



ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C INCORPORADA  
A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CLAVE: 8723

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A UN ADULTO  
MAYOR EN LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA,  
RELACIONADO CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PRESENTA:**

MARIBEL GONZALEZ DIMAS

NO. CUENTA: 406530451

ASESORA: L.E.O IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA, MICHOACAN. OCTUBRE 2011



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.



ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C INCORPORADA  
A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CLAVE: 8723

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A UN ADULTO  
MAYOR EN LA NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA,  
RELACIONADO CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PRESENTA:**

MARIBEL GONZALEZ DIMAS

NO. CUENTA: 406530451

ASESORA: L.E.O IGNACIA ESCALERA MORA

ZAMORA, MICHOACAN. OCTUBRE 2011

## **AGRADECCIMIENTOS**

Agradezco a la Licenciada en Enfermería y Obstetricia Ignacia Escalera Mora por la paciencia, apoyo, ánimo y sus acertadas correcciones que me brindo para realizar este trabajo.

A mis profesores por todos esos buenos consejos que durante la carrera me fueron formando.

A la familia Villanueva que me abrió las puertas de su casa sin conocerme, en especial a la señora Teresita del niño Jesús que fue mi segunda mama durante mi carrera.

A mis compañeros y amigos que estuvieron conmigo con los cuales compartí tantas aventuras, experiencias, desveladas y aprendizajes.

## **DEDICATORIA**

A mis padres Juan González Rodríguez y Lucia Dimas Alcaraz

Por su gran amor, cariño, incondicional apoyo, su gran comprensión, por esos buenos consejos, y además haberme guiado por el buen camino del estudio.

A mis hermanas Teresa y Adriana

Por sus comentarios y su ayuda incondicional.

## INDICE

1	Introducción	5
2	Justificación	6
3	Objetivos	
3.1	Objetivos	8
4	Metodología	9
5	Marco teórico	
5.1	Antecedentes históricos de enfermería	10
5.2	Teorías de enfermería	11
5.2.1	Teoría de Virginia Henderson	11
5.2.2	Bibliografía de Virginia Henderson	14
5.2.3	Fuentes teóricas	15
5.2.4	Tendencia y modelo	15
5.2.5	Principales conceptos definiciones	17
5.2.6	Las 14 necesidades	20
5.2.7	Supuestos principales	20
5.2.8	Afirmaciones teóricas	20
5.3	Proceso enfermero	22
5.3.1	concepto	23
5.3.2	Valoración	25
5.3.3	Diagnósticos	28
5.3.4	Planeación	29
5.3.5	Ejecución	32
5.3.6	Evaluación	33
5.4	Enfermedad cerebro Vascular	34
5.5	Adulto mayor	37
6	Aplicación del proceso de enfermería	
6.1	Valoración de enfermería	38
6.1.2	Valoración de las 14 necesidades	39

6.1.3 Identificación de datos generales	42
6.1.4 Jerarquización de las necesidades	45
6.1.5 Jerarquización de necesidades y diagnósticos de enfermería	46
6.1.6 Plan de cuidados	48
6.1.7 Plan de alta	59
7 Conclusiones	60
8 Glosario	61
9 Anexos	63
10 Bibliografía	84

## 1 INTRODUCCION

El proceso de enfermería proporciona cuidados holísticos a las respuestas humanas en la prevención y tratamiento del individuo, familia y comunidad. El presente trabajo es un proceso enfermero que se llevo a cabo con el señor Alfonso por presentar Enfermedad cerebro vascular, en el cual se realizo basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Este trabajo está dividido en diversos apartados y aborda la justificación en donde encontraremos el por qué de dicho trabajo, continuando con los objetivos es decir lo que queremos alcanzar, la metodología la cual se encuentra dividida en antecedentes históricos de enfermería, la teoría de Virginia Henderson, proceso enfermero y sus etapas, así como la historia clínica de la enfermedad cerebro vascular y la etapa del adulto mayor.

Además se desarrolla la aplicación del proceso enfermero aplicado al clínico específico desarrollando cada una de las etapas del mismo, como son: valoración, diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación. Por último encontraremos las conclusiones después de aplicar el proceso, así como la bibliografía y anexos.

## **2.- JUSTIFICACION**

En el año 2010, la enfermedad vascular cerebral fue la segunda causa de muerte a nivel mundial, cobrando las vidas de más de 4,3 millones de personas. Actualmente la cifra de muertes supera los 5 millones anuales, lo que equivale a 1 de cada 10 muertes. Las enfermedades vasculares cerebrales ocupan el tercer lugar como causa de muerte en el mundo occidental. (Guyton; 2010:P. 74).

La enfermedad vascular cerebral afecta gravemente a nuestra población, la mayor parte del daño cerebral se produce en las horas inmediatas posteriores al presentarse el evento; en algunos casos quedan con secuelas durante toda su vida y otros casos no, por lo que se hace más necesario realizar el proceso de atención de enfermería individualizado a cada paciente acorde a cada fase o etapa de la enfermedad en la que se encuentre y poder llevarlo de la total dependencia a la independencia y que realice sus actividades propias de la vida diaria humana.(Suros; 2008:P 96).

La incidencia de la enfermedad vascular cerebral aumenta con la edad, tornándose más probable en las personas mayores de 65 años. Además, es la causa de discapacidad neurológica más habitual en el adulto, dependiendo de la extensión y la localización de la lesión, será el grado de secuela neurológica posterior. La persona puede quedar con incapacidad para hablar, leer, ver, escribir, pensar y recordar; y en muchos casos la muerte se puede producir en pocas horas. (Guyton; 2010:P. 75).

Por lo tanto se requiere de las acciones de enfermería como de un equipo interdisciplinario para mantener al paciente estable en las

condiciones que este después de haber sufrido el accidente cerebro vascular.

Considerando este tema de interés para mi práctica profesional se realiza el siguiente Proceso de Atención de Enfermería que tiene como propósito brindar cuidados holísticos de manera organizada con un plan específico, teniendo como objetivo, ayudar a lograr la independencia en lo posible al usuario con secuelas de enfermedad cerebro vascular.

### **3. OBJETIVOS**

#### 3.1 Objetivo general

- Aplicar el proceso enfermero a un adulto mayor en la necesidad de movimiento y postura relacionado con enfermedad vascular cerebral.

#### 3.2 Objetivo específicos

Realizar la valoración en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson.

- Identificar las necesidades afectadas del adulto mayor.
- Jerarquizar las necesidades afectadas.
- Realizar diagnósticos de enfermería de acuerdo a la NANDA.
- Realizar un plan de cuidados y llevarlo a cabo.
- Evaluar con criterio ético continuamente en cada una de las etapas del proceso.

#### **4.- METODOLOGIA**

El trabajo fue realizado en la Clínica San Agustín durante el mes de marzo de 2010. Con la previa autorización de su esposa e hijos. Dicho documento está elaborado con base del Proceso Enfermero, teniendo como guía el modelo a Virginia Henderson.

El trabajo se considera descriptivo a corto plazo por que se trabajo con el señor Alfonso durante el mes de marzo 2010 a agosto de 2011 actualmente se sigue trabajando con el paciente con fines de valoración y evaluación. Es un trabajo de continuidad que se llevo a cabo tomando en cuenta las 14 necesidades de Virginia Henderson, utilizando las etapas del Proceso Enfermero: Valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación. Para realizar la exploración del señor Alfonso se empleo la exploración física, que determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, utilizando las cuatro técnicas:

1.-Inspeccion: Es un examen visual cuidadoso y global del usuario, se centra en las características físicas o comportamientos específicos.

2.-Auscultacion: Consiste en escuchar los sonidos que produce el cuerpo, se utiliza un estetoscopio.

3.-Palpacion: Se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal.

4.-Percusion: Consiste en dar golpes con los dedos sobre la superficie corporal con la finalidad de obtener sonidos.

