internas (biológicas, por ejemplo) o externas (sociales, por ejemplo). Esto supone, al mismo tiempo, que bajo el término de depresión mayor pueden englobarse problemas muy diferentes, incluyendo casos más leves y casos más graves.⁷

Puede presentarse como un episodio único a lo largo de la vida o más frecuentemente como varios episodios recurrentes. Se habla de trastorno depresivo mayor si además no ha habido ningún episodio maniaco (trastorno del estado de ánimo con euforia, exceso de energía, hiperactividad, desinhibición) intercalado, pues en ese caso estaríamos frente a un trastorno bipolar o maniaco-depresivo. También se puede diferenciar entre episodios melancólicos o no melancólicos y según la presencia o ausencia de síntomas psicóticos, rasgos atípicos o con inicio en el postparto.

El diagnóstico de la depresión mayor es fundamentalmente clínico, basándose en el interrogatorio y la exploración del paciente, teniendo en cuenta las variaciones individuales en la presentación de la depresión.

El término trastorno depresivo mayor indica un episodio depresivo presente al menos durante dos semanas, y que se caracteriza por la presencia diaria de una serie de síntomas, uno de los cuales debe ser un descenso del humor o de la capacidad para experimentar placer. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. Otros síntomas relevantes son: pérdida de peso; hipersomnia (aumento de la necesidad de sueño) o insomnio (dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertar una o más horas antes de lo normal), enlentecimiento o agitación psicomotoras; fatiga;

⁷ MORRISON Michelle. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. 1ª ed. Edit. Harcourt. Madrid España 1999

ideas de inutilidad o culpa; disminución de la capacidad de pensar o concentrarse; pensamientos recurrentes de muerte. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día. ~

A parte de la tristeza pueden aparecer otros estados emocionales como la ansiedad o la irritabilidad, pero secundarios al estado de ánimo.

La intensidad de los síntomas puede ser variable. Puede haber pacientes con una tristeza vital y profunda que afecta a todas las áreas de la vida de relación del sujeto y que manifiestan una imposibilidad absoluta de anticipar o conseguir un cierto placer, mientras que otros pacientes pueden tener menos capacidad de buscar placer pero conservar la capacidad de experimentarlo si la situación es propicia. La persona nota que no tiene ninguna motivación por hacer cosas que antes le divertían o le hacían sentir bien.

A nivel del pensamiento la lentitud y los contenidos de tonalidad negativa marcan la pauta. No son raros los sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados. El paciente pierde su autoestima y puede expresar ideas sobrevaloradas de inutilidad, hipocondría (temor a padecer enfermedades), desesperanza o ruina. Está pesimista y pierde la ilusión por su entorno o futuro. Puede perder el interés por el cuidado de sí mismo, la propia higiene, por ir bien vestido. ~

El llanto es la expresión de este estado emocional, sin embargo, en ocasiones, el enfermo se queja de no poder llorar.

En los pacientes con un trastorno depresivo mayor nos encontramos con una disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, incluso puede aparecer una disminución de la atención y quejas de falta de memoria. Estos trastornos serán más evidentes en las depresiones más severas y con mayor trasfondo biológico en comparación con las depresiones mayores con más carga psicosocial. Lo mismo ocurre con las alteraciones de la psicomotricidad (enlentecimiento y torpeza en los movimientos). No es rara la

~ MEJIAS Fco, Lizancos. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Edit. D. A. E. Madrid España 2000

~ CASO, Agustín. Fundamentos de Psiquiatría. 3ª ed. Edit. Limusa. México 1997

existencia de ideas de suicidio o de pensamientos recurrentes de muerte acompañados de una mayor o menor intencionalidad.

La vida instintiva y los ritmos biológicos pueden estar afectados. Existen alteraciones del sueño en la mayor parte de los cuadros depresivos (insomnio o hipersomnias). También pueden tener síntomas físicos, sobre todo la fatiga o pérdida de energía. Otros síntomas pueden ser las cefaleas, la amenorrea (ausencia de menstruación), la sequedad de boca, el estreñimiento y las palpitaciones.

Todos estos síntomas provocan, además, un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida de relación del sujeto. Una depresión de cierta intensidad puede incapacitar a la persona para continuar haciéndose cargo del cuidado de su casa, para ir al trabajo, para relacionarse con otras personas.

Se ha de descartar que estos síntomas no sean debidos a una enfermedad médica o al consumo de sustancias, o explicados por la presencia de un duelo.

Un episodio depresivo mayor que no sea tratado dura seis o más meses. El inicio y la finalización pueden ser graduales o abruptos. El trastorno depresivo mayor es normalmente recurrente. "La probabilidad de un único episodio está bastante por debajo del 50% y una vez que se ha establecido la recurrencia el riesgo de posteriores episodios aumenta a medida que se van produciendo éstos. El patrón de recurrencia es variable y generalmente impredecible. La separación entre episodios puede ser de meses e incluso años.

El trastorno depresivo mayor frecuentemente coexiste con otras patologías psiquiátricas, como son el abuso de alcohol o de otras sustancias, los trastornos por ansiedad.

DEPRESION ENDOGENA: La melancolía representa una forma particular de trastorno depresivo, con alteraciones de pensamiento, emocionales, motoras y vegetativas específicas. Es considerada como un subtipo de depresión mayor,

~ CHARLES K, Hotting. Enfermería Psiquiátrica. 2ª ed. Edit. Interamericana. México 1999

y se suele tratar de una depresión grave. Ha recibido también el nombre de depresión endógena o depresión autónoma entre otros. Se dice que la tristeza del paciente depresivo melancólico o endógeno tiene una cualidad que la hace diferentes, no sería como la tristeza reactiva al estímulo generador, pues sería una tristeza intrusiva, desproporcionada y penetrante. También se dice que el paciente melancólico es incapaz de adecuar sus reacciones emocionales a las situaciones ambientales durante la enfermedad, es decir, tiene suprimida su capacidad de reacción emocional. Existe también amortiguación o supresión de otras funciones del organismo (motoras, de pensamiento, apetitos), que genera un síntoma llamado anhedonia. En la melancolía tienen mucha importancia los factores genéticos y biológicos. Tiene una respuesta más probable a los tratamientos biológicos (antidepresivos y electroshock). ~

Los siguientes se consideran síntomas melancólicos: pérdida del placer en todas o casi todas las actividades; falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno); una cualidad distintiva del estado de ánimo (se experimenta de forma distinta de otros estados de tristeza); la depresión es habitualmente peor por la mañana; despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual de despertarse); enlentecimiento o agitación psicomotora; pérdida significativa de apetito o de peso; culpabilidad excesiva o inapropiada. ~

La tristeza endógena no es modificable voluntariamente, a pesar de los esfuerzos del enfermo. Se experimentan sentimientos de inhibición e incapacidad para enfrentar el futuro, desconexión del medio, incapacidad para realizar cualquier esfuerzo, falta de esperanza, y sensación de extrañeza frente al propio estado.

PSICÓISIS.

~ ANN Isaacs. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. 2ª ed. Edit McGrawHill. Madrid 2000

~ DUBOVSKY. Psiquiatría para el Médico General. 1ª ed. Edit. Interamericana. México 1999

La psicosis es “un desorden mental severo, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno de la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal”[~]

Las personas que experimentan psicosis pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como por dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Una amplia variedad de elementos del sistema nervioso, tanto orgánicos como funcionales, pueden causar una reacción psicótica. Sin embargo, muchas personas tienen experiencias inusuales y de distorsión de la realidad en algún momento de sus vidas, sin volverse discapacitadas o incluso angustiadas por estas experiencias. Por ejemplo, muchas personas han experimentado visiones religiosas de algún tipo y algunas han hallado inspiración o revelación divina en ellas

Síntomas

Los siguientes son síntomas que sugieren la presencia de un trastorno de tipo psicótico:

- Cambios bruscos y profundos de la conducta.
- Replegarse sobre sí mismo, sin hablar con nadie.
- Creer sin motivos que la gente le observa, habla de él o trama algo contra él.
- Hablar a solas creyendo tener un interlocutor (soliloquio), oír voces, tener visiones (alucinaciones visuales, auditivas) sin que existan estímulos.
- Tener períodos de confusión mental o pérdida de la memoria.
- Experimentar sentimientos de culpabilidad, fracaso, depresión.

Tratamiento

[~] JOHNSON B. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. 4ª ed. Vol. II. Edit. McGraw-Hill. España 2000

El tratamiento de una psicosis depende del origen que tenga, pero en general en la mayoría de los casos se utilizan medicamentos antipsicóticos, además de diversos apoyos psicosociales y el tratamiento de la enfermedad de base.

