



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

CLAVE: 8723

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO
A USUARIA CON DETERIORO GENERALIZADO POR
SECUELAS DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

HERRERA TULE JUAN CARLOS

407537453

ASESORA:

L.E. MARIA DE LA LUZ NEGRETE PACHECO

ZAMORA, MICHOACAN. OCTUBRE DEL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO
A USUARIA CON DETERIORO GENERALIZADO POR
SECUELAS DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

HERRERA TULE JUAN CARLOS

407537453

ASESORA:

L.E. MARIA DE LA LUZ NEGRETE PACHECO

ZAMORA, MICHOACAN. OCTUBRE DEL 2011

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi papá Juan y mi mamá María Juanita, porque me apoyaron a lo largo de mi carrera y me alentaron para concluir mis estudios universitarios como Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por acompañarme a lo largo de este camino. A mis papás porque me brindaron su apoyo incondicional. Al Hospital de la Asunción, a su administrador y directivos. A la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. que me brindó los conocimientos y las herramientas necesarias para ser un enfermero profesional. Y a todas aquellas personas que me ayudaron en mi formación, y que gracias a ellos he logrado concluir mi carrera.

ÍNDICE

INTRODUCCION	7
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS.	10
METODOLOGIA	12
HISTORIA DE LA ENFERMERIA	
ANTECEDENTES DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA	14
ENFERMERIA MODERNA	15
ENFERMERIA CONTEMPORANEA	16
LA INTERVENCION DE LA ENFERMERA	18
MODELO DE ATENCION DE VIRGINIA HENDERSON	
INFLUENCIAS EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON 19	
LAS NECESIDADES HUMANAS	20
LAS 14 NECESIDADES	21
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	
EVOLUCION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	24
DEFINICION Y OBJETIVO DEL PROCESO	27
ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	28
PRIMERA ETAPA: VALORACION	28
SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	33
TERCERA ETAPA: PLANEACION	38
CUARTA ETAPA: EJECUCION	40

QUINTA ETAPA: EVALUACION	41
EVENTO VASCULAR CEREBRAL	43
CLASIFICACION.....	43
CUADRO CLINICO.....	43
EVC ISQUEMICO.....	44
EVC HEMORRAGICO	46
TRATAMIENTO	46
PRONOSTICO.....	47
PREVENCION	48
APLICACION DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	
VALORACION DE LA USUARIA	50
OPERACIONALIZACION DE LOS DATOS.....	55
JERARQUIZACION DE NECESIDADES.....	60
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ENCONTRADOS.....	61
PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION DE	
NECESIDADES ALTERADAS	64
NECESIDAD: NUTRICION	64
NECESIDAD: ELIMINACION.....	69
NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER POSTURAS	72
NECESIDAD: DESCANSO Y SUEÑO	76
NECESIDAD: VESTIRSE Y DESVESTIRSE/HIGIENE Y PIEL ...	79
NECESIDAD: COMUNICACION	84
NECESIDAD: CREENCIAS Y VALORES	87
CONCLUSIONES	90
ANEXOS	93
BIBLIOGRAFIA	115

INTRODUCCION

La enfermería no es sólo una carrera más, sino una vocación que requiere conocimientos, habilidad y preparación especiales y suele distinguirse de otro tipo de profesiones por su finalidad: otorgar cuidados; dirigidos al individuo, familia o comunidad. Exige un aprendizaje especializado y continuo para conseguir el cuerpo de conocimientos adecuado y brindar atención de calidad.

Enfermero o enfermera es aquella persona que se dedica a brindar atención al usuario, familia y comunidad, tanto enfermos como sanos, dedicándose a la prevención y promoción de la salud. Basándose no sólo en aspectos físicos como lo hacen otras profesiones, sino abarcando la esfera social, psicológica y espiritual. Los cuidados constituyen el quehacer y por lo tanto el foco de atención y objeto de la enfermería como disciplina profesional. Dichos cuidados comprenden elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue.

El presente trabajo se realiza a una usuaria de 83 años de edad, que presenta secuelas de Evento Vascular Cerebral, utilizando como teórica a Virginia Henderson con sus 14 necesidades. En él se manifiesta la aplicación de un proceso de atención de enfermería con cada una de sus etapas y los resultados obtenidos; con la finalidad de ayudar a mejorar la situación de salud de la usuaria.