También se realizaron varias entrevistas a sus familiares para obtener datos subjetivos y objetivos los cuales ayudaron para jerarquizar las necesidades afectadas, posterior se realizaron los diagnósticos los cuales nos sirvieron para crear el plan de cuidados del señor Alfonso

## **5. MARCO TEORICO**

### **5.1 Antecedentes Históricos de la enfermería**

Los antecedentes de la enfermería se iniciaron en tiempos remotos donde cuidar era un acto de vida que tenía como finalidad permitir la continuidad de la vida y el desarrollo de la persona, se luchaba contra la enfermedad y la muerte. En esta época el cuidado no era un oficio ni una profesión, tanto hombres como mujeres se dedicaban a promover el cuidado. Con el paso del tiempo donde se dejó atrás el nomadismo y se dio el sedentarismo en él la mujer se dedicaba más tiempo a los cuidados en el hogar y con ello cultivando plantas que servían para tratar la enfermedad. (Espinoza; 1998: p.6)

### **5.2 TEORIAS DE ENFERMERIA**

La primera teoría de enfermería nace con Florencia Nightingale a partir de ella nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía diferente de entender el cuidado y la enfermería.

La enfermería se basa en un amplio sistema de modelos y teorías, que cada uno de ellos pretende describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman en la práctica de la Enfermería. En 1950 a 1996 surge la teoría de enfermería de Virginia Henderson. (P.W.Lier; 2005: p.15).

### **5.2.1 TEORÍA DE VIRGUINIA HENDERSON**

Henderson definió la enfermería en términos funcionales, la única función de la enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o 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 más rápido posibles.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva ya que esta cambiaría según la época y del personal de salud que la practicase.

Henderson incorpora principios fisiológicos y psicológicos a su definición de enfermería. El modelo de Henderson se basa en 14 necesidades básicas del ser humano. (Carpenito; 2004: p.23)

### **5.2.2 BIBLIOGRAFIA DE VIRGINIA HENDERSON**

VIRGINIA AVENELNHENDERSON (1897-1996)

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de marzo de 1897.

Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la enfermería.

En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Servicié de Nueva York.

En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

En 1927 entra en el Teacher's Collage de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of

Science y Master of Arts, con especialización en docencia de Enfermería.

En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1930 volvió al Teacher's Collage como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948. Pasa un tiempo como enfermera en rehabilitación, será en esta época donde tome conciencia de la importancia en recobrar la independencia del enfermo. Lleva a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros. Elabora un trabajo de investigación que duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la Enfermería.

En 1948-1953 realiza la revisión de la quinta edición del **“Textbook of de Principles and Practice of Nursings”** de Bertha Harmer, que fue publicada en 1939.

En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

En 1959-1971 dirigió el proyecto **“Nursings Studies Índex”** auspiciado por Yale. Consta de cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos, e históricos de la enfermería de 1900- 1959.

En 1960 su folleto **“Basic Principles of Nursings Care”** fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras.

En 1966 se publica su libro **The Nature of Nursing** en él define su concepto original y primordial de enfermería.

Durante la década de 1980 permaneció activa como asociada emérita de investigación en la universidad de Yale.

Es honrada con el primer premio Christeane Reimann, con el premio Mary Adelaida Nutting de la Natinal League For Nursing de los Estados Unidos, fue elegina miembro honorario de la American Academy of Nursing de la asociación of Intégrate and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

En 1983 recibió el premio Mary Tolle Wright Fourders de la sigma Theta Tau Internacional por su labor de liderazgo uno de los más altos honores de esta sociedad.

La biblioteca internacional de enfermería de Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

En 1978 pública la sexta edición de The Principles Of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Henderson.

Virginia Henderson fallece a la edad de 99 años en su casa de muerte natural el 30 de noviembre de 1996.

### **5.2.3 FUENTES TEORICAS**

Tres factores la condujeron a Virginia a realizar su propia definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nurse Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasifico su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron en su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. George Deaver, e Ida Orlando. (<http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henders>).

### **5.2.4 TENDENCIA Y MODELO**

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia. (Lynda Juan; 2005: p.40).

### **5.2.5 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES**

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una

Variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente. (Bernochi, Loser; 2007: p. 35)

### **Enfermería**

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

**Salud**

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

**Entorno**

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

**Persona**

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

**5.2.6 Las 14 necesidades**

1. Necesidad de respirar: Se debe valorar amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos. Factores que influyen en esta necesidad: edad, postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo y enfermedades asociadas.
2. Necesidad de beber y comer: Se debe valorar alimentos, apetito, saciedad, equilibrio hidroelectrolítico, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, estado nutricional. Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, estatus socioeconómico, religión, cultura.

3. Necesidad de eliminar: Se debe valorar defecación, diuresis, micción, heces, sudor. Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura: Se debe valorar amplitud de movimientos, ejercicios activos, ejercicios pasivos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, pulsación, ritmo, tono muscular. Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

5. Necesidad de dormir y descansar: Se debe valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano. Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse: Se debe valorar capacidad de vestirse y desvestirse, utilización de ropa adecuada. Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, estatus social, empleo, cultura.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: Se debe valorar temperatura, ambiente, abrigo. Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio,

Alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos: Se debe valorar faneras, piel, mucosas, condiciones higiénicas. Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, organización social.

9. Necesidad de evitar los peligros: Se debe valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica. Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, estatus socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10. Necesidad de comunicar: Se debe valorar accesibilidad de los que intervienen, capacidad de expresión, vía de relación, estímulo. Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

11. Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores: Se debe valorar creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores. Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse: Se debe valorar autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración. Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

13. Necesidad de recrearse: Se debe valorar diversión, juego, ocio, placer. Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

14. Necesidad de aprender: Se debe valorar aprendizaje, enseñanza. Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno. (Potter Perry; 2007: p.42-43-45-46).

### **5.2.7 SUPUESTOS PRINCIPALES**

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología y sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son indispensables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es la calidad de vida es fundamental para el funcionamiento humano requiere de independencia, favorece la salud es más importante cuidara al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas. (Loverne; 4ª edición: 2001:p.28).

### **5.2.8 AFIRMACIONES TEORICAS**

**Relación enfermera – paciente:** Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente.

**La enfermera como sustituta del paciente:** Se da cuando el paciente tiene una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

**La enfermera como auxiliar del paciente:** Es durante los periodos de convalecía la enfermera ayuda al paciente para recuperar su independencia.

**La enfermera como compañera del paciente:** La enfermera educa y supervisa al paciente para que recupere su independencia.

**Relación enfermera – medico:** La enfermera tiene función especial diferente a la de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y el otro dentro del

Trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

**Relación enfermera –equipo de salud:** La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas. (Betty j: 2004: p.65-66).

### **5.3 PROCESO ENFERMERO**

#### **Antecedentes históricos**

El Proceso de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales. (Kozier; vol. 1: p.12)

Como todo método, el Proceso Enfermero configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas son:

- **Valoración:** Es la primera etapa del proceso de Enfermería 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
- **Diagnóstico:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

- Evaluación: Es comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. (Lyer.B.j; 2001: p.72)

### **5.3.1 CONCEPTO**

El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de los problemas a los cuidados de enfermería. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Los objetivos

- El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, individualizándolas.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.  
Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

### **Las ventajas**

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

Para el paciente son

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

#### **Las características**

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. (Loverne; 2001: p.81-82)

### **5.3.2 ETAPA DE VALORACIÓN**

Es la primera etapa del proceso de enfermería, es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes:

- Fuentes primarias son: El expediente clínico, la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.
- Fuentes secundarias son: Revistas profesionales, los textos de referencia.

Es proceso organizado por requerir un orden 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.

Es sistemático se basa en distintos criterios:

- Criterio de valoración siguiendo un orden de cabeza a pies: Es decir comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterio de valoración por sistemas y aparatos: Se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a
- continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterio de valoración por patrones funcionales de salud: La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo-familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial: Donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud. (Lynda.j.;2004: p. 54)

### **Tipos de datos**

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. (Lynda; 2004: p. 56-57).