5.4 ALZHEIMER

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad progresiva, degenerativa e irreversible de la corteza cerebral que provoca el deterioro de la memoria, orientación, juicio, lenguaje, personalidad y conducta, interfiriendo con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.[~]

La enfermedad denominada Alzheimer, causa la pérdida de la memoria y un importante deterioro mental; dando lugar a una progresiva disminución de la autonomía y a modificaciones conductuales, lo que provoca una creciente dependencia familiar de los servicios médicos y sociales, ya que el enfermo requiere de continuos cuidados en todas sus actividades.

Las neuronas que controlan la memoria y el pensamiento están deterioradas, interrumpiendo el paso de mensajes entre ellas. Estas células desarrollan cambios distintivos: placas seniles y haces neurofibrilares (degeneraciones del tejido cerebral). La corteza del cerebro (principal origen de las funciones intelectuales) se atrofia, se encoge y los espacios en el centro del cerebro se agrandan, reduciendo por lo tanto su superficie.

El cerebro es el órgano principal y más voluminoso de la cabeza, formado por más de 15.000 millones de células nerviosas específicas, llamadas **neuronas**.

La Neurona, morfológicamente. Está formada de 3 partes:

- A) SOMA: Es el cuerpo estrellado de la célula.
- B) AXÓN: Es la prolongación principal y la que conecta con las otras neuronas.
- C) DENDRITA: Son las encargadas de recibir las informaciones de los axones de otras neuronas.

[~] AGUERA ORTIZ, Luis. Psiquiatría Geriátrica. 1ª ed. Edit Masson. España 2002

La Neurona secreta unos mediadores químicos, que conocemos con el nombre de neurotransmisores. Estos son los que activan la neurona transmitiendo los mensajes y la información de una neurona a otra. ~

ETAPAS

Estadio 0: Caracterizado por independencia en el trabajo, compras, finanzas y actividad social.

Estadio 1: Aparición de negligencia moderada y dificultades para encontrar palabras además de: pérdida de objetos, olvido de nombres de familiares, frecuencia del fenómeno "tenerlo en la punta de la lengua" y pérdida de la percepción espacial expresada en no saber volver a casa.

Estadio 2: Frecuentes y severas quejas de pérdida de memoria y lenguaje, incapacidad de funcionar independientemente fuera del hogar. Comienzan a requerir asistencia para higiene, vestirse y alimentación.

Estadio 3: Dejan de reconocer a su pareja, hijos e incluso su propio reflejo en el espejo. Comienzan a sufrir de mutismo o balbuceo incoherente. Presentan alucinaciones, delirios y conductas excéntricas tales como almacenar de todo. También comienzan a darse convulsiones, incontinencia y reflejos infantiles. ~

Los síntomas de la demencia incluyen la incapacidad para aprender nueva información y para recordar cosas que se sabían en el pasado; problemas para hablar y expresarse con claridad, o para llevar a cabo actividades motoras o para reconocer objetos. Los pacientes, además, pueden sufrir un cambio en su personalidad y pueden tener dificultades para trabajar o llevar a cabo las actividades habituales. En ocasiones pueden presentar síntomas similares a la depresión (como tristeza o problemas de adaptación) o a la ansiedad.

Existen causas reversibles de demencia como la fiebre alta, la deshidratación, los déficits vitamínicos, la mala nutrición, reacciones adversas a fármacos, problemas con la glándula tiroidea o traumatismos cerebrales leves. El reconocimiento de estas causas y su tratamiento puede mejorar la situación del

~ TORTORA, G J. Principios de Anatomía y Fisiología. Edit. Oxford. 9ª ed. México 2002

~ UGALDE M. Salud Mental, Conceptos Básicos. Edit. McGraw-Hill. 1997 Madrid España

enfermo, pudiendo retornar a su situación previa tras curar el proceso que ha provocado las alteraciones.

Las causas más frecuentes de demencia irreversible son el mal de Alzheimer y otras enfermedades como la enfermedad de Parkinson o la demencia por cuerpos de Lewy, que forman el grupo de demencias degenerativas. Este tipo de demencia se produce por lesiones en los vasos que irrigan el cerebro, bien por infartos cerebrales múltiples, o por hemorragias, o por disminución de la sangre que llega al cerebro. Con frecuencia los pacientes tienen una demencia 'mixta', es decir que tienen una enfermedad degenerativa y una afectación cerebro vascular.[~]

La enfermedad de Alzheimer no se puede curar ni es posible restaurar las funciones deterioradas. Actualmente, es posible retardar su progreso pero no detenerla.

El tratamiento va destinado a retardar la evolución de la enfermedad, a manejar los problemas de conducta, la confusión y la agitación, a modificar el ambiente del hogar y, lo más importante, a ofrecer apoyo a la familia. A medida que la enfermedad evoluciona puede causarle más daño a la familia que al paciente en sí.

Tratamiento con Medicamentos.

En la actualidad existen tres medicamentos disponibles para retardar el progreso de la enfermedad y, posiblemente, mejorar la función cognitiva. Estos son: tacrine (Cognex), donepezil (Aricept) y rivostigmine (Exelon).

Los tres afectan el nivel de acetilcolina (un neurotransmisor) en el cerebro y todos tienen efectos colaterales potenciales como náuseas y vómitos.

El tacrine, primer medicamento de este tipo aprobado, también produce una elevación de las enzimas hepáticas y debe tomarse cuatro veces al día. Hoy en día se usa rara vez.

Medicamentos Antiinflamatorios.

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos AINES, que incluyen aspirina e ibuprofeno, están bajo investigación. Los corticosteroides son los

[~] UGALDE M. Salud Mental. Conceptos Básicos. Edit. McGraw-Hill. 1997 Madrid España

medicamentos antiinflamatorios con mayor frecuencia prescritos, pero el uso a largo plazo no es recomendable.

Problemas de Conducta.

Los problemas subyacentes que contribuyen a la confusión deben identificarse y tratarse. Entre ellos están la insuficiencia cardíaca, niveles bajos de oxígeno (hipoxia), trastornos tiroideos, anemia, trastornos nutricionales, infecciones y condiciones psiquiátricas (como la depresión).

Modificación del ambiente en el Hogar.

La persona afectada con la enfermedad de Alzheimer necesita apoyo en el hogar a medida que la enfermedad empeora. Los familiares u otras personas encargadas del cuidado pueden ayudar comprendiendo cómo percibe su mundo la persona con enfermedad de Alzheimer. Se deben proporcionar actividades estructuradas que fomenten las habilidades que todavía conserva y reducir los efectos de las habilidades afectadas.™

Deben simplificarse los alrededores del paciente y se le deben proporcionar recordatorios frecuentes, notas, listas de tareas de rutina o direcciones para las actividades diarias. A la persona con enfermedad de Alzheimer se le debe dar la posibilidad de hablar sobre sus desafíos y de participar en su propio cuidado.

™ ASSUMPTA Rigol Cuadra. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2ª ed. Edit. Masson.

DIAGNÓSTICOS REALES

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN INSATISFECHA POR VOLUNTAD Y CONOCIMIENTO

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
Alteración en la alimentación relacionado con deterioro perceptual, cognitivo, manifestado por aversión a comer, palidez de conjuntivas, incapacidad subjetiva para la ingesta alimenticia.	<ul style="list-style-type: none">◆ Que paciente mejore su alimentación en un lapso de 15 días, con lo que mejorara la nutrición, y evitara así más complicaciones.◆ El paciente tendrá una alimentación enteral hasta que tolere la vía oral.
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
<ul style="list-style-type: none">◆ La alimentación adecuada es aquella que cumple con las necesidades específicas del comensal de acuerdo a su edad, promueve en el niño y en el adolescente el crecimiento y desarrollo adecuados, y en los adultos y ancianos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades que se presentan por deficiencia o por exceso de nutrimentos.◆ Caminar es el ejercicio más natural que conoce el hombre. Caminar mejora la circulación. Los músculos de las piernas son un segundo corazón para el hombre. Al caminar, estos músculos bombean la sangre al corazón con mucha fuerza◆ El incremento del oxígeno necesario lleva a una mejor circulación para el corazón. De esta manera se reduce el riesgo de infarto.◆ Caminar corrige la postura.◆ Beneficios psicológicos. Muchos estudios han demostrado los enormes beneficios psicológicos de caminar. Se ha demostrado que el hábito de caminar diariamente reduce la ansiedad, la tensión y mejora el estado de ánimo.◆ Una sonda de alimentación es un tubo plástico pequeño y suave que se coloca a través de la nariz (nasogástrica) o la boca (orogástrica) hasta el estómago. Estos tubos se usan para llevar alimentación y medicamentos al estómago hasta que el paciente pueda tolerar la vía oral.◆ La alimentación enteral se define como la técnica de intervención nutricional mediante la cual la totalidad o buena parte de los requerimientos calóricos, proteicos y de micronutrientes es administrada por vía oral (voluntaria) o por una sonda colocada en el tracto gastrointestinal (sin la participación activa del paciente).	