JUSTIFICACION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Enfermedad Vascolar Cerebral (EVC) se define como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y que persiste más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular.¹

“El EVC ocupa en el mundo occidental la tercera causa de mortalidad, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer; en España representa la primera causa de mortalidad femenina y la segunda de mortalidad masculina, y constituyen la principal causa de secuelas neurológicas permanentes en el adulto.”²

Según una encuesta realizada en 2003, por parte de la clínica de Enfermedad Vascolar Cerebral del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la ciudad de México, los infartos cerebrales representan el 58% de los eventos, la hemorragia cerebral el 34%, y la trombosis venosa cerebral el 7%.

Por tal motivo es importante que el personal de enfermería que tiene la responsabilidad de otorgar cuidados holísticos a los usuarios, conozca los signos y síntomas de dicha enfermedad, así como la importancia de extremar precauciones en la prevención y promoción de la salud en esta línea y, además, brinde cuidados de rehabilitación cuando ya se haya presentado.

¹ Organización Mundial de la Salud

² FARRERAS, Medicina Interna Volumen 2, 15ª edición, editorial Elsevier; España 2006, pp 1435.

Datos de la Secretaria de Salud de Michoacán, indican que en el Estado el evento vascular cerebral ocupa el lugar número cinco en mortalidad, y en la población donde se realizó la atención de enfermería a la usuaria ocupa el segundo.³

Durante el tiempo de la aplicación de este proceso enfermero a una persona con secuelas de esta enfermedad, pude notar los cambios en la calidad de vida, la evolución positiva que la usuaria fue teniendo a lo largo de este tiempo, no sólo a nivel personal, también en su entorno familiar; por tal razón puedo afirmar que la aplicación del proceso de atención de enfermería es y será una herramienta fundamental en nuestro quehacer diario como profesionales de la salud. El motivo de presentar este trabajo de titulación es aportar información sobre el protocolo de atención integral que apliqué y los resultados positivos que obtuvimos.

³ SUIVES Jurisdicción Sanitaria Número 2 del Estado de Michoacán

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Aplicar el proceso de atención de enfermería, basado en la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, así como la NANDA, a una adulta mayor con secuelas de Evento Vascular Cerebral; para lograr una mejor calidad de vida en la usuaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Realizar la valoración de enfermería a la Sra. Mercedes, de acuerdo a los elementos propuestos por Henderson para identificar todas las necesidades afectadas.

Llevar a cabo el análisis de datos objetivos y subjetivos para, con sustento en ellos, poder elaborar y fundamentar la construcción de los diagnósticos de enfermería.

Jerarquizar los diagnósticos que resulten prioritarios en relación a las necesidades alteradas y establecer un plan de cuidados acorde a las alteraciones encontradas en la usuaria, para mejorar su salud.

Ejecutar el plan de cuidados realizado, ayudando a la resolución de problemas y necesidades de la usuaria, para conseguir los objetivos deseados

Evaluar el impacto de las acciones a través de las respuestas y cambios en la calidad de vida de la Sra. Mercedes y su familia para que el proceso sea dinámico e integrador.

METODOLOGIA

TIPO Y DISEÑO

El presente trabajo se trata de un proceso de atención de enfermería de tipo descriptivo, ya que describe la patología de la usuaria, su estado actual, así como las etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de un plan de cuidados que fue otorgado, apoyándose en la teoría de Virginia Henderson.

Es de tipo observacional a corto plazo, llevándose a cabo de del 23 de marzo del 2011 al 25 de septiembre del 2011.

TECNICA DE TRABAJO

Para la realización de una adecuada valoración fue utilizada la observación, la entrevista y la exploración física.

OBSERVACIÓN

Consiste en centrar la atención total en el usuario y en todo lo que rodea, es un proceso constante, ya que está presente a lo largo de todo el proceso de atención de enfermería.