### **Métodos para obtener datos**

**Entrevista Clínica:** Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

**La observación:** Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados. (Lynda; 2004: p. 58).

**La exploración física:** Determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

**Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.

**Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.

**Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

**Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio. (Lynda; 2004: p. 60-62).

### **5.3.3 DIAGNÓSTICO**

Es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida, problemas de salud real o potenciales, donde la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente.

El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos de los que el enfermero es responsable. (NANDA, 2009-2011: Pag. 31)

Los componentes de los diagnósticos son

- Etiqueta: Nombre para el diagnóstico.
- Características definitorias: Signos y síntomas observables y verificables identificados durante la valoración.
- Factores relacionados: Elementos que tienen una relación directa con el diagnóstico enfermero factores etiológicos.
- Factores de riesgo: Elementos que aumentan la vulnerabilidad.

### **5.3.4 PLANEACION**

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar las necesidades, según la prioridad de los diagnósticos dentro de sus tres categorías:

Alta prioridad: Problema de riesgo vital, ejemplo un paro cardio respiratorio.

Mediana prioridad: Suponen una amenaza para la salud.

Baja prioridad: Surge de necesidades normales del desarrollo, requiere apoyo mínimo de enfermería. (Potter; 2007: p.88-90).

### **La planeación también incluye sub-etapas**

**Establecer prioridades en los cuidados:** Es el proceso donde se determina un orden jerárquico de las necesidades efectuadas. Todas las necesidades raras veces pueden ser abordadas al mismo tiempo, por lo que pueden agruparse en tres categorías, prioridad alta, media o baja. Las prioridades asignadas no son inmutables, van cambiando a medida que cambian las respuestas, los problemas y el tratamiento. (Potter; 2007: p.91).

**Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados:** describe lo que la enfermera espera conseguir al realizar las intervenciones.

Una vez que se han jerarquizado las necesidades o problemas a tratar, debemos definir los objetivos a cumplir con respeto a cada problema, teniendo presente que el fin de los objetivos son:

- Dirigir los cuidados.
- Proporciona un plazo para las actividades planificadas.
- Servir como criterio para evaluar el progreso del paciente.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Formas generales para la descripción de objetivos

- La formulación debe ser simple, clara y concisa.
- El objetivo debe ser propio de una persona.
- Escribir los objetivos en términos que sea observables y puedan medirse.

- La formulación debe indicar un plazo preciso para la realización del objetivo.
- Debe evolucionar con la situación.
- Elaborar objetivos cortos.

**Los objetivos de enfermería:** Es lo que se espera que logre la enfermera, van dirigidos a encontrar los puntos fuertes de la persona y sus familiares.

Los objetivos de enfermería se describen en tiempo:

Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Van dirigidos a una atención inmediata en situaciones de urgencia.

Objetivos a mediano plazo: Requieren de semanas o meses, se pueden utilizar para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo más prolongado.

**Elaboración de las intervenciones de enfermería:** Son estrategias concretas o actividades necesarias para favorecer, mantener o restablecer la salud de la persona. La persona y los familiares deben participar siempre que sea posible en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

Para lo cual se realizan diferentes intervenciones contando con el equipo de salud para realizarlo.

- Intervenciones independientes: Es toda acción reconocida legalmente como responsabilidad de

enfermería, no requiere la supervisión de otros profesionales.

- Intervenciones dependiente: Incluyen problemas que son responsabilidad directa del médico, el designa las intervenciones que se deben realizar.
- Intervenciones interdependientes: Trabajan y colaboran en el tratamiento la enfermera y otros profesionales de la salud. (Potter; 2007: p.93-98).

### **Documentación en el plan de cuidados de enfermería**

El plan de cuidados de enfermería es un método de comunicación de la información importante sobre la persona, su objetivo es servir como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería, coordina y se utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales.

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. (Potter; 2007: p.102).

### **5.3.5 EJECUCION**

Esta fase consiste en la ejecución y la delegación de todas las actividades para lograr los objetivos de la atención planeada. Las acciones deben de estar basadas en principios científicos para que proporcione una atención de calidad. Toda acción enfermera deberá de contestar a sí misma la del cómo y del porque de su realización. (Potter; 2007: p.104).

La ejecución implica las siguientes actividades

Validar: Consiste en buscar fuentes apropiadas para validar el plan; las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente.

Documentar el plan de atención: Para comunicarlo con el personal, deberá estar por escrito y al alcance. Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene la responsabilidad de la ejecución del plan, en el cual se incluye la persona ya a la familia, así como otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las actividades dirigidas a la resolución de las necesidades a fin de promover la salud. (Potter; 2007: p.104-

### **5.3.6 EVALUACION**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Los dos criterios más importantes que valora la enfermera, en este sentido, son: La eficacia y la efectividad de las acciones ejecutadas en el plan de cuidados de enfermería.

El proceso de evaluación consta de:

- La obtención de los datos sobre el estado de salud de la persona que queremos evaluar.
- Emitir el juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados.
- Comparación con los resultados esperados. (Potter; 2007: p.108-109).

#### 5.4 ENFERMADAD CEREBRO VASCULAR

La enfermedad cerebro vascular son un conjunto de enfermedades de la vasculatura cerebral que conllevan a la disminución del flujo sanguíneo con la consecuente afectación de forma transitoria o de forma permanente de la función de una región generalizada del cerebro. Las enfermedades cerebro vasculares traen como consecuencia procesos isquémicos o hemorrágicos causando o no lo subsecuente aparición de síntomas o secuelas. (Harrison 2009; p.95)

En el año 1990 la enfermedad cerebro vascular fue la segunda causa de muerte a nivel mundial, cobrando la vida de más de 4.3 millones de personas, actualmente la cifra por muerte de enfermedades cerebro vascular supera los 5 millones anuales. Las mujeres son más propensas a padecer enfermedad cerebro vascular. (Harrison 2009: p.96)

Factores de riesgo: Edad, hipertensión, drogadicción, obesidad, sedentarismo, hipercolesterinemia, tabaquismo. Alcoholismo, edad, raza, anticonceptivos y herencia genética.

Clasificación de la enfermedad cerebro vascular

**Accidente isquémico transitorio:** Es cuando los síntomas de la focalidad neurológica se recupera en menos de 24 horas sin secuelas, de inicio súbito que por lo general dura menos de 15 minutos.

**Déficit neurológico irreversible:** Es cuando la duración del déficit persiste por más de 24 horas, pero los síntomas desaparecen en un plazo de 7 - 21 días, sin secuelas.

**Accidente cerebro vascular:** Es un déficit neurológico de origen vascular persiste y no se modifica por más de tres semanas desde su

instauración y deja secuelas. El cual se clasifica en estable, progresivo y con tendencia a la mejoría. (Harrison 2009; p.96-97)

#### Fisiopatología

El flujo sanguíneo cerebral es aproximadamente 15-20% del gasto cardíaco total, de 550 - 750 ml de sangre por cada Kg de tejido por minuto. La disminución o interrupción del flujo sanguíneo cerebral produce en el parénquima cerebral daño celular y funcional que empeora con el transcurrir del tiempo. En el tejido cerebral donde ocurre la isquemia resultado de la disminución del Flujo sanguíneo cerebral, se distinguen dos zonas. (Harrison 2009; p. 108-112).

Un núcleo isquémico de isquemia intensa: A los 10 segundos de isquemia se aprecia pérdida de la actividad eléctrica neuronal por alteraciones en los potenciales de membrana

notable. A los 30 segundos se observa fallo de la bomba sodio-potasio con alteraciones en el flujo iónico y desequilibrio osmótico con pérdida de la función neuronal y edema cito tóxico.

Al cabo de 1 min y por el predominio de la glucólisis anaeróbica, aumenta a niveles letales la concentración de ácido láctico y los mediadores de la cascada isquémica.

Después de 5 min se aprecian cambios irreversibles en los orgánulos intracelulares y muerte neuronal.

Las neuronas más sensibles a la isquemia son las células de la corteza cerebral, del hipocampo, el cuerpo estriado y las células de Purkinje del cerebelo. De las neuroglías, se afecta primero los oligodendrocitos, los astrocitos (gliosis reactiva) y por último la microglía. Las células del endotelio vascular son las últimas en ser afectadas. También se ha notado una menor concentración de células progenitoras endoteliales en pacientes con enfermedad cerebrovascular.