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN INSATISFECHA POR FUERZA

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
Alteración de la oxigenación relacionado con inmovilidad, trastorno cognitivo, manifestado por disnea, prolongación de las fases respiratorias, estertores.	La paciente mejorara su respiración en un lapso de una semana
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ El oxígeno es uno de los <u>elementos</u> más importantes de la <u>química orgánica</u> y participa de forma muy importante en el ciclo energético de los <u>seres vivos</u>, esencial en la <u>respiración celular</u> de los organismos <u>aeróbicos</u>. ◆ La palmo percusión es una técnica empleada para disminuir las flemas y mejorar la respiración del paciente consiste en dar pequeñas palmadas en la espalda del paciente con la mano en forma de concha de arriba hacia abajo con eso se mejorara la respiración del mismo y disminuye los estertores escuchados en la exploración. ◆ La Fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas, que mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen y adaptan a personas discapacitadas o afectadas de disfunciones psicósomáticas, somáticas y orgánicas o a las que desean mantener un nivel adecuado de salud." ◆ El objetivo primordial de la fisioterapia es el prevenir, tratar y curar enfermedades, y en el caso de que quede alguna secuela o discapacidad, ayudar al individuo en su adaptación al entorno; pero no sólo tratamos con sujetos enfermos, también ayudamos a los sanos previniendo enfermedades de diversas maneras. 	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO INSATISFECHA POR INSOMNIO

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
Alteración de la necesidad de descanso y sueño relacionado con cambios en el ritmo circadiano manifestado por apatía, irritabilidad y agitación.	Contribuir a favorecer el descanso y sueño de la Sra Antonia, con lo que le ayudara a obtener mayor descanso y abolir molestias ocasionadas.
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
<ul style="list-style-type: none">◆ La relajación es un estado de conciencia, en muchas ocasiones se define como un estado del cuerpo en que los músculos están en reposo◆ La relajación es el acto de percibir los niveles más altos que un ser humano puede alcanzar, de calma, paz, felicidad, alegría.◆ Definimos Terapia Ocupacional es la ciencia o disciplina orientada a analizar e instrumentar las ocupaciones del hombre para tratar su salud, favorecer el descanso y sueño, entendiendo a la misma como el bienestar biopsicosocial y no solo a la ausencia de la enfermedad.◆ Las alteraciones de sueño, levantarse cansado cada día y otros síntomas del insomnio no son una parte normal del envejecimiento.◆	

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

INSATISFECHA POR TRASTORNO DE PENSAMIENTO

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
Alteración de la comunicación relacionado con alteración del pensamiento manifestado por incoherencia, afasia, ideas delirantes, alucinaciones	Favorecer la comunicación de la paciente con su familia, con lo que le ayudara a disminuir los riesgos de complicación ante su enfermedad
FUNDAMENTACIÓN	
<ul style="list-style-type: none">◆ La comunicación es un proceso de interrelación entre dos o más seres vivos o entidades donde se transmite una información desde un emisor que es capaz de codificarla en un código definido hasta un receptor, el cual decodifica la información recibida, todo eso en un contexto determinado◆ Cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su domicilio en su vida diaria.◆ Los humanos somos seres sociales por naturaleza y, por lo tanto, tenemos la necesidad de relacionarnos con los demás y dejar constancia de nuestra existencia.◆ Los cuidados que se deben proporcionar a los pacientes seniles abarcan ciertas actividades asistenciales que ayudan a obtener una mejor calidad de vida del paciente como son, asistencia en higiene personal, en labores de la casa, como son cocinar, lavar, limpiar, administración de dinero y supervisión en la toma de fármacos, el desplazarse en el interior del hogar y fuera de el.	

**NECESIDAD DE HIGIENE
INSATISFECHA POR DEBILIDAD MUSCULAR**

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
<p>Alteración de la higiene relacionado con atrofia muscular, falta de coordinación motora, manifestado por dificultad para lavarse el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes.</p>	<p>La paciente mejorar su higiene personal en el lapso que dure su estancia en la institución, con la que ayudara así a proporcionarle confort a la paciente, para relajarla y tratar de disminuir la ansiedad que puede presentarse por este conflicto para la misma.</p>
<p>FUNDAMENTACIÓN</p>	
<p>La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.</p> <p>Se le llama aseo personal o higiene personal al acto, generalmente autónomo, que un individuo realiza para mantenerse limpio y libre de impurezas en su parte externa.</p> <p>La piel es el órgano más grande del cuerpo. Suele asearse a través de lo que se conoce como ducha, con agua y jabón para eliminar el polvo.</p> <p>la higiene personal no es sólo acerca de tener el pelo bien peinado y cepillarse los dientes; es importante para la salud y la seguridad de los pacientes seniles debido al deterioro muscular, psicosocial, y cognitiva.</p>	

**NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA
INSATISFECHA POR PARESIA**

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
Alteración en la movilidad relacionado con disminución de la fuerza, control ó masa muscular manifestado por paresia de miembros pélvicos.	La paciente mejorara la movilidad en un lapso de 2 semanas en las que se lograra que disminuya la paresia, y así logre comenzar a caminar para mejorar su calidad de vida.
FUNDAMENTACIÓN	
<ul style="list-style-type: none">◆ Rehabilitación es el conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional, avocacional y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales.◆ La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.	

**NECESIDAD DE ELIMINACION
INSATISFECHA POR SEDENTARISMO**

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
<p>Alteración en la eliminación intestinal relacionado con disminución en la ingesta de líquidos, inmovilidad, estrés, manifestado por piel perianal enrojecida, distensión abdominal peristaltismo disminuido.</p>	<p>La paciente mejorara su necesidad de eliminación, aboliendo así la distensión y el dolor abdominal.</p>
<p>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ La fibra se clasifica en soluble e insoluble. Lo soluble en agua, como son las legumbres, avena y frutas son importantes para mantener el nivel de azúcar estable. La fibra insoluble se encuentra en casi todos los vegetales. ◆ Los alimentos con fibra suelen ser ricos en vitaminas, minerales, y antioxidantes, nutrientes que protegen las células. ◆ Los laxantes a corto o largo plazo crean y prolongan el mismo problema que ellos intentan corregir. ◆ Los laxantes causan estreñimiento a medida que los tejidos se secan, los músculos se debilitan y los nervios delicados del revestimiento del colon se dañan. ◆ La actividad física frecuente favorece el tono muscular necesario para la expulsión de las heces. También aumenta el riego sanguíneo del tubo digestivo, lo cual promueve el peristaltismo y facilita la evacuación de las heces. ◆ Para mantener el hábito intestinal y conseguir una consistencia adecuada de las heces es necesario consumir al menos 2 litros al día. ◆ La contracción voluntaria de los músculos de la pared abdominal ayuda a expulsar las heces. 	

DIAGNÓSTICOS REALES

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

INSATISFECHA POR VOLUNTAD Y CONOCIMIENTO

INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none">◆ Orientar a la paciente las características de una buena alimentación como son completa, suficiente, equilibrada, inocua, variada, adecuada y accesible.◆ Indicar a la paciente que debe caminar diariamente por lo menos 20min◆ Indicar a la paciente que debe mantener su ingesta de líquidos mínimo 2 litros al día◆ Colocar sonda orogástrica◆ Proporcionar alimentación enteral◆ Proporcionar líquidos claros◆ Verificar residuo gástrico previo a la alimentación

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

INSATISFECHA POR FUERZA

INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none">◆ Colocar la mascarilla FiO2 al 50%◆ Dar palmo percusión◆ Proporcionar micronebulizaciones cada 4 horas◆ Utilizar aditamentos para mejorar el intercambio gaseoso como es la acapela, globos para inflar, puntas nasales, mascarilla de nebulizador.◆ Realizar cambios posturales para mejorar la respiración◆ Realizar aspiración de secreciones◆ Proporcionar abundantes líquidos para que las secreciones se fluidifiquen

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO INSATISFECHA POR INSOMNIO

INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none">◆ Que la paciente realice ejercicios de relajación durante el día en un periodo de 30min◆ Indicar la posición mas correcta para la paciente◆ Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo para favorecer la oxigenación del producto◆ Fomentar a la paciente para que utilice algún tipo de terapia como leer, tejer, coser, etc. para favorecer la relajación.◆ Intentar que la paciente no duerma durante el día para que por la noche logre conciliar el sueño.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN INSATISFECHA POR TRASTORNO DE PENSAMIENTO

INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none">◆ Realizar una charla para resolver todas las dudas de los familiares acerca de la enfermedad de su paciente.◆ Educar a la familia sobre los cuidados que se deben tomar ante los signos y síntomas que presenta su familiar.◆ Proporcionar a la paciente información sobre recursos educacionales◆ Estimularla para que participe en programas educativos◆ Proporcionar los conocimientos necesarios y correctos sobre los sucesos posteriores a su enfermedad, como las complicaciones que puede llegar a atener la misma.