ENTREVISTA

Se implementó la entrevista de modo indirecto o no dirigido, utilizando una guía de valoración. Se aplicó a los familiares de la usuaria para obtener la mayor cantidad de datos posibles en base a una guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

EXPLORACION FISICA

Se llevó a cabo siguiendo un orden cefalocaudal, tomando como apoyo los métodos de inspección, auscultación, palpación y percusión con la usuaria.

MARCO TEORICO

HISTORIA DE LA ENFERMERIA

ANTECEDENTES DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA

La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud.

Se inició con la etapa de los cuidados; por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y, las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar.

Así fueron surgiendo etapas características de cada tiempo con distinguidas representantes, como Florencia Nightingale (1852), con la cual se fundó la base de la enfermería moderna, Dorotea Orem con su

teoría del autocuidado, Virginia Henderson (1966) con el modelo de las 14 necesidades humanas, Myta Levy (1973) con el modelo de conservación y promoción de la totalidad; entre otras más; hasta llegar a nuestros días donde la enfermería lucha por seguir solidificando sus bases científicas por medio de la investigación y la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

ENFERMERIA MODERNA

Las hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado, destacaron por el desarrollo de la enfermería moderna en México, ya que a partir de 1931 empezaron a trabajar como enfermeras en el Sanatorio de San Salvador, en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, y en 1934 quedan a cargo del famoso Hospital Muguerza.

En 1940 fundan la primera Escuela de enfermería incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México; en 1943 son llamadas a dirigir los servicios de enfermería en el Instituto Nacional de Cardiología abriendo una escuela adjunta, siendo su fundadora Sor María Guadalupe Alacoque Cerisola, así como de la Asociación Mexicana de Enfermería y del Colegio de Enfermeras “Micaela Ayans”.

En 1945 abre sus puertas la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y en 1947 obtiene reconocimiento Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México; a partir de entonces egresan excelentes enfermeras de cálida mundial.

En 1950 surgen los programas de Salud pública y con ello las primeras instructoras formadoras de enfermeras en pueblos apartados, contribuyendo con esto a un mejor panorama de salud para los mexicanos, sin olvidar que la primera enfermera sanitarista fue Isabel Cendala y Gómez.

En 1953 se crea al bachillerato de ciencias de enfermería de la UNAM siendo este el paso inicial para la creación de la Licenciatura.

La apertura de la licenciatura representa un gran paso en el desarrollo de la profesionalización de la práctica de enfermería.

ENFERMERIA CONTEMPORANEA

Ante las exigencias en los diversos campos de enfermería por la apertura de las instituciones gubernamentales de salud como la Secretaria de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del estado. (ISSSTE), Hospitales infantiles, de la mujer, Instituto Nacional de Nutrición, Cancerológica, Cardiología, etc; así como múltiples instituciones privadas las cuales requerían de personal profesional altamente capacitado, surge la necesidad de incrementar los conocimientos de enfermería a través de la Licenciatura, pasando así de un nivel técnico a una carrera universitaria y es la Escuela de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la que inicia a partir de 1969, seguida por la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. En la actualidad hay escuelas y facultades con la

Licenciatura en enfermería en diferentes estados de la República que pertenecen a universidades públicas y privadas, incorporadas a la UNAM.⁴

La apertura de centros de especialidades, requería de personal experto, motivo por el cual la UNAM ofreció en 1953 un curso de obstetricia y en 1955 inician los cursos posbásicos, ya que la mayoría del personal sólo contaba con estudios técnicos. Las áreas ofrecidas son muy variadas y acordes a las necesidades del campo laboral como: administración de los servicios de enfermería, salud pública, educación materno infantil, técnicas quirúrgicas, cuidados intensivos, oncológica, cardiología, rehabilitación física, enfermería psiquiátrica, enfermería geriátrica, etc.

La práctica basada en competencias, holismo, humanismo y respeto a la vida son los retos para el siglo XXI y requiere de autenticidad del profesional de enfermería, estableciendo redes, cambios de actitud superación constante, desarrollo y compromiso.

Los retos de la etapa contemporánea han empezado a ser abordados por las teóricas de enfermería ya que varias de ellas han centrado sus cuidados en el abordaje del holismo, la atención de las necesidades, las respuestas humanas y por su puesto el humanismo.