Ciertos factores participan en el daño cerebral progresivo, como el calcio, acidosis láctica, radicales libres, glutamato, el factor de adhesión plaquetaria y la descripción genética del individuo. El daño por isquemia cerebral se verá mayor o menor dependiendo también del: el estado del flujo sanguíneo cerebral regional, tiempo que dura la oclusión vascular, funcionamiento de la circulación colateral, grado de vulnerabilidad celular frente a la isquemia, presencia de sustancias vaso activas como ácidos grasos y radicales libres en la zona afectada, hiperglicemia, hipertermia, Los valores de la tensión arterial y el grado de hipoxia.

Un paciente con enfermedad cerebro vascular suele tener síntomas neurológicos como debilidad, cambios del lenguaje, visión o cambios en la audición, trastornos sensitivos, alteración del nivel de conciencia, ataxia, u otros cambios en la función motora sensorial así como trastornos en la memoria. (Harrison 2009; p. 113-118).

### **Tratamiento**

El tratamiento es elegido según las condiciones del paciente y según la etapa de la enfermedad cerebro vascular. Este se divide en tres etapas: la prevención de la enfermedad cerebro vascular, la terapia positiva inmediatamente después de que la persona sufrió de la enfermedad cerebro vascular y la rehabilitación del paciente después de haber sufrido la enfermedad. (Harrison 2009; p.120).

### **5.5 ADULTO MAYOR**

Cada persona envejece a ritmo diferente, el envejecimiento representa un conjunto de cambios que aparecen en la persona a lo largo de la vida es una consecuencia del tiempo sobre los seres vivos, se representa de diferente forma en cada organismo; los

cambios son biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. (Gómez. M; 2008: p. 15).

Cambios biológicos: Es cuando hay una disminución del número de motoneuronas, disminuye el flujo sanguíneo cerebral, se atrofian las glándulas sudoríparas. . (Gómez. M; 2008: p. 18).

Cambios físicos: Disminución de la masa muscular así como ósea, aparecen las canas, arrugas, disminución visual y auditiva, pérdida de piezas dentarias, pérdida de fuerza muscular.(Russell; 2009: p.56).

Cambios psicológicos: Se presenta afrontar la pérdida del conyugue o amigos, viniendo con ello la soledad, depresión. Así como se presenta la pérdida de la memoria les es difícil la detención de sucesos recientes.

Cambios sociales: se sufre el abandono de los familiares, les es difícil aceptar las modas y estereotipos. (Russell; 2009: p.57-60)6.

## **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA**

### **6.1.1 VALORACION DE ENFERMERIA**

#### **Datos generales**

Señor Alfonso, masculino de 73 años, padre de 7 hijos, con escolaridad de primaria incompleta, su ocupación campesino, originario y residente de Jaconá Michoacán, de religión católica.

APP Diabetes mellitus tipo 2 hace 4 años sin tratamiento, hernioplastia hace 20 años y proctectomia hace 1 año. El usuario fue internado en la clínica San Agustín el 2 de marzo de 2010, por presentar un evento vascular cerebral, debido a las secuelas del evento se coloca oxígeno por puntas nasales, una sonda nasoyeyunal y sonda foley. Se reporta grave sin embargo durante su estancia hospitalaria el usuario evoluciona favorablemente y el día 10 de marzo egresa con tratamiento terapéutico en su domicilio de la siguiente manera.

Aspirina protec tomar 1 tableta después del desayuno, Zumun tomar 1 tableta cada 12 horas, Epamin de 100mg tomar 1 tableta cada 12 horas, Nimotop tomar 1 tableta cada 8 horas, Ulsen tomar 1 tableta cada 24 horas, Lasix tomar 1 tableta cada 24 horas, Lipitor tomar 1 tableta cada 24 horas.

El 27 de abril se inicia a trabajar con el usuario en su domicilio.

## 6.1.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

### **1.- Necesidad de oxigenación**

La frecuencia respiratoria es de 19 respiraciones por minuto en posición semifowler. Establece hemoglobina de 15.5.

### **2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación**

Antes de su ingreso al hospital el señor Alfonso consumía poca agua y tres vasos de coca-cola al día. Su dieta consistía en carnes 3/7, verduras 5/7, frutas 2/7, cereales 5/7, realizaba tres comidas al día. Perístasis presente, pesa 73 kilogramos, su estatura de 1.79 y tiene un índice de masa corporal de 22.7.

### **3.- Necesidad de eliminación**

Evacua 2 veces al día, de color café claro, consistencia dura, tiene sonda de foley elimina aproximadamente de 100 a 150 mililitros cada dos horas, de color turbia.

### **4.- Necesidad de movilidad y postura**

Presenta hemiparesia izquierda, la exploración se observa piel seca, edema de miembros inferiores.

### **5.- Necesidad de descanso y sueño**

Duerme 9 horas durante la noche y durante el día toma pequeñas siestas. A la exploración se observa consciente y tranquilo.

### **6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas**

Su ropa la elige su esposa, usa pijama casi a diario con pañal y calcetines, algunos días usa playeras con pans.

### **7.- Necesidad de termorregulación**

Normalmente tiene una temperatura de 36 grados centígrados en la medición axilar, su medio ambiente es adecuado para tener una

perfecta temperatura, cuando el clima esta frio le colocan una cobija de algodón y cuando esta caluroso solo una playera ligera.

#### **8.-Necesidad de higiene y protección de piel**

Se baña una vez por semana, el cambiado de pañal es solo cuando evacua por lo que en ocasiones huele feo por presentar un humor fuerte, se enjuaga la boca una vez al día por lo que presenta halitosis, sus uñas de manos y pies están largas y sucias depende de su esposa para cortárselas pero ella no ve bien y no confía en cortárselas, su piel se observa seca, con enrojecimiento en la región sacra por que permanece la mayor parte del día sentado.

#### **9.- Necesidad de evitar peligros**

No lleva control diabético medicamentoso y nutriología, presenta hipoacusia, disminución de la agudeza visual y parestesia a secundario del evento vascular cerebral.

#### **10.-Necesidad de comunicarse**

Se comunica con su esposa e hijos, pero es difícil entenderle por que presenta disartria.

#### **11.- Necesidad de creencias y valores**

Profesa la religión católica antes de ser internado asistía a misa cada domingo y ahí recibía la comunión, ahora ya no puede asistir. Su esposa es la que reza el rosario con sus hijas y nietas para pedir por la salud de su esposo.

#### **12.-Necesidad de trabajo y realización**

Pérdida de fuerza muscular no puede trabajar a la observación se nota triste por este motivo de no poder moverse por sí mismo.

**13.-Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas**

Ve televisión y recibe visitas de hijos, nietos y vecinos.

**14.-Necesidad de aprendizaje**

Presenta alteración en el aprendizaje secundario por Enfermedad Vascolar Cerebral.

**6.1.3 IDENTIFICACION DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS**

<b>NESECIDAD</b>	<b>DATOS OBJETIVOS</b>	<b>DATOS SUBJETIVOS</b>
Oxigenación	Frecuencia respiratorias de 19 por minuto, frecuencia cardiaca 80 por minuto, tensión arterial de 110/70 y hemoglobina de 15.5.	
Nutrición e Hidratación	Pesa 73 kilogramos, su estatura de 1.79 y tiene un índice de masa corporal de 22.7.	Consume poco agua al día y tres vasos de coca-cola al día Su dieta consistía en carnes 3 veces por semana, verduras 5 veces a la semana, frutas 2 veces a la semana, cereales 5 veces a la semana, realiza tres comidas al día.
Eliminación	Tiene sonda de foley elimina aproximadamente de 100 a 150 mililitros cada dos horas, de color turbia.	Evacua 2 veces al día, de color café claro, consistencia dura.