5.- NECESIDAD DE HIGIENE INSATISFECHA POR DEBILIDAD MUSCULAR

INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none">◆ Baño asistido de la paciente por lo menos tres veces por semana◆ Realizar baño de esponja en caso necesario◆ Ayudar a la paciente a realizar sus actividades de la vida diaria (cepillarse los dientes, peinarse, vestirse)◆ Humectar la piel de la paciente con aceite para bebe◆ Asear genitales cada vez que la paciente se encuentre sucia debido a su deficiencia en el control de esfínteres.

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA INSATISFECHA POR PARESIA

INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none">❖ Realizar ejercicios de rehabilitación para favorecer la movilidad❖ Dar posición semifowler, rotando así el paciente en contra de las manecillas del reloj❖ Bajar al reposet por periodos de 1 hora, y posteriormente cambiarla a la cama, establecer horarios específicos para bajarla al sillón.❖ Colocar medias ted, para fortalecer los músculos, una mejor circulación y brindarle seguridad a la paciente para caminar.❖ Realizar ejercicios pasivos en los que favorezca una disminución del cansancio❖ Valorar la circulación el grado de edema que presenta la paciente en miembros pélvicos❖ Alinear el cuerpo de acuerdo a la posición en que se encuentre

NECESIDAD DE ELIMINACION INSATISFECHA POR SEDENTARISMO

INTERVENCIONES

- ◆ Agregar a su dieta fibra, no en exceso
- ◆ Proporcionar abundantes líquidos
- ◆ Estimular la de ambulación por lo menos 20 min. diarios
- ◆ Valorar sus hábitos intestinales y tratar de regularlos
- ◆ Evitar el abuso de laxantes
- ◆ Proporcionar estímulos nutricios para la defecación.
- ◆ Tratar de educar al organismo de la paciente para que realice las defecaciones 1 hora después de la comida
- ◆ Realizar enema evacuante
- ◆ Añadir laxantes (Milpar 10ml)

DIAGNÓSTICOS REALES

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

INSATISFECHA POR VOLUNTAD Y CONOCIMIENTO

EVALUACIÓN
Las intervenciones realizadas en cierta parte se cumplieron ya que durante la estancia en el instituto la paciente logro mejorar su alimentación, con lo que se le retiro la SNG, y comenzó a ingerir alimentos vía oral, al mismo tiempo se le adiestro al familiar en cuanto al tipo de dieta que se le debía administrar a la paciente ya fuera de la institución.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

INSATISFECHA POR FUERZA

EVALUACIÓN
Se logro mejorar el patrón respiratoria, ya que debido a la aspiración gentil de secreciones que se le realizaba, se disminuyo en cierto grado el déficit de intercambio gaseoso, con la fisioterapia proporcionada se mejoro aun mas, así como la combinación de los líquidos, fue satisfactoria la intervención que se realizo en la institución.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

INSATISFECHA POR INSOMNIO

EVALUACIÓN
En realidad esta necesidad no se evaluó al 100% debido a que si se le ayudo a realizar ejercicios de relajación durante el turno, y se evito que la paciente durmiera, sin embargo parece ser que por la tarde no se intentaba permanecer a la paciente despierta para ayudar un poco así a modificar el ciclo circadiano, aun así recordemos que a su edad ya comienzan los proceso degenerativos como son los de la Demencia Senil, por consecuencia necesidad en un 40% cubierta, y valorada.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

INSATISFECHA POR TRASTORNO DE PENSAMIENTO

EVALUACIÓN
Necesidad no cubierta, ya que debido a que la paciente se encontraba en ciertos momentos con estado alerta, si percibía lo que se le manifestaba, pero por otro lado no comprendía a ciencia cierta lo que se le deseaba transmitir, aun así que el familiar le hablaba, en algunos momentos no vislumbraba lo que se le quería decir.

NECESIDAD DE HIGIENE

INSATISFECHA POR DEBILIDAD MUSCULAR.

EVALUACIÓN
Necesidad cubierta, aunque la paciente se convierte en dependiente del personal de enfermería durante la institución, y posteriormente de su familiar en cuanto la paciente egrese a casa, se logro mejorar la necesidad y tener un 90% de la higiene personal de la paciente, se realizaron todas las intervenciones manejadas, con las que se logro proporcionarle confort y tranquilidad a la misma.

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

INSATISFECHA POR PARESIA

EVALUACIÓN
Las intervenciones realizadas en gran parte se cumplieron ya que durante el turno se movilizaba a la paciente, el personal de rehabilitación asistía diariamente a proporcionarle ejercicios, al mismo tiempo que se intentaba que la paciente caminara al menos 20 min., por día, cambios posturales para lograr disminuir la paresia que presentaba, sin embargo eso solo se realizaba durante el T. M, posteriormente por la tarde no se realizaba la movilización pertinente, por lo que se cumplió en un 45%

**NECESIDAD DE ELIMINACION
INSATISFECHA POR SEDENTARISMO**

EVALUACIÓN
<p>En cuanto a las intervenciones realizadas, en gran parte surgieron efecto, ya que los primeros días la paciente no evacuaba, aun así se le dieran los laxantes, sin embargo se le realizaron dos enemas evacuantes y posterior a esto, se comenzó con abundantes líquidos, fibra en la alimentación y con ello los días siguientes se logro mejorar la necesidad, no satisfecha por completo, pero si en su mayoría se logro restablecer.</p>

CONCLUSIONES

El presente trabajo se realizó mediante el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, valorando así las catorce necesidades que ella maneja, por lo cual los objetivos planteados durante este Proceso se cumplieron en un 80%, ya que la paciente se encontraba con un déficit de sus condiciones mentales, de acuerdo a eso no se pudieron realizar por completo las actividades planteadas en los diagnósticos de enfermería como se quisiera.

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra basado en las necesidades del individuo, en el cuidado Holístico, y en modificar o abolir por completo las necesidades afectadas de cada persona, por medio del cual se realiza la identificación de factores predisponentes para alterar dicha necesidad, y con ello podemos implementar diversos cuidados, tanto dependientes como independientes, con los que se mejora la calidad de vida del paciente, así como ayudarlo a reanudar las actividades diarias del mismo, se utilizan diferentes instrumentos para la localización de las parvedades que refieren los individuos, como es la anamnesis, los cuestionarios, la exploración, así como la atención asistencial del Profesional de Enfermería para con el paciente, con ello logramos obtener resultados benéficos para la mejor calidad del paciente y realizar Proceso basados en la evidencia.

Dentro de los signos y síntomas que presentaba la paciente referidos a la patología se pudo observar más de cerca las reacciones que presentaba la paciente en sus periodos psicóticos, las acciones que tenía mediante el efecto de los sedantes que se le suministraba en esos episodios, así como que existen algunos métodos que ya por su edad y su avanzada enfermedad no era candidata a ellos como por ejemplo la terapia Electroconvulsiva que se realiza en el Instituto, ni las interconsultas con la Clínica del Sueño perteneciente al ya antes mencionado, por su avanzado estado los médicos decidían que no era ya necesario sugerir ese tipo de tratamiento, ya que no se iba a ver reflejado en la mejoría de la misma, sin embargo si pudo haber sido de gran utilidad las interconsultas para su familia, ya que le proporcionarían conocimientos necesarios para poder cuidar a su familiar en casa, ayudar a que no tenga más complicaciones y evitar si su deterioro.

ANEXOS

Valoración de los pares craneales.

Par craneal	controles	Valoración
I Olfatorio	olfato	El paciente debe tener los ojos cerrados. Tapar con un dedo una ventana nasal y pedirle que identifique olores no irritantes como café, te, clavo de especia, jabón, goma de mascar y menta. Repetir la prueba tapando la otra ventana
II Óptico	visión	Valore la agudeza visual con un grafico de Shellen o un periódico. O pida al paciente que cuente el número de dedos que se le muestran. Compruebe los campos visuales por confrontación. El paciente debe sentarse frente al explorador y mirar la nariz de este. Lentamente, el explorador moverá el dedo desde la periferia hacia el centro hasta que el paciente pueda verlo. Compruebe la visión de los colores pidiéndole que mencione el color de objetos cercanos.