⁴ MARTINEZ Benítez, Sociología de una Profesión, 1ª edición, editorial Nuevo Mar, México 1985 pp 134-135.

LA INTERVENCION DE LA ENFERMERA

El centro de intervención son las áreas de dependencia, es decir saber qué hacer y cómo (Conocimiento) poder hacer (Fuerza) o querer hacer (Voluntad).

Los modos de intervención: se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención pueden ser la satisfacción de las necesidades básicas (bien sea supliendo su autonomía o ayudándole a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial).

MODELO DE ATENCION DE VIRGINIA HENDERSON

INFLUENCIAS EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.).

En 1955 publicó en su libro *Text-book of the Principles and Practice of Nursing* lo siguiente: “la función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud, su recuperación o a una muerte tranquila, que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible.”⁵

En 1966 identificó las 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El

⁵ MARRINER, TA, Raile, AM. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 6ª edición, editorial Elsevier, España, 2007. pp 55.

entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo.

“Identifico los tres niveles de relación enfermera: 1. Sustituta del paciente, 2. Colaboradora del paciente, 3. Compañera del paciente.”⁶

Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno.

LAS NECESIDADES HUMANAS

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de V. Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.

⁶ MARRINER, TA, Raile, AM. Modelos y Teorías de Enfermería, 6ª edición, editorial Elsevier, España, 2007. pp 56.

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social, la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

LAS 14 NECESIDADES

1. Respirar normalmente. Función vital mediante la cual el organismo absorbe oxígeno y elimina dióxido de carbono, proceso fundamental para mantener la vida y sin el cual, el resto de necesidades no tendría sentido alguno.
2. Alimentarse e hidratarse. Tras conseguir el oxígeno requerido para las funciones vitales, el organismo necesita hidratarse y nutrirse de manera adecuada para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. La alimentación requerida dependerá del ritmo y estilo de vida de la persona.
3. Eliminar por todas las vías corporales. Nuestro cuerpo procesa y elimina aquello que no necesita y que una vez usado se convierte en desecho tóxico.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas. El movimiento nos hace libres de hacer aquello que necesitamos, queremos o debemos. Cuando uno está limitado en ésta necesidad, sea en mayor o menor grado, se ve obligado a pedir ayuda para actividades de su vida cotidiana.

5. Dormir y descansar. Nuestro organismo necesita reponer fuerzas para emprender un nuevo día, el sueño reparador de la noche o los pequeños descansos en el día, hace que seamos capaces de proseguir con nuestros quehaceres.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse. Una tarea tan simple como elegir la ropa que desee llevar ese día y ser capaz de ponérsela por sí mismo es sinónimo de independencia.
7. Mantener la temperatura corporal. Encontrarse en un ambiente con la temperatura adecuada, ser capaz de regular el organismo según haga frío o calor, no tener una temperatura corporal que signifique hipo o hipertermia.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel. Poder hacer la higiene corporal, de ropa y del entorno, propicia para una buena salud.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas. Ser capaz de identificar los riesgos de la vida diaria, saber cómo actuar para prevenirlos y obrar en consecuencia.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores. Tener vida social, un círculo de amistades, personas en las que apoyarse.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores. Poder expresar y actuar de acuerdo a las creencias o religión que se profese.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal. Para sentirse realizado, útil y parte de la sociedad.
13. Participar en actividades recreativas. Tiempo de distracción, disfrute y relajación.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y a la salud normal. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un descubrimiento normal de la salud.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

EVOLUCION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El Proceso de Atención de Enfermería sigue los mismos pasos que el método científico; ambos tuvieron que pasar por muchas variaciones y modificaciones para llegar a consolidar las etapas que en la actualidad conocemos.

El término de proceso de enfermería y el método de trabajo que implican, son relativamente nuevos.

Antes de que se desarrollara el proceso de atención de enfermería, las enfermeras se limitaban a prestar los servicios basándose en las órdenes del médico, se guiaban con frecuencia por la intuición y la experiencia, más que el método científico.

Las representantes de la enfermería moderna, basadas en la observación, la experiencia clínica y la investigación científica, nos muestran el desarrollo que, gracias al aporte de cada una, con su pensamiento crítico y razonamiento diagnóstico, se logra la aplicación de dicho proceso en beneficio de los usuarios.