Movimiento y postura	Presenta hemiparesia izquierda, piel seca, edema de miembros inferiores.	
Descanso y sueño	Observa consciente y tranquilo.	Duerme 9 horas durante la noche.
Usar prendas de vestir adecuadas	Usa pijama casi a diario con pañal y calcetines.	El pañal es cambiado solo cuando evacua por lo que en ocasiones huele feo ya que cuanta con un humor fuerte.
Termorregulación	Temperatura de 36 grados centígrados.	Cuando el clima esta frio le colocan una cobija de algodón y cuando esta caluroso solo una playera ligera.
Higiene y protección de la piel	Sus uñas de manos y pies están largas y sucias, piel seca, con enrojecimiento en la región sacra.	Se baña una vez por semana, con cambio de pañal solo cuando evacua.
Evitar peligros	Presenta hipoacusia disminución visual y de la fuerza muscular en extremidades inferiores y superiores.	
Comunicarse	Presenta disartria.	
Creencias y valores		Profesa la religión católica.
Trabajo y realización		No puede trabajar.
Actividades recreativas		Ve televisión y recibe visitas de hijos, nietos y vecinos.

Aprendizaje	Presenta alteración en el aprendizaje secundario a Enfermedad Vasular Cerebral	
-------------	--	--

#### 6.1.4 JERARQUIZACION DE NECESIDADES

NESECIDAD	JERARQUIZACION DE NECESIDADES	ESTADO DE LA PERSONA
Oxigenación	Movimiento y postura	Dependiente
Nutrición e Hidratación	Higiene y protección de piel	Dependiente
Eliminación	Nutrición e hidratación	Dependiente
Movimiento y postura	Eliminación	Dependiente
Descanso y sueño	Comunicarse	Parcialmente dependiente
Usar prendas de vestir adecuadas	Actividades recreativas	Dependiente
Termorregulación	Usar prendas de vestir adecuadas	Dependiente
Higiene y protección de la piel	Evitar peligros	Dependiente
Evitar peligros	Creencias y valores	Dependiente
Comunicarse	Trabajo y realización	Dependiente
Creencias y valores	Aprendizaje	Independiente
Trabajo y realización	Oxigenación	Independiente
Actividades recreativas	Descanso	Independiente
Aprendizaje	Termorregulación	Independiente

**6.1.5 JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.**

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
Movimiento y postura	<p>Dominio 4: Actividad/reposo, Clase2: Actividad/ejercicio Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad generalizada manifestado por disminución de la fuerza muscular. (NANDA, 2009-2011:Pag 127)</p> <p>Dominio 4: Actividad/reposo, Clase 2 Actividad/ejercicio Deterioro de la movilidad en cama relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama. (NANDA, 2009-2011:Pag 124)</p>
Higiene y protección de la piel	<p>Dominio 4: actividad/reposo, Clase 5: Autocuidado Déficit de autocuidado: Baño relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo. (NANDA,2009-2011:Pag 152)</p>
Nutrición e hidratación	<p>Dominio 2: Nutrición, Clase 1: Ingestión Deterioro de la deglución relacionado con parálisis cerebral manifestado por disfagia. (NANDA, 2009-2011:Pag 73)</p>
Eliminación	<p>Dominio 3: Eliminación e intercambio, Clase 1: Función urinaria Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo motor manifestado por incontinencia. (NANDA, 2009-2011:Pag 91)</p> <p>Dominio 3: Eliminación e intercambio, Clase 2: Función gastrointestinal Riesgo de estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibras. (NANDA, 2009.2011:Pag 105)</p>
Comunicarse	<p>Dominio 5: percepción/cognitivo, Clase 5:comunicación Deterioro de la comunicación verbal relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por disartria.</p>

	(NANDA, 2009-2011:Pag 176)
Actividades recreativas	Dominio 4: Actividad/reposo, Clase: Actividad/ejercicio Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades manifestado por facies de aburrimiento. (NANDA, 2009-2011:Pag 120)
Usar prendas de vestir adecuadas	Dominio 4: Actividad /reposo , Clase 5: autocuidado Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias. (NANDA, 2009-2011:Pag 154)
Evitar peligros	Dominio 11:seguridad/protección, Clase 2:lesión física Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física. (NANDA, 2009-2011: Pag 306).
Creencias y valores	Dominio 10: principios vitales, Clase 3: valores/creencias/congruencia de la acción Deterioro de la religiosidad relacionado con enfermedad manifestado por dificultad para adherirse a los rituales religiosos. (NANDA, 2009-2011:Pag 295)
Aprendizaje	No valorable
Trabajo y realización	No valorable
Oxigenación	No alterado
Descanso y sueño	No alterado
Termorregulación	No valorable

### 6.1.6 PLAN DE CUIDADOS

#### Necesidad de movimiento y postura

**Diagnostico:** Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad generalizada manifestado por disminución de la fuerza muscular.

Objetivo: Se realizara al señor Alfonso terapia de rehabilitación.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>➤ Se realiza terapia de rehabilitación. Se realizan ejercicios de rehabilitación 2 veces al día de 1 hora con cuatro secciones por semana.</p>	<p>La rehabilitación es un proceso continuo y coordinado, que tiende a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcionales. (Porter Stuart ; 2010: p. 56-78)</p>	<p>El señor Alfonso recibe sus terapias de rehabilitación, posterior a ellas adquiere fuerza muscular y movilidad en las extremidades superior e inferior izquierdas.</p>

### **Necesidad de movimiento y postura**

**Diagnóstico:** Deterioro de la movilidad en cama relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.

Objetivo: Se movilizara al señor Alfonso dentro y fuera de su cama para evitar úlceras por presión.

<b>PLANEACION Y EJECUCION</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>➤ Movilizar Se cambia de posición durante la mañana dentro de la cama colocando siempre una almohada entre sus piernas.</p> <p>Se moviliza al sillón durante la tarde manteniendo algunas veces elevados sus pies.</p>	<p>Los cambios de postura continuos así como el uso de instrumentos (Almohadas) ayudan a prevenir úlceras por presión. (Johnson y Nolden López; 2002: p. 78)</p>	<p>Se moviliza diario al señor Alfonso y su piel se mantuvo en buenas condiciones.</p>

### Necesidad de higiene y protección de piel

**Diagnostico:** Déficit de autocuidado: Baño relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.

Objetivo: Se realizará baño al señor Alfonso cada tercer día.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Orientar a familiares como realizar el baño Se orienta a los familiares la técnica baño en regadera pero en sillas de ruedas, sin miedo alguno.	Al tener la certeza al realizar alguna práctica hacia otra persona hace que esta última se sienta con seguridad de recibirla. (Wolff Lewis; 2001: p. 104).	Los familiares aprendieron al realizar la técnica baño con seguridad.
➤ Bañar al señor Alfonso Se realiza baño de regadera cada tercer día, con ayuda de sillas de ruedas para el traslado. Posterior al baño se cortan las uñas del señor.	El aseo diario del cuerpo es una necesidad básica del ser humano la cual ayuda a sentirse mejor en su persona. (Gail B. Ladwin; 2004: p. 272).	El señor Alfonso recibe baño de regadera cada tercer día y corte de uñas una vez por semana.