<p>III Motor ocular común. (motor)</p> <p>IV Patético (motor)</p> <p>VI Motor ocular externo (motor)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Contracción pupilar ✚ Elevación párpado superior ✚ La mayoría de movimientos oculares ✚ Movimientos oculares hacia abajo y hacia adentro ✚ Movimientos oculares laterales. 	<p>Las funciones motoras de estos nervios se superponen, por lo que deben explorarse juntos. Primero, inspeccione los párpados superiores en busca de ptosis. Después valore los movimientos oculares y observe cualquier tipo de desviación ocular. Examine la acomodación y los reflejos a la luz directa y consensual.</p>
<p>V Trigémino (motor sensitivo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Sensibilidad córneas, nasal y mucosa oral, y cutánea de la cara ✚ masticación 	<p>Para examinar la función motora, pida al paciente que una sus mandíbulas con fuerza. Después intente separar su mandíbula apretada. Examine el reflejo corneal rozando ligeramente la cornea con una torunda de algodón. Para comprobar la función sensitiva, pida al paciente que cierre los ojos. Después roce levemente su frente, sus mejillas y su barbilla. ¿Percibe la misma sensación en ambos lados?</p>
<p>VII Facial (sensitivo – motor)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ músculos faciales ✚ percepción del gusto (en los dos tercios anteriores de la lengua) 	<p>Pida al paciente que muestre los dientes, que intente cerrar los ojos frente a su resistencia y que hinche los carrillos. Después roce la punta de su lengua con azúcar, sal ó vinagre para que intente identificar dichas sustancias.</p>
<p>VII Acústico (sensitivo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ audición (rama coclear) 	<p>Restriegue algunos mechones de pelo entre los dedos cerca del</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✚ equilibrio (rama vestibular) 	<p>oído del paciente. Después pídale que identifique el ruido seleccionado. También compruebe su capacidad para oír el tic-tac de un reloj ó un murmullo. Observe el equilibrio del paciente. ¿Oscila cuando anda ó esta de pie? Si esta indicado, efectúa la prueba de Romberg</p>
IX Glossofaríngeo (sensitivo – motor)	<ul style="list-style-type: none"> ✚ deglución y fonación ✚ sensibilidad a la faringe, paladar blando y mucosa amigdalara ✚ percepción del gusto (tercio posterior de la lengua) ✚ salivación ✚ deglución y fonación ✚ sensibilidad a la pared posterior del oído y detrás del oído ✚ sensibilidad a las vísceras torácicas y abdominales 	<p>En primer lugar, pida al paciente que identifique los gustos en la parte posterior de la lengua. Después inspeccione el paladar blando. Observe si se produce una elevación simétrica cuando el paciente dice aaaaaaa.... Toque la membrana mucosa del paladar blando con un tapón para desencadenar el reflejo palatino. Toque la pared faríngea posterior para desencadenar el reflejo palatino. Toque la pared faríngea posterior para desencadenar el reflejo del vomito.</p>
XI Espinal accesorio	<ul style="list-style-type: none"> ✚ movimiento de la úvula y del paladar blando ✚ músculo esternocleidomastoideo ✚ porción superior del 	<p>Palpe e inspeccione el esternocleidomastoideo mientras el paciente empuja su barbilla contra la mano del explorador. Palpe e inspeccione el trapecio mientras el paciente se encoge de hombros frente a la resistencia del</p>

	músculo trapecio (controla el movimiento y la rotación del cuello)	explorador. Asimismo, pida al paciente que extienda sus manos hacia el explorador.
XII Hipogloso (motor)	✚ movimientos de la lengua responsables de la deglución y del habla.	Observe la lengua en busca de asimetrías, atrofia, desviación hacia un lado y fasciculaciones. Pida al paciente que presione la lengua contra el depresor. Después pídale que la mueva con rapidez dentro y fuera de la boca y a uno y a otro lado.

EXAMEN DE LOS REFLEJOS TENDINOSOS PROFUNDOS

Necesitara un martillo de percusión para examinar los reflejos tendinosos profundos del paciente.

Compruebe cada reflejo de forma bilateral del siguiente modo:

- ❖ Reflejo de bíceps: mantenga el codo inmóvil de la mano. Coloque el pulgar sobre su tendón del bíceps y después percuta la uña de su pulgar y observara la flexión del antebrazo.
- ❖ Reflejo de tríceps: flexione utilizando su mano para mantener el equilibrio del brazo. Percuta el tendón por encima del extremo posterior del codo. Observe la extensión del codo.
- ❖ Reflejo braquiorradial: pida al paciente que deje su mano en reposo sobre el músculo con la palma hacia abajo. Percuta el radio y observe la flexión del antebrazo.
- ❖ Reflejo rotuliano: pida al paciente que se sienta sobre una mesa con las piernas colgando libremente ó circulándolas. Percuta el tendón por debajo de la rotula. Observe la extensión de la pierna a nivel de la rodilla.

- ❖ Reflejo Aquiles: apoye el pie del paciente en su mano. Gire el pie y la pierna hacia afuera y percute el tendón de Aquiles. Observe el tobillo para comprobar la flexión plantar.

ESCALA DE GLASGOW

FACULTAD DETERMINADA	RESPUESTA	PUNTUACION
Ojos abiertos	✚ Espontáneamente	4
	✚ Tras una orden verbal	3
	✚ Al dolor	2
	✚ No hay respuesta	1
Respuesta motora	✚ A una orden verbal	6
	✚ A un estímulo doloroso	
	Localiza el dolor	
	Se flexiona; respuesta a retirada	5
	Asume una postura flexora	4
	Asume una postura extensora	3
✚ Sin respuesta	2	
		1
Total: 3 a 15		
<p>Nota: si el paciente tiene afasia puede ser difícil comunicarse con él. En la afasia expresiva, comprende las palabras pero no puede responder ó responde de manera inadecuada. En la afasia perceptiva, oye pero no puede entender las palabras.</p>		

ESTUDIOS RADIOLOGICOS.

Radiografía de cráneo: en los hospitales comerciales o regionales sin tomografía computarizada (TC), la radiografía de cráneo es la prueba neurodiagnóstica más frecuente. Esta radiografía suele llevarse a cabo desde dos ángulos: anteroposterior (AP) y lateral. El médico también puede pedir otros ángulos, que incluyen la visión de Water (para examinar los senos frontal y maxilar, los huesos faciales y las órbitas) y la visión de Towne (para examinar el hueso occipital)

La radiografía de cráneo ayuda al médico a detectar:

- ❖ Fracturas
- ❖ Tumores óseos ó calcificaciones no habituales
- ❖ Desplazamiento de la glándula pineal (que sugiere una lesión que ocupa espacio)
- ❖ Erosión del cráneo ó de la silla turca (que sugiere una lesión que ocupa espacio)
- ❖ Anomalías vasculares

Asegúrele a su paciente que las radiografías de cráneo nunca causan molestias.

Radiografía de columna: cuando el médico sospecha patología ó una lesión de las vértebras cervicales, torácicas, lumbares ó sacras puede pedir una radiografía antero posterior y lateral de la columna. En función del estado del paciente, también se pueden pedir ángulos especiales. Por ejemplo, una visión con la boca abierta (para confirmar una fractura odontológica)

Las radiografías de la columna pueden ayudar al médico a detectar:

- ❖ Fractura vertebral
- ❖ Desplazamiento y subluxación (dislocación parcial)
- ❖ Lesiones destructivas como tumores óseos primarios y metastáticos
- ❖ Cambios artríticos ó espondilolistesis
- ❖ Anomalías estructurales como cifosis, escoliosis y lordosis
- ❖ Anomalías congénitas.

Antes de la prueba explique al paciente que las radiografías no provocan dolor. Si presenta una fractura vertebral, administre un analgésico según lo prescrito para que durante la prueba se sienta mejor.

Angiografía cerebral: para esta prueba invasiva, el médico inyecta un medio de contraste ó un colorante radiopaco en la arteria femoral (mediante una cateterización). Al destacar los vasos cerebrales, la técnica ayuda al médico a:

- ❖ Detectar una estenosis o una oclusión asociada con trombosis ó espasmos
- ❖ Identificar aneurismas y malformaciones arteriovenosas (MAVs)
- ❖ Localizar un desplazamiento vascular asociado con tumores, abscesos, edema cerebral, hematoma ó hernia.
- ❖ Valorar la circulación colateral.

En la preparación del paciente para esta prueba, explíquele que notara una sensación cálida ó abrasiva en la cabeza y en los ojos tras la administración del colorante. Si esta prescrito, afeite previamente el lugar de la inserción del catéter y administre un anestésico local.

Después de la prueba, se controlan las complicaciones como hemiparesia, hemiplejia, afasia y disminución del nivel de conciencia. Estos cambios pueden sugerir un embolo (como un trombo proveniente del extremo del catéter ó una placa desprendida de una pared vascular), un hematoma ó una reacción adversa al contraste. Para prevenir un hematoma, se aplicara hielo y presión en el punto del catéter.