Desde entonces, varias enfermeras lo describen, ordenando sus etapas de diferente manera.

Hildegar Paplau (1952). Identificó cuatro fases en las relaciones interpersonales: Estas fases son secuenciales y se ocupan de las relaciones mutuas de carácter terapéutico entre las personas.

Lydia Hall (1955). A ella se debe la creación del término proceso de enfermería.

Kreuter, (1957). Describió las fases del proceso de enfermería, como coordinación, planificación y evaluación de los cuidados enfermeros, además de orientar a la familia y a la auxiliar de enfermería en la prestación de sus servicios.

Se consideró que eso mejoraba la práctica profesional.

Dorothy, E. Jhonson (1959). Consideró al proceso enfermero como valoración de las situaciones, toma de decisiones, realización de un conjunto de acciones diseñadas para resolver y evaluar los problemas de enfermería.

Ida Jean Orlando (1961). Considero que el proceso de enfermería era interactivo. Sostuvo que el proceso tenía tres fases: Comportamiento del cliente, reacción y acción de la enfermera.

Virginia Henderson (1965). Afirmó que el proceso de enfermería comprendía las mismas etapas del método científico.

Loretta Heidgerken (1965). Describió las fases del cuidado profesional enfermero como: evaluación de los comportamientos y las situaciones; reconocimiento de los sistemas físicos; diagnósticos de planificación, identificación de las necesidades y coordinación del régimen del cliente a través de todas las fases del cuidado.

Lois Knowels (1967). Introdujo un modelo de proceso llamado de las “5 D”, descubrir, profundizar, decidir, hacer y discriminar. Señaló que las enfermeras recogían los datos sobre la salud del cliente en las dos primeras fases.

Catholic University of EEUU (1967). Propuso cuatro componentes del proceso de enfermería: Valoración, planificación, intervenciones de enfermería y evaluación

Ernestine Wiedenbach (1970), Introdujo el modelo de los tres pasos en el proceso de enfermería; Identificar la ayuda necesaria, prestar esa ayuda y verificar que la ayuda fue proporcionada.

Ana Standard of Nursig Practice, (1973). Hizo referencia a las 5 etapas del proceso que actualmente conocemos. Valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

Como podemos observar, el Proceso de atención de Enfermería es el fruto de muchos años de investigación, mediante la interrelación y colaboración de especialistas en la materia. El proceso en nuestro país cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica, en nuestra región sólo se lleva en el Hospital Regional de Zamora y en las clínicas del IMSS, y comenzó a implementarse en el año 2009 en ambas instituciones.

DEFINICION Y OBJETIVO DEL PROCESO

El proceso de atención de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. “Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”⁷

“El objetivo principal del proceso de atención de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.”⁸

El proceso de atención de enfermería exige del profesional: habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud. Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

⁷ ALFARO Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, 4ª edición, España ,1999, pp 4.

⁸ IYER Patricia, Taptich BJ, Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3ª edición, Editorial McGraw Hill Interamericana, 1997, México, pp 11.

El proceso de atención de enfermería tiene como características: ser dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

- 1) Valoración
- 2) Diagnóstico de enfermería
- 3) Planeación
- 4) Ejecución
- 5) Evaluación.

PRIMERA ETAPA: VALORACION

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Realizar la valoración del estado de salud del usuario de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta, para su consecuente análisis.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico, laboratorio y otras pruebas diagnósticas); se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.

Los principales métodos empleados para la valoración del usuario son la observación, las entrevistas y las exploraciones.

LA OBSERVACION

La observación tiene como aspectos reconocer los estímulos, seleccionar, organizar e interpretar los datos (percibirlos).

Las observaciones de enfermería deben estar organizadas de manera que no se omita nada importante. La mayoría de las enfermeras siguen un orden especial y lo hacen centrándose en el usuario.

LA ENTREVISTA

Una entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de obtener información, de identificar problemas o preocupaciones.

Durante la fase de la valoración, el propósito principal de la entrevista es la recogida de datos.

Hay dos sistemas de entrevistas: el dirigido y el no dirigido.