### Necesidad de nutrición e Hidratación

**Diagnostico:** Deterioro de la deglución relacionado con parálisis cerebral manifestado por disfagia.

**Objetivo:** El señor Alfonso será alimentado por una sonda nasoyeyunal.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>➤ Alimentar al señor Alfonso Se licua la comida para así poder pasarla por la sonda nasoyeyunal.</p>	<p>La alimentación enteral se utiliza en los pacientes que mantienen el peristaltismo intestinal pero no son capaces de ingerir los alimentos. (Bernabeu Méndez; 2000: p.342).</p>	<p>El señor Alfonso es alimentado dos semanas por la sonda nasoyeyunal, posterior mente se logra que el ingiera los alimentos licuados por vía oral.</p>
<p>➤ Orientar a familiares sobre los alimentos Se orienta a los familiares que tipos de alimentos son más recomendables y fáciles de licuar.</p>	<p>La alimentación enteral debe cumplir con todos los requerimientos alimenticios, va desde frutas, verduras hasta proteínas de preferencia de pollo. (Barbice; 2010: p.87)</p>	<p>La alimentación del señor Alfonso siempre fue variada durante el tiempo que se alimento por la sonda nasoyeyunal. Después de un tipo se logra alimentar por vía oral.</p>

### Necesidad de eliminación

**Diagnostico:** Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo motor manifestado por incontinencia.

**Objetivo:** El señor Alfonso mejorará la eliminación posterior a colocación de sonda de Foley.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>➤ Colocar una sonda foley Durante su estancia en el hospital se coloco la sonda foley.</p>	<p>El sondaje vesical es útil en usuarios con incontinencia urinaria además para aquellos que tienen dificultad de ir al baño por sí mismos. (B.Kozier; vol. 1: p. 287).</p>	<p>No se presento complicaciones con el uso de la sonda foley.</p>
<p>➤ Orientar a familiares los cuidados a llevar en la sonda foley Se orienta la técnica de vaciado del cistoflo cuando está lleno y como cerrar nuevamente.</p>	<p>La bolsa recolectora de orina debe ser vaciada al llenarse para evitar derrame de orina, así como debe de ser cambiada al mes de haber sido instalada. (B.Kozier; vol1:p. 288).</p>	<p>Los familiares del señor Alfonso aprendieron la técnica correcta del vaciado y cerrado del cistoflo.</p>

### **Necesidad de eliminación**

**Diagnostico:** Riesgo de estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibras.

Objetivo: Se orientará a familiares sobre los alimentos altos en fibra que sean de agrado al señor Alfonso.

<b>PLANEACION Y EJECUCION</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
➤ Orientar Se orienta a los familiares sobre la gran variedad de alimentos altos en fibra y la importancia del consumo de líquidos.	La falta de movilidad lleva al estreñimiento por la disminución del peristaltismo y los músculos se debilitan todo ello llevado a la perdida de gravedad durante la evacuación hace que sea más difícil eliminar las heces. (Folden, Fried y Fried; 2001:p. 275).	Los familiares del señor Alfonso crearon una serie de alimentos que le dan cada día para no repetir los mismos.

**Necesidad de comunicarse**

**Diagnostico:** Deterioro de la comunicación verbal relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por disartria.

Objetivo: Se empleará la técnica de lenguaje fuerte y pausado ayudaran a la comunicación.

<b>PLANEACION Y EJECUCION</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
➤ Escuchar al señor Alfonso Durante la conversación con el señor se hablara fuerte y pausadamente, a la vez se da tiempo para que pueda contestar.	Dentro de las técnicas de comunicación se incluyen muchas actitudes gestos mirada fija al usuario y hablar lentamente.( Bárbara Kuhn; 2007: p. 72)	Se mantiene una buena comunicación con el señor Alfonso con el trascurso de los meses la disartria fue disminuyendo.

**Necesidad de actividades recreativas**

**Diagnostico:** Déficit de actividades recreativas relacionado con entorno desprovisto de actividades manifestado por facies de aburrimiento.

**Objetivo:** Se emplearan algunos juegos de mesa con el señor Alfonso.

<b>PLANEACION Y EJECUCION</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>➤ Orientar a familiares sobre diferentes juegos de mesa</p> <p>Se realizan juego de damas chinas y de cartas en pares una vez al día.</p>	<p>Los juegos de mesa son utilizados como terapia ocupacional, con los cuales se logra una distracción y relajación en la persona. (K.Blas.J; 2006:p. 232).</p>	<p>Por las tardes el señor Alfonso juega con su esposa una hora o dos horas.</p>

**Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas**

**Diagnostico:** Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias.

**Objetivo:** El señor Alfonso se vestirá con ayuda de familiar posterior a la orientación dada por el personal de enfermería.

<b>PLANEACION Y EJECUCION</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>➤ Orientar a familiares como pueden vestir al señor</p> <p>Se orienta sobre las prendas adecuadas para el señor Alfonso y la importancia de cambio diario de ropa.</p>	<p>Al momento de elegir una prenda vestir debemos de pensar en lo que le favorece a su temperatura corporal y facilita las maniobras que se le realizan durante el día. (Kozier, 2005: p. 752).</p>	<p>Por la condición del señor Alfonso su esposa siempre elegía las prendas para vestirlo.</p>

**Necesidad de evitar peligros**

**Diagnostico:** Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física.

Objetivo: orientará en las técnicas de cómo trasladar al señor Alfonso de un lugar a otro utilizando mecánica corporal.

<b>PLANEACION Y EJECUCION</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>➤ Orientar como movilizar al señor Alfonso Se orienta las diferentes formas de cómo sujetar al señor a la hora del baño, así como cambiarlo de la cama al reposit o silla de ruedas.</p>	<p>La medida preventiva más importante para reducir el riesgo de caídas abarca el aumento en las medidas de seguridad durante la transferencia, es decir asegurar la silla de ruedas y cama antes de movilizar al usuario. (Lanverne Wolff Lewis; 2001: p.567).</p>	<p>No se presentaron accidentes ni incidentes durante su manejo.</p>

### **Necesidad de creencias y valores**

**Diagnostico:** Deterioro de la religiosidad relacionado con enfermedad manifestado por dificultad para adherirse a los rituales religiosos.

**Objetivo:** El Alfonso podrá adherirse a prácticas religiosas con ayuda de sus familiares posterior a la motivación dada por el personal de enfermería.

<b>PLANEACION Y EJECUCION</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>EVALUACION</b>
<p>➤ Orientar la importancia sobre el acercamiento religioso de señor Alfonso a los familiares.</p> <p>Se pone a escuchar la misa una vez al día en la televisión, así como su esposa le reza el rosario por las tardes.</p>	<p>La socialización y el apoyo que se encuentre a través de la participación en las prácticas religiosas personales pueden reducir los sentimientos de abandono y aislamiento. (Balda chino y Draper; 2001: p.458).</p>	<p>Cada quince días el señor Alfonso es llevado a misa por sus hijos.</p>

### **6.1.7 PLAN DE ALTA**

#### **Recomendaciones**

- Se recomienda que se continúe en los ejercicios establecidos (la rehabilitación), para continuar con la mejoría de la inmovilidad física.
- Se recomienda actividades recreativas leer una lectura al usuario, ver televisión y poner la radio.
- Proporcionar un ambiente siempre de confort para el usuario.
- Si permanece la mayor parte del día sentado elevar las piernas.
- Informar que se debe llevar una dieta balanceada.
- A la hora de ingerir los alimentos siempre estar sentado y que esta sea asistida por un familiar.
- No descuidar la higiene personal del usuario así como ayudarlo en estas actividades.
- Escuchar siempre con atención las peticiones del usuario.
- Ser comprensivos con las alteraciones emocionales pero siempre mostrar exigencia en el régimen terapéutico.
- Insistir siempre en la importancia de las medidas de seguridad.

## **7 CONCLUSIONES**

Cuando inicié la realización de este trabajo nunca pensé que me fuera a constar mucho trabajo por lo que pensaba que iba a ser sencillo como los que realizaba en la escuela, pero no fue así ya que tuve que profundizar dentro del proceso enfermero y cada vez que leía e investigaba me encontraba con algo nuevo que implementar en mi trabajo.

Cuando inicié con la valoración fue totalmente diferente porque el Señor Alfonso no se encontraba apto para contestar las preguntas su esposa e hijos fueron los que las contestaron, aquí empecé a implementar la relación enfermera-paciente-familia. Desde ese momento en el que fui conociendo la situación del señor Alfonso inicié a investigar sobre el padecimiento así como las secuelas que tenía y si podría recuperarse a un 100% también las terapias que podía implementar en él.

Durante el planeamiento y ejecución del trabajo fui adquiriendo aprendizajes tanto en lo profesional como en lo personal, que me sirvieron para seguir llevando el plan de cuidados con el señor Alfonso, en el cual se lograron 10 diagnósticos en los cuales se trabajó y se lograron resolver en un 90%.