Angiografía por sustracción digital: como la angiografía cerebral, la angiografía por sustracción digital (ASD) destaca los vasos cerebrales. Con la utilización de un tipo de fluoroscopia computarizada, el técnico obtiene una imagen del área sospechosa que el ordenador almacena en su memoria. Tras administrar el medio de contraste, obtiene más imágenes. Al sustraer la imagen original de estas imágenes posteriores, el ordenador produce imágenes de alta resolución que puede ser interpretado.

Dado que los medios de contraste se inyectan por vía intravenosa, la ASD conlleva riesgo de ictus y puede efectuarse en pacientes ambulatorios. Comparada con la angiografía cerebral, requiere más cantidad de medio de contraste. (La ASD arterial requiere menor cantidad de medio de contraste.) Una vez más, hay que preguntar al paciente si presenta alguna alergia al yodo.

Tomografía computarizada: conocida primeramente como tomografía Axial Computarizada ó TAC, la TC combina la radiología con el análisis computarizado de la densidad óptica (determinada por la absorción de contraste) para estudiar las estructuras intracraneales profundas con claridad, es preferible a la arteriografía y al scanner cerebral porque es un procesamiento a detectar:

- ❖ Confusión cerebral
- ❖ Calcificaciones cerebrales
- ❖ Atrofia cerebral
- ❖ Hidrocefalia
- ❖ Inflamación
- ❖ Lesiones que ocupan espacio, como tumores, hematomas, edema y abscesos
- ❖ Cambios vasculares, como MAVs, infartos, trombos y hemorragias

Una TC vertebral perfila la columna vertebral y permite al médico valorar alteraciones vertebrales como:

- ❖ Núcleo pulposos herniado (NHP)
- ❖ Tumores de la medula espinal
- ❖ Estenosis vertebral

Resonancia magnética: también conocida como resonancia magnética nuclear ó RMN, la resonancia magnética aprovecha diversos núcleos celulares que se alinean de forma magnética y después abandonan la alineación, tras un impulso de radiofrecuencia. En un proceso denominado precesión, el scanner de resonancia magnética registra señales de los núcleos a medida que se alinean. Después traslada las señales a imágenes detalladas del organismo. Comparada con la radiología convencional y la TC, la RM:

Ofrece un contraste superior de los tejidos blandos y permite una perfecta diferenciación de los tejidos sanos, tumorales benignos y neoplásicos y facilita imágenes nítidas de los vasos sanguíneos

Permite obtener imágenes de múltiples planos, con inclusión de visiones sagitales directas y coronales en regiones de los huesos suelen impedir la visión

La RM es especialmente útil para estudiar el sistema nervioso central porque puede detectar anomalías estructurales y bioquímicas asociadas con procesos como episodios isquémicos transitorios (EITs), tumores, esclerosis múltiple, edema cerebral e hidrocefalia.

La RM, asimismo permite la “angiografía” no invasiva de los vasos vulvares, arteriosclerosis aórtica e hipertrofia ventricular.

No todos los pacientes pueden someterse a una RM. Es preferible excluir a:

- ❖ Pacientes con implantes u objetos metálicos internos como clips vasculares de acero inoxidable, válvulas cardíacas metálicas y metralla. Estos objetos pueden ser desplazados por el scanner. Sin embargo, otros implantes metálicos como la prótesis de cadera, los empastes y aparatos ortopédicos, suturas externas de metal flexible, endoprotesis de oído, dispositivos intrauterinos y engranajes de tantalio, pocas veces son peligrosos.
- ❖ Pacientes con marcapasos permanente
- ❖ Pacientes con bomba de infusión de insulina ó dispositivos de estimulación nerviosa eléctrica transcutanea
- ❖ Pacientes obesos ó mujeres embarazadas



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN EL ADOLESCENTE Y EL ADULTO.

FICHE DE IDENTIFICACIÓN

Nombre Antonia Oliver Pineda edad 66 años sexo F
Fecha de nacimiento 21 de Marzo de 1942 escolaridad 1º de primaria
Ocupación Ama de casa estado civil casada
Lugar de residencia Ecatepec Edo de México

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

¿Padece algún problema relacionado con su respiración? no ¿cuál?
Ninguno, la paciente presenta el mecanismo de inspiración y expiración normal
¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar? La anamnesis que se realizo con la paciente fue fallida, ya que la misma se encontraba en una fase de síndrome psicótico, es decir permanentemente tenia periodos de confusión, y no sabía exactamente lo que responder.

¿Usted fuma? No ¿desde hace cuanto tiempo? _____
¿Qué cantidad de cigarrillos al día? _____ ¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar? _____

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabajo puede afectar su Oxigenación? Pues no ¿en que forma? _____

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? La persona que la cuida refiere que no toman ninguna medida necesaria para la oxigenación.

manifiesta que debido a la falta de educación no conocen exactamente la manera en que puede prevenir o ayudar a mejorar las necesidades que se pueden ver afectadas.

¿En que forma? _____

Fármacos específicos ningunos

EXPLORACIÓN FÍSICA

La paciente presenta los músculos intercostales, diafragma normales, el ciclo de la respiración exterioriza un adecuado ciclo de inspiración y espiración, la nariz se encuentra simétrica a los rasgos faciales, narinas adecuadas, así como tabique nasal recto, sin problemas de oclusión respiratoria. Dentro de la misma exploración la necesidad se ve afectada, debido a que la paciente se encuentra constantemente en una sola posición es por eso que la misma presenta cierta dificultad respiratoria, la misma que se ocasiono durante su estancia al instituto, presenta estertores, tos seca, etc.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

¿Qué alimentos consume regularmente?

Carnes rojas tres veces a la semana y los otros dos días favorecen la ingesta de de carne de cerdo, en menor cantidad la ingesta de frutas y verduras, regularmente las únicas leguminosas que consumen son los frijoles y las lentejas.

¿Cuántas veces se alimenta al día? 3 ¿Qué alimentos prefiere?

Primordialmente el pescado, tiene mas afinidad por los mariscos, así como los vegetales verdes

¿Qué alimentos le desagradan?

Algunas de las leguminosas como las habas, alverjones, el hígado de pollo, res, moronga, las vísceras.

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? No la paciente cuenta con la mayoría de la dentadura a pesar de encontrarse en la etapa senil.

¿Cuáles? Ningunos

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? Ningunos

¿Cuales? Ningunos

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos?

Según la opinión del familiar de la paciente refiere que se pone de mal humor debido a que el déficit en la ingesta de líquidos presenta estreñimiento y por lo mismo se pone mas irritable que de costumbre

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? No de ninguna manera, refieren que la misma es creyente de la religión católica, anteriormente casi no asistía a la iglesia, y posterior al diagnostico de la misma ya menos asiste, debido a que depende totalmente de su marido, el mismo que no tiene tiempo para llevarla a la iglesia.

¿De que manera? De ninguna manera

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? No debido a que es una persona analfabeta, por lo mismo no tiene el conocimiento de cuantas cantidades o calorías tiene cada porción de alimentos que consumía, y ahora con su demencia, pues tampoco dentro de sus momentos de lucidez no tiene esa capacidad para diferenciar una de otra.

¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? Refieren que un 50% de su salario mínimo

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? Ninguna ¿Cuáles? Nada
Fármacos específicos ningún tipo de narcóticos, ya que la paciente es de muy buen apetito como refiere la persona que la cuida

EXPLORACIÓN FÍSICA GASTROINTESTINAL

Peso 70kg

Talla 1.66

Presenta una simetría abdominal, el peristaltismo disminuido debido a su falta de ingesta de líquidos, presenta estreñimiento en primer grado, presenta un sobre peso, refiriendo los familiares que le gustan mucho los azucares, el pan y la tortilla, según esto es lo que ah hecho que la paciente suba de peso en cierto grado.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

¿Cuántas veces evacua al día? 1 ¿Qué características tienen sus heces? Refieren que muy duras y pastosas.

¿Cuántas veces micciona al día? 4 o 5 ¿Qué características tiene su orina? En la mayoría de las ocasiones es amarillo claro, sin sedimentos, ya que refieren que la paciente consume abundantes líquidos debido a su estreñimiento, y en las ocasiones que no ingiere suficientes líquidos es amarillo oscuro, con sedimentos

¿Qué características tiene su menstruación?

Durante la valoración se observa que la paciente ya no menstrua debido a que ya presento el periodo de menopausia aproximadamente a los 40 años, por lo mismo no se puede valorar completamente este apartado.

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? Refiere su cuidadora que se le otorga laxantes naturales.