La entrevista dirigida está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, al menos al principio haciendo preguntas cerradas. El cliente responde a las preguntas pero quizá no tenga la posibilidad de hacer preguntas o de comentar sus inquietudes.

Durante la entrevista no dirigida o entrevista para crear una relación de compenetración. La relación de compenetración es el entendimiento entre dos o más personas. La enfermera incita a la conversación haciendo preguntas abiertas.

Para una mejor obtención de los datos, se recomienda utilizar ambos métodos, el dirigido y el no dirigido.

LA EXPLORACION FISICA

Es un método sistemático de recogida de datos mediante la inspección, auscultación, palpación y percusión.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que en la práctica, la enfermera adquiriera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información. La secuencia a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden cefalocaudal, comenzando por el aspecto general desde la cabeza, continúa por cuello, tórax abdomen y extremidades superiores, inferiores y termina en los dedos de los pies.
- Criterios 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.
- Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud” establecidos por la NANDA: la recolección 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.

El proceso de valoración incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas:

1. Recogida de datos.

Consiste en reunir la información de salud de un usuario. Los tipos de datos que se obtienen de la valoración son:

- Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los

describe y verifica sentimientos. La información suministrada por los miembros de la familia, los demás allegados u otros profesionales de la salud si se basa en una opinión más que en los hechos.

- Datos objetivos: se pueden medir por una escala, norma o instrumento. Se pueden ver, sentir u oler, y se obtienen mediante la observación o exploración física.
- Datos históricos-antecedentes: Aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden: hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: Acontecimientos que están sucediendo en el momento de la valoración. Permiten comparar información actual con datos posteriores para determinar el progreso de la persona.

2. Organización de datos.

La mayoría de las escuelas de enfermería y los centros de atención sanitaria han desarrollado sus propios instrumentos de valoración estructurada y con estos se organizan dichos datos. En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas.

3. Validación de los datos.

La validación consiste en doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos. Por regla la enfermera comprueba la validez de los datos cuando hay discrepancias entre los que se han obtenido en la entrevista de enfermería y la exploración física.

4. Registro de los datos.

Este es el último paso de la valoración, el cual consiste en registrar los datos que se obtuvieron en la entrevista y examen físico. Debe incluir todos los datos sobre el estado de salud del usuario. “Para que la exactitud sea mayor lo mejor es que la enfermera registre los datos subjetivos utilizando las palabras del cliente. Expresar con otras palabras lo que alguien dice aumenta la probabilidad de modificar el sentido original.”⁹

SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El diagnóstico enfermero es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad, que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o la vida. Es un enunciado que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de enfermería.

⁹ KOZIER.- Fundamentos de Enfermería Volumen 2, 7ª edición, editorial Interamericana, Madrid, España 2005, pp 112.

El uso de los diagnósticos enfermeros es fundamental en el desempeño diario de la profesión. La valoración y el diagnóstico de las personas, las familias y las comunidades estimulan el pensamiento crítico.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

DIAGNOSTICO REAL

El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales.

DIAGNOSTICO DE RIESGO

Las enfermeras siempre han sido responsables de identificar las personas, las familias y comunidades en riesgo. Un diagnóstico de riesgo describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia y comunidad vulnerables. Se sustenta en los factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Las intervenciones que el personal de enfermería realiza para alcanzar los resultados deseados se basan en estos factores influyentes.

DIAGNOSTICOS DE SALUD O BIENESTAR.

Un diagnóstico que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud, pero puede alcanzar un nivel mayor.

ESTRUCTURA DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

Para redactar un diagnostico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA.

El enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de salud se escriben como enunciados de una sola parte; los de riesgo constan de dos partes (los problemas y los factores de riesgo relacionados con el mismo) y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, signos y síntomas).

Actualmente el libro de la NANDA 2009-2011, para realizar un diagnóstico real, aconseja buscar una etiqueta diagnóstica adecuada, la cual se une a los factores relacionados con las palabras “RELACIONADO CON”, y éstos se unen con las características definitorias mediante palabras “MANIFESTADO POR”.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes: (riesgo de) etiqueta “RELACIONADO CON” factores de riesgo. Los factores de riesgo son aquellos que predisponen al individuo, familia y comunidad a un acontecimiento dañino.