Con el transcurso del tiempo se fue notando una mejoría en el señor Alfonso la cual me deja con una gran satisfacción, sin dejar de comentar que sin el gran empeño de sus familiares que siempre mostraron interés en los cuidados pero sobre todo la fuerza que puso el señor Alfonso que él siempre estuvo dispuesto y cooperar en su tratamiento sin él no se hubiera logrado nada.

## **GLOSARIO**

**Modelo:** pretende describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería.

**Teoría:** Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos.

**Necesidad:** es un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad.

**Salud:** es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas.

**Disartria:** Es una alteración del lenguaje producida por una lesión cerebral.

**Disfagia:** Dificultad para la deglutir o tragar.

**Postura:** posición del cuerpo o forma en que se sostiene.

**Abducción:** Movimiento por el cual se endereza o se aumenta el Angulo que reúne las partes en o hacia una línea recta.

**Aducción:** Movimiento por el cual el ángulo entre las partes adyacentes se reduce; inclinación.

**Hemiplejia:** Parálisis completa o incompleta que afecta a una mitad del cuerpo, en su totalidad o parcialmente.

**Sonda foley:** Es la sonda que se utiliza para hacer el sondaje vesical. Consiste en la introducción de una sonda o catéter a la vejiga a través del canal uretral utilizando técnicas asépticas.

**Sonda nasoyeyunal:** Es un dispositivo de nutrición enteral que permite alimentar a un paciente introduciendo directamente el alimento en el estómago.

**Hipoacusia:** Es la pérdida auditiva de superficial a moderada en uno o ambos oídos.

## **ANEXOS**

### **Rehabilitación**

La rehabilitación es un proceso continuo y coordinado, que tiende a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcionales, psíquicos, educacionales, sociales, profesionales y ocupacionales con el fin de integrarlos a la comunidad.

Manipulaciones fundamentales del masaje terapéutico:

**Fricción:** con ella se inicia y termina la sesión de masaje, consiste en deslizar la mano por la superficie de la piel del paciente sin desplazarla.

Indicaciones:

- La dirección debe corresponder a la de los vasos linfáticos y el retorno venoso del paciente. La presión es insignificante al inicio, aumenta poco a poco y disminuye al pasar por las articulaciones y cerca de los ganglios linfáticos, el desplazamiento de las manos deben ser lentos y rítmicos Las manos deben desplazarse relajadas y sin causa dolor.
- Para disminuir el rozamiento se debe utilizar cremas lubricante o cremas terapéuticas.

**Frotación:** Con ella deslizamos la superficie de la piel de paciente y consigo los tejidos más profundos.

Indicaciones:

- El apoyo será en la base de la mano y el pulgar.

- El movimiento circular con los dedos se efectúa flexionando y extendiendo estos en las articulaciones interfalángicas, formando círculos hacia el dedo meñique .El movimiento con las dos manos se realiza igual que con una, pero realizándolo alternadamente (cuando una va hacia fuera, la otra viene hacia dentro).
- El desplazamiento de la mano por la región manipulada se realiza cuando los dedos están extendidos (horizontales), o sea cuando la presión es mínima.
- Hay que desplazar la piel sobre los tejidos profundos del paciente, nunca deslizar los dedos por encima de esta.
- A pesar de realizar la frotación profunda esta nunca debe causar dolor.

**Amasamiento:** Se realiza levantando, desplazando y comprimiendo las fibras musculares del paciente unas con otras, se realizara lentamente sin interrupciones bruscas sin torcer demasiado el músculo del paciente.

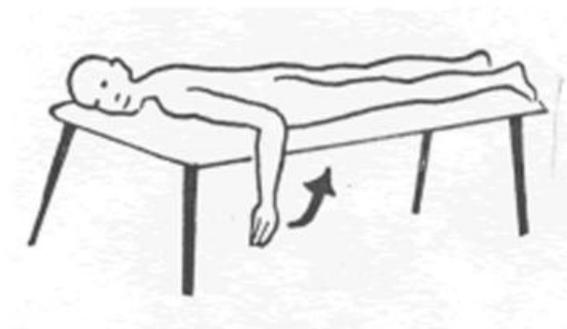
#### Indicaciones

- Hay que efectuar el amasamiento lentamente, sin interrupciones bruscas, ni causar dolor en la zona masajead del paciente.
- No conviene realizar dos o tres movimientos de amasamiento en el mismo lugar bebido al grado de espasticidad que presenta el paciente.
- Con ambas manos levantar toda la masa muscular y la comprimirla contra el hueso con la base y la palma de la mano disminuyendo la presión de los dedos y desplazando el músculo hacia estos para recobrar la posición inicial

.Luego se comienza de nuevo levantando el músculo del paciente.

- Al ejecutar el movimiento, la mano no debe desplazarse sobre la superficie de la piel, ni la palma separarse de esta, el músculo siempre tiene que estar adherido a la palma, no se puede soltar y volver a recogerlo después.
- Al amasar y desplazar los músculos no se deben flexionar los dedos, solamente esto ocurre en las articulaciones metacarpianas, si flexionamos los dedos en las articulaciones interfalángicas el amasamiento es menos activo y más doloroso.
- **Movilizaciones:** Son los movimientos normales y fisiológicos, característicos de cada una de las articulaciones.

## FORMAS DE REHALIZAR LOS EJERCICIOS



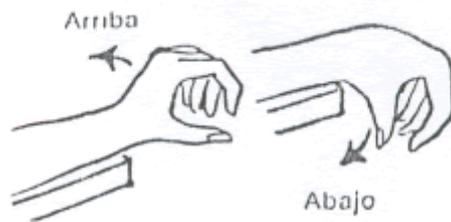
Boca abajo, mover el antebrazo varias veces en el sentido de la flecha



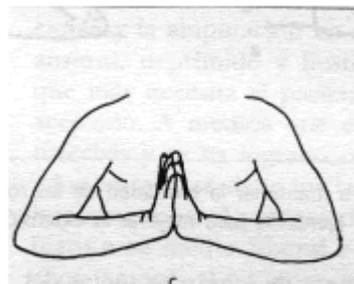
Ejercicio para codo: Estirar y doblar el codo varias veces y luego manteniendo el codo como en la figura, llevarle la palma de la mano en el sentido de la flecha varias veces. Este ejercicio puede hacerse también en posición sentado.



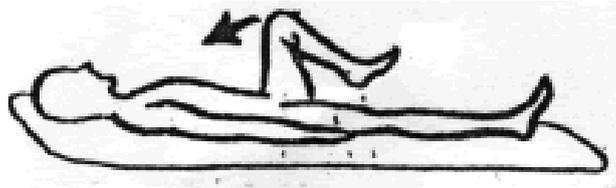
Es muy importante ayudarle a separar el brazo del cuerpo repitiéndolo varias veces como ejercicio.



Moverle la muñeca en el sentido de la flecha (arriba y abajo)



Con la mano sana, enseñarle a que se estire los dedos de la enferma.



Doblarle la pierna varias veces



Levantarle la pierna varias veces como lo indica el dibujo.



Es muy importante moverle los piés como lo indica la figura. En la hemiplejía, el pié suele estar hacia abajo por endurecimiento de los músculos de la pantorrilla. El ejercicio tiende a contrarrestar esto.



Sentado, estirar y doblarle la rodilla

La rehabilitación tiene como finalidad reintegrar al paciente a una nueva vida activa, de manera que pueda disfrutar con plenitud de su situación, aunque le haya quedado alguna limitación.

Para lograr esto es muy importante la colaboración de la familia y amistades. En todo momento se lo debe estimular y hacerle sentir que es querido, aún con sus problemas actuales. (PORTER STUART; 2010).

## **CLASIFICACION Y LOCALIZACION DE LAS ULCERAS POR PRESION**

### **Presión**

La clasificación más aceptada es la propuesta por la agencia para programas e investigación de los cuidados de la salud de Estados Unidos (Agency for Health care Policy and Research, AHCPR), basada en la clasificación original de Byrne y Feld que diferencia 4 estadios.

### **Estadio I**

Eritema que no palidece tras presión, piel intacta (en pacientes de piel oscura observa edema, induración, decoloración y calor local).