¿Cuáles? Le dan papaya, jugo de ciruela pasa, ciruela pasa como tal

¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? El estreñimiento modificado

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? La paciente se pone irritable, con cierta terquedad, agresividad, añadida a su demencia como tal.

Fármacos ninguno

EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA ELIMINACIÓN

La paciente presenta genitales normales anatómicamente, de coloración rosada, tiene déficit en esta necesidad ya que por su mismo estado psicótico no logra controlar esfínteres, se le tiene que colocar pañal desechable, sin sonda vesical, presenta una infección en vías urinarias lo que le provoca cierto prurito,

Presenta estreñimiento de 4 días, se le realiza enema evacuante cada tercer día, obteniendo así un resultado positivo de 400, se verifica la ingesta abundante de líquidos, así como la administración de laxantes prescritos por el medico.

4. NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

¿Cómo es su actividad física cotidiana?

Demasiado sedentaria, la paciente por su padecimiento no realiza ninguna actividad, y con referencia de su cuidadora antes de su padecimiento tampoco realizaba ninguna actividad

¿Realiza ejercicio? Ninguno _____ ¿Qué tipo de ejercicio? Ninguno

¿Cómo es su tolerancia física cuando realizar ejercicio? No se conoce debido a su padecimiento,

¿Cómo influye en ejercicio en su estado emocional? No se conoce ya que no realiza ningún tipo de ejercicio.

¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y postura? Si

¿Cuáles? Presenta cierta paresia en miembros pélvicos.

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? no ¿de que tipo? De ninguno

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? Refieren que el sitio en donde viven es de dos pisos y por lo mismo la paciente no se puede trasladar al piso de arriba, con esto se adecuo un estudio en la planta baja para que la misma pudiese dormir ahí.

Fármacos ninguno

EXPLORACIÓN FÍSICA

Presenta simetría en miembros torácicos, y miembros pélvicos, necesidad afectada debido a su estado mental se niega rotundamente a caminar, si presenta tono y fuerza muscular en ambas extremidades, pero ella refiere negación absoluta a poder caminar, existen muy esporádicas ocasiones en las

que se intenta parar del reposit pero esos momentos duran aproximadamente como 20min, y posteriormente regresa a sus periodos de agresividad y negación a la movilización.

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuanto tiempo destina para descansar? 6hrs ¿cuantas horas duerme? 4hrs

¿Se duerme fácilmente? No ¿cree tener alteración del sueño? Si ¿a que considera que se deba estas alteraciones? En la anamnesis la paciente presenta respuestas incoherentes, en los momentos de lucidez manifiesta que esta enferma no sabe de

que
¿Ronca ruidoso? Si ¿usted cree que el roncar es un problema de salud? No
coopera para la
pregunta

¿Que ha hecho para solucionarlo? No coopera para contestar la pregunta

¿Como influye su estado emocional en su descanso y sueño? Manifiesta su cuidadora que cuando se encuentra en sus periodos de psicosis se pone irritable, agresiva, grosera, etc., por lo que es mas difícil que logre conciliar el sueño.

¿Como influye el lugar donde vive, estudio o trabaja para su descanso y sueño? Refieren que es un lugar cómodo, confortable y acogedor para lograr que concilie el sueño con facilidad

¿De que manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? No realiza ejercicio para ayudar a que descansa y duerma bien

Fármacos

No utiliza ningún fármaco como auxiliar del sueño

EXPLORACIÓN FÍSICA

La paciente, presenta insomnio, no duerme, suele cantar por las noches, solaroros, la única manera con la que puede conciliar el sueño es con los medicamentos antipsicóticos que se le administran y en algunas ocasiones ni aun así, le vienen haciendo efecto por la mañana como eso de las 7am, y permanece somnolienta la mayor parte del día, durante ese periodo de sueño parece que completa las 5 etapas del sueño, en la mayoría de las veces suele despertarse en la etapa no REM, o en algunas ocasiones en el sueño profundo, etapa 2 o 3 del ciclo que compone el sueño.

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? Si ___ ¿en que medida? en una totalidad, debido a su demencia, y a su senilidad, este tipo de pacientes, son incapaces de realizar su autocuidado.

¿Elige su vestuario en forma independiente? No ___ ¿Por qué? Por su demencia es incapaz de realizar alguna actividad de la vida diaria ella sola

¿Cómo influye su estado de animo en la selección de sus prenda de vestir? Pues debido a sus estados de psicosis es indiferente hacia el vestir bien o no

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? Tampoco le influye debido a su indiferencia

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? Le es indiferente, ya que la mayoría del tiempo se encuentra en sus alucinaciones y

no se encuentra dentro de la realidad

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? No coopera para responder esta pregunta

EXPLORACIÓN FÍSICA

La paciente se encuentra en una deficiencia en esta necesidad ya que en sus alucines, la paciente se desviste incoherentemente, no se da cuenta de que debe andar vestida, se quita la bata, no le gusta que la toquen y por lo mismo constantemente tenemos que acudir a cubrirla con la bata o con las sabanas de su cama.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? De ninguna manera, no se veía intervenida su termorregulación durante la estancia en el instituto.

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted, vive estudia o trabajan? Como son analfabetas en su casa no conocen exactamente como se puede medir la temperatura, solo manifiestan que es muy frio el lugar en donde viven.

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? Refieren que utiliza dos o tres cobertores para cubrirse por la noche para evitar que pase frio

¿Que medidas emplea para mantener su temperatura corporal? Utiliza suéter, calcetas, cobijas y en caso de extremo frio le colocan guantes

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? Ninguno

Fármacos

Ningún tipo de fármaco

EXPLORACIÓN FÍSICA

Esta necesidad se encuentra afectada debido a que en algunas ocasiones ha presentado febrículas de 37.5, y su sistema regulador de la temperatura se ve afectado por cierto descontrol de la temperatura.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

¿Con que frecuencia se realiza baño de cavidades? Diariamente

¿A que hora del día prefiere bañarse? En la mañana ¿cuántas veces se lava los dientes? una vez después de bañarse

¿Cómo se lava los dientes? De arriba hacia abajo, los molares en forma circular y la lengua en forma vertical

¿En que casos se lava las manos? Solo cuando va a ingerir los alimentos

¿Con que frecuencia se realiza el corte de uñas? Cada 2 semanas ¿Cómo lo hace? Con jabón y agua, refiere que normal como toda la gente

¿Qué aspecto de la higiene considera más importante? Dentro de sus momentos de lucidez, refiere que es importante para sentir confort y ayudar a las infecciones

¿Qué significa para usted la higiene? No contesta esa pregunta

Fármacos

Ningunos _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Necesidad afectada ya que por su mismo estado demencial, sufre alucinaciones, agresividad y no permite que se le bañe adecuadamente, presenta halitosis, placa dentobacteriana, la piel se encuentra humectada, sin cuarteaduras, rosada, cabello reseco, brillante.

9. NEFEISDAD DE EVITAR PELIGROS

¿Cuenta con su esquema completo de vacunación? No recuerdan ¿Qué vacunas no se le han aplicado? No sabe

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? No realiza ningún tipo de autoexploración

¿Con que frecuencia se realiza la autoexploración física? Nunca se ha realizado algún tipo de exploración

¿Tienes vida Sexual activa? Inicio desde los 15 años, ahorita por su demencia no responde esta pregunta ¿Qué preferencia sexual tiene? Es heterosexual

¿Utiliza algún método de protección? Ninguno

¿Cuál?

Ninguno

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual? No coopera para la respuesta de esta pregunta

¿Cuál? No coopera

¿Toma bebidas alcohólicas? Si ¿Desde cuando y con que frecuencia? Refiere su cuidadora que de vez en cuando asistían a alguna fiesta, eso lo realizaba antes de que su enfermedad se intensificara

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? No coopera para responder esta pregunta

¿Consume drogas? Su cuidadora refiere que no ¿De que tipo? De ninguna

¿Desde cuando y con que frecuencia? Nunca

¿Qué opinión tiene sobre el consumo de drogas? No coopera para contestar

¿Ha tomado fármacos o remedios sin prescripción médica? Menciona su cuidadora que si ¿Cuáles? No sabe que medicamentos le daban sus familiares

¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? si ¿Cuál? Alteración en la marcha debido a su demencia senil

¿En el lugar donde vive, estudia o trabaja, existen peligros que le pudieran provocar daños a la salud? mencionan que no ¿Cómo cuales? Ningunos

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? No coopera para las respuestas

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? No coopera

EXPLORACIÓN FÍSICA

Necesidad cubierta debido a que se encuentra en la institución y se prevén todo tipo de accidentes, al mismo tiempo en el interrogatorio con su familia nos comentan que vive con su esposo, y tienen antiderrapantes en las escaleras de su casa, una agarradera especial en el baño, tiene zapatos con suela antiderrapante, no la dejan acercarse a la estufa para evitar que se quemé, tampoco la dejan salir sola evitando que se vaya a perder, y con modito de su demencia le evite a su el regreso a su casa.

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

¿Con quien vive? Con su marido y la cuidadora que va de entrada por salida

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? El familiar refiere que no sale a la calle por miedo a que se pueda perder, solo sus hijos van a visitarla de vez en cuando

¿Pertenece algún grupo socia? No ¿A cual?
Ninguno

¿Durante cuanto tiempo esta solo? No esta sola ya que su marido esta con ella una parte de la mañana y el resto del día esta su cuidadora, posteriormente en la tarde regresa el marido

¿Tiene pareja? Si ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? No coopera para la respuesta

¿Padece algún problema relacionado con la comunicación? Si ¿Cuál? Sus
alucinaciones como consecuencia de su
demencia

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? No ¿De que
tipo? De
ninguno

-

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo,
que limiten la comunicación con los demás? No ¿Cuáles? refiere la
cuidadora que como esta casi todos los días sola con ella pues no tiene
comunicación con otras personas

Fármacos

De ningún
tipo

EXPLORACIÓN FÍSICA

Necesidad afectada debido a la Demencia Senil de la paciente, ya que se
encuentra pasando por ciertos procesos degenerativos, los cuales afectan la
coordinación del habla y la expresión de la paciente, por lo que la misma parla
palabras incoherentes e ilógicas, se torna verborréica, coprolalia, en ocasiones
hasta, agresiva, con ello comprobamos que la necesidad de comunicar lo que
necesita se ve afectada.

Paciente de edad cronológica acorde a la aparente, viste ropas de hospital,
alerta, inatenta, se encuentra combativa a la exploración, sujeta de la cintura,
grita, ocasionalmente emite palabras incoherentes y otras veces en efecto,
aparente establecer un
monologo:

Ana _____ ¿Dónde _____ esta?, _____ No
se _____

Ahora verán, por Dios Santo de la Chingada..... sic
fam. _____

La mirada se encuentra perdida aparenta solo tener visión de luz y movimiento, ya que puede acercarse a ella con la luz encendida sin hacer ruido y no voltea en dirección hacia la persona, pero cuando se pone la luz en sus ojos dirige la mirada, se le observa que toma la sabana de la cama e imita movimientos como si tallara una ropa, frotándola entre ambas manos, luego lame la palma de su mano y con ella se frota los labios, canta constantemente y parece haber asociación por consonancia en sus canciones y de los solares, solrara rares, solarorro rros, a la rorro niño, niño, na, na, na, na, sic fam.... _____

11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

¿Tiene alguna creencia religiosa? Si _____ ¿Cual? La religión católica _____

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? No coopera para contestar esta pregunta, el familiar refiere que con anterioridad la paciente asistía a la iglesia no cayendo en el fanatismo. _____

¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? Mencionan que antes casi cada 8 días ¿Tiene algún problema que limite o impida asistir a su centro religiosa? Si ¿De que tipo? Debido a su demencia senil, la alteración en la marcha y sus alucinaciones no puede salir sola a la calle y su familiar no tiene tiempo de salir con ella _____

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? No ¿Por qué? Refieren que no obligaba a los integrantes de su familia a profesar la misma religión, por lo tanto respetaba que cada quien tuviera su propia opinión sobre las religiones.

¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? No ¿Por qué? Refieren que su enfermedad es independiente a la religión que profesa

¿Qué significa para usted un valor? No coopera para la contestación

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? Si
¿Por qué? Refieren que si que según esto la paciente con anterioridad respetaba a su prójimo

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? No coopera para contestar

EXPLORACIÓN FÍSICA (ver si cuenta con imágenes religiosas)

Necesidad aparentemente cubierta ya que los antecedentes que manifiesta el expediente, arroja que la paciente acudía todos los días a la iglesia, que rezaba y según su familia estaba confortada con la religión que profesaba.

La paciente no presenta imágenes religiosas durante su estancia en el Instituto, los familiares manifiestan que no las requiere.

12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

¿Cuál es su rol familiar? No contesto ¿Esta satisfecho con el rol que desempeña? No coopera para la entrevista ¿Por qué? No contesto

¿Qué significado tiene para usted participar en el ingreso económico familiar?

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? Si

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? No contesto

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? Refieren que ella se hacia cargo de todo el quehacer domestico, atender a sus hijos y a su marido

¿Realiza alguna actividad altruista? No ¿De que tipo? De ningún

¿Esta satisfecho(a) con su manera de pensar y actuar? Refiere que si, antes de su brote psicótico manifiestan sus familiares que era feliz

EXPLORACIÓN FÍSICA

Necesidad afectada debido a su padecimiento, lo que le impide que se relacione con los demás y por consecuencia poder conseguir un trabajo, por otra parte la edad que representa, tiene degeneramiento a nivel del Sistema Nervioso Central

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? No participaba en ninguna

¿Por qué? No le agrada el participar en este tipo de actividades

¿En que forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas? De ninguna forma porque no realiza ese tipo de actividades

¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? Ningunos

¿Con que frecuencia? Ninguna ¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas? Si se integraba con sus familiares ¿Por qué?

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? No realiza ningún tipo de actividad recreativa

Fármacos

Ningún tipo de medicamento

EXPLORACIÓN FÍSICA

Necesidad afectada debido a que la paciente presenta cierta demencia senil con la que le impiden realizar actividades, ya que la mayor parte del tiempo se encuentra con alucinaciones, y en los momentos de lucidez no desea trabajar, sus familiares manifestaban que antes de que se desencadenara su padecimiento la paciente solo se avocaba a realizar las actividades de su hogar y a cuidar a sus hijos.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

¿Padece de algún problema que interfiere en su aprendizaje? Ninguno

¿De _____ que tipo? _____

¿Qué significado tiene para usted al escuela? No coopera para contestar

¿A que cree que se deba ese rendimiento? No contesta

¿Cómo influye la relación que tiene usted con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? Refiere su cuidadora que es relativamente buena, aunque a raíz de su enfermedad sus hijos se han alejado un poco de ella

¿Con que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? Con ninguna

¿Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo? No es
analfabeta

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Necesidad afectada ya que la paciente solo concluyo su escolaridad hasta 1º
de primaria y por lo mismo se le dificultaba escribir, leer, etc., ya que es
analfabeta

BIBLIOGRAFÍA.

- ◆ AGUERA, Ortiz Luis. Psiquiatría Geriátrica. Edit. Masson 1ª ed. España 2002
- ◆ ANN, Isaacs. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Edit McGraw-Hill, 2ª ed. Madrid 2000
- ◆ ASSUMPTA Rigol Cuadra. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2ª ed. Edit. Masson.
- ◆ BALCELLS, G, A. La clínica y el laboratorio. Edit. Marin. España 1986.
- ◆ CHARLES, K Hotting. Et al. Enfermería Psiquiátrica. 2a ed. Edit. Interamericana. México 1999.
- ◆ CARPENITO, Lynda Juall. Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México 2003
- ◆ CASO Agustín. Fundamentos de Psiquiatría. Edit. Limusa. 3ª ed. México 1997.
- ◆ DUBOVSKY. Psiquiatría para el Medico General. 1ª ed. Edit. Interamericana. México 1997.
- ◆ FISCHBACH, T, F. Manual de Pruebas Diagnósticas. Edit. McGraw-Hill. México 1997
- ◆ GARCIA, María de Jesús. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Edit. Progreso 1ª ed. 1997
- ◆ JOHNSON, B. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Edit. McGraw-Hill. 4ª ed. Vol. II. España 2000
- ◆ MARRINER, Torney Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Edit. Elsevier. Madrid España 2007
- ◆ MATTHEW CAHILL. Tratamientos en enfermería. McGraw-Hill. México.1991
- ◆ MEJIAS, Fco Lizancos. Et al. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Edit D. A. E. Madrid España 2000
- ◆ MORRISON Michelle. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. 1ª ed. Edit. Harcourt. Madrid España 1999
- ◆ NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004. Elsevier. Madrid España
- ◆ ROSALES, Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería. Edit. Manual Moderno. México 1991

- ◆ TORTORA G, J. Principios de Anatomía y Fisiología. Edit. Oxford. 9° ed. México 2002
- ◆ UGALDE, M y T Lluch. Salud Mental Conceptos Básicos. Edit. McGraw-Hill, 1997 Madrid España

IMÁGENES.

- www.monografias.com/.../Image1867.gif
- blog.pucp.edu.pe/category/3440/blogid/896
- espanol.istockphoto.com/stock-illustration-59
- blogs.eldiariomontanes.es/cisneros/tags/paz