### **Estadio II**

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

### **Estadio III**

Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

### **Estadio IV**

Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, capsula tisular, etc). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.

### **CUIDADOS DE LA Sonda FOLEY**

- Existen algunas consideraciones especiales en el cuidado diario mientras tenga insertado el catéter, para mantener la comodidad y prevenir infecciones urinarias.
- Lávese siempre las manos con jabón y agua de la llave antes y después de tocar el catéter o realizar cualquier cuidado diario.
- Mantenga limpia la piel alrededor del catéter y de la sonda.
- Evite tirar o jalar del catéter o aplicar algún tipo de tensión. Esto produce irritación en la zona donde el tubo entra en el cuerpo y podría soltar el balón dentro de la vejiga.

- Evite enrollar el catéter en la pierna. Esto bloqueará el flujo urinario.
- Siempre mantenga la bolsa de drenaje bajo el nivel de la vejiga para evitar que la orina se devuelva hacia la vejiga.
- Utilice ropa interior de algodón para permitir un buen flujo del aire y mantener el área seca.
- Beba buenas cantidades de líquidos sanos para mantenerse hidratado. Al menos que se encuentre con restricción de fluidos, es útil beber 6 a 8 vasos diarios de líquidos, tales como el agua, jugos, y leche.

### **ANATOMIA Y FISIOPATOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

El sistema nervioso central es una estructura extraordinariamente compleja que recoge millones de estímulos por segundo que procesa y memoriza continuamente, adaptando las respuestas del cuerpo a las condiciones internas o externas. Está constituido por siete partes principales:

Encéfalo anterior que se subdivide en dos partes:

- Hemisferios cerebrales
- Diencefalo (tálamo e hipotálamo)

Tronco encefálico

- Mesencéfalo
- Protuberancia
- Bulbo raquídeo

## Cerebelo y Médula espinal

El encéfalo se divide en tres grandes regiones: el prosencéfalo (Diencéfalo y hemisferios cerebrales), el mesencéfalo y el rombencéfalo (bulbo raquídeo, protuberancia y cerebelo).

El cerebro constituye la masa principal del encéfalo y es lugar donde llegan las señales procedentes de los órganos de los sentidos, de las terminaciones nerviosas nociceptivas y propioceptivas. Se desarrolla a partir del telencéfalo.

El cerebro procesa toda la información procedente del exterior y del interior del cuerpo y las almacena como recuerdos. Aunque el cerebro sólo supone un 2% del peso del cuerpo, su actividad metabólica es tan elevada que consume el 20% del oxígeno. Se divide en dos hemisferios cerebrales, separados por una profunda fisura, pero unidos por su parte inferior por un haz de fibras nerviosas de unos 10 centímetros llamado cuerpo calloso que permite la comunicación entre ambos. Los hemisferios suponen cerca del 85% del peso cerebral y su gran superficie y su complejo desarrollo justifican el nivel superior de inteligencia del hombre si se compara con el de otros animales.

Los ventrículos son dos espacios bien definidos y llenos de líquido que se encuentran en cada uno de los dos hemisferios. Los ventrículos laterales se conectan con un tercer ventrículo localizado entre ambos hemisferios, a través de pequeños orificios que constituyen los agujeros de Monro o forámenes interventriculares. El tercer ventrículo desemboca en el cuarto ventrículo, a través de un canal fino llamado acueducto de Silvio. El líquido cefalorraquídeo que circula en el interior de estos ventrículos y además rodea al sistema nervioso central sirve para proteger la parte interna del

cerebro de cambios bruscos de presión y para transportar sustancias químicas.

Este líquido cefalorraquídeo se forma en los ventrículos laterales, en unos entramados vasculares que constituyen los plexos coroideos

En cada hemisferio se distingue

**La corteza cerebral** o sustancia gris, de unos 2 ó 3 mm de espesor, formada por capas de células amielínicas (sin vaina de mielina que las

recubra). Debido a los numerosos pliegues que presenta, la superficie cerebral es unas 30 veces mayor que la superficie del cráneo.

Estos pliegues forman las circunvoluciones cerebrales, surcos y fisuras y delimitan áreas con funciones determinadas, divididas en cinco lóbulos. Cuatro de los lóbulos se denominan frontales, parietales, temporales y occipitales. El quinto lóbulo, la ínsula, no es visible desde fuera del cerebro y está localizado en el fondo de la cisura de Silvio. Los lóbulos frontal y parietal están situados delante y detrás, respectivamente, de la cisura de Rolando.

La cisura parietooccipital separa el lóbulo parietal del occipital y el lóbulo temporal se encuentra por debajo de la cisura de Silvio.

**La sustancia blanca** constituida sobre todo por fibras nerviosas amielínicas que llegan a la corteza.

**El cuerpo calloso**, miles de fibras se ramifican por dentro de la sustancia blanca. Si se interrumpen los hemisferios se vuelven funcionalmente independientes.

El tálamo forma parte del di encéfalo consiste en dos masas esféricas de tejido gris, situadas dentro de la zona media del cerebro, entre los dos hemisferios cerebrales. Es un centro de integración de gran importancia que recibe las señales sensoriales y donde las señales motoras de salida pasan hacia y desde la corteza cerebral. Todas las entradas sensoriales al cerebro, excepto las olfativas, se asocian con núcleos individuales (grupos de células nerviosas) del tálamo.

El hipotálamo está situado debajo del tálamo en la línea media en la base del cerebro Está formado por distintas regiones y núcleos hipotalámicos encargados de la regulación de los impulsos fundamentales (Harrison; 2009: p. 346-368)

## 10 BIBLIOGRAFIA

1. DU GAS. Tratado de enfermería práctica, 4ª Edición, Editorial McGraw Hill interamericana México 2000.
2. ALFARO Rosa Linda. Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración. Editorial Masón, 5ta edición, Barcelona España, 2005.
3. KOZIER, Bárbara; et al. Enfermería fundamental, concepto procesos y practica tomos: 1, 2, 6 y 4ª edición. Editorial McGraw-Hill, interamericana, México, 2006.
4. POTTER Perry, Fundamentos de enfermería, Editorial Más, México 2007.
5. LOVERNE Wolff Lewis, Fundamentos de enfermería, 3ª Edición, México 2001.
6. GAIL B.Ladwig, manual de diagnósticos de enfermería, Editorial McGraw Hill interamericana México 2004.
7. MENDEZ Oteo, Manual de enfermería básica, Editorial océano, México 2000.
8. NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011, Madrid, España.
9. CARPENITO Lynda, Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería 4ª edición, Editorial McGraw Hill, España 2005.
10. RODRIGUEZ Morales, Geriatria, Editorial Mc Graw Hill México 2000.

11. VILLALVA, Nuevo manual de la enfermería, Editorial océano, España 2010.
12. HARRISON, Medicina interna, Editorial McGraw Hill México 2010.
13. ESPINOSA Olivares, Docencia en enfermería, 1997.
14. P.W.LYER, proceso y diagnóstico de enfermería, Editorial McGraw Hill México 2001.
15. GUYTON, revista científica, Editorial Hall España 2010.
16. SURUS, Tratado de fisiología medica, 8' edición México 2007.
17. REDONDO, Manual de fundamentos de enfermería, Editorial Ariel S.A, 2010.
18. ALBERDI Castell, Los contextos conceptuales histórico de enfermería, Editorial Sevilla, 1999
19. AMEZCUA, La revista Índice de Enfermería, Granada 2009.
20. RODRIGO LUIS Y NAVARRO, De la teoría a la practica el pensamiento de Virginia Henderson, Editorial Masón 2005.
21. PORTER STUART, Terapias de rehabilitación de la anatomía, Editorial Elsevier 2010.

Insiste en ti mismo, nunca imites.

En cada momento puedes presentar tu don con la fuerza acumulativa  
del cultivo de una vida entera.

Pero con el talento adoptado de otras sólo improvisas la mitad. Haz  
lo que tienes asignado para ti así no puedes esperar o atreverte  
demasiado.

**Ralph Waldo Emerson**