En cuanto a la formulación de diagnósticos de salud éstos llevan únicamente un elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, y pueden encontrarse en la taxonomía como diagnósticos de salud. Sin embargo cuando los existentes no reflejan la situación del usuario pueden anteponerse unas de las siguientes frases: disposición

para mejorar (etiqueta), potencial de aumento de (etiqueta) o potencial de mejora de (etiqueta).

VALORACION E IDENTIFICACION DE LAS CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

Las características definitorias son las características de las personas, las familias y las comunidades que son observables y verificables. Sirven como claves o inferencias que se agrupan como manifestaciones de una enfermedad o estado de bienestar, o un diagnóstico enfermero.

HISTORIA E IDENTIFICACION DE LOS FACTORES RELACIONADOS

Los factores relacionados proporcionan el contexto para las características definitorias. Estos factores pueden describirse como antecedentes de, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o favorecedores del diagnóstico.

SELECCION DE ETIQUETA DIAGNOSTICA

“La etiqueta diagnóstica se selecciona basándose en dos características. Primeramente, la definición de la etiqueta debería transmitir una combinación de las características definitorias y los factores relacionados. Segundo, el diagnóstico seleccionado es el término junto con las características definitorias y los factores relacionados que encajan

con los datos obtenidos por el estudiante en la valoración o en la historia.”¹⁰

Los siguientes ejemplos ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:

1. Diagnóstico real:

“Desequilibrio nutricional por ingesta inferior a las necesidades, relacionado con factores económicos bajos manifestado por falta de alimentos”.

2. Diagnóstico de riesgo:

“Riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades, dieta y medicamentos”.

3. Diagnóstico de salud o bienestar:

“Potencial de mejora para favorecer la paternidad”.

Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de planificar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido.

¹⁰ NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011, España, 2010, pp. 25.

TERCERA ETAPA: PLANEACION

Inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planeación incluye las siguientes etapas:

1) Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.

2) Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema.

Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

3) Planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

PARA LA REALIZACION SE DEBERA CONSIDERAR LO SIGUIENTE:

Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales y físicas.

Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente, definidos de forma realista y mensurable, congruentes con el resto de tratamientos, planificados, que especifiquen el tiempo de consecución y dirigidos a maximizar la autonomía del paciente.

Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.

Estas intervenciones deben aplicarse con base en los datos obtenidos después de una buena valoración y de los conocimientos científicos vigentes.

Es importante revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.

Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.

CUARTA ETAPA: EJECUCION

Comienza una vez se hayan elaborado los planes de cuidados, se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.

2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.

3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al

mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a brindar cuidados paliativos ante una muerte próxima.

PARA LA REALIZACION SE DEBERA CONSIDERAR LO SIGUIENTE:

1. Mantener al día sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de cuidados con seguridad y efectividad.
2. Realizar las actividades respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados.
3. Llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica.

QUINTA ETAPA: EVALUACION

Es la última fase en el proceso de atención de enfermería, en ella se avalúan las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución, así como los objetivos y/o el plan de cuidados.

La evaluación en el proceso enfermero es útil para determinar el logro de los objetivos e identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado¹¹

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay respuesta satisfactoria, el enfermero debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas

La evaluación consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

La evaluación bien hecha se refleja en la superación del personal de enfermería, al utilizar su pensamiento reflexivo y su juicio crítico, permite la concientización de su papel. La evaluación es un incentivo para mejorar la enseñanza y el desarrollo del personal de enfermería. De una buena evaluación se espera que el paciente, la familia y comunidad reciban una mejor calidad de atención de enfermería.

¹¹ALFARO Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, 4ª edición, España, 1999, pp. 45.

EVENTO VASCULAR CEREBRAL

Un evento vascular cerebral (EVC), también nombrado como accidente cerebrovascular, ictus cerebral, apoplejía, golpe o ictus apopléjico, ataque cerebrovascular o ataque cerebral es la pérdida de funciones cerebrales producto de interrupción del flujo sanguíneo al cerebro y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada.

CLASIFICACION

Según su etiología, un EVC tiene dos variantes, isquémicos y hemorrágicos.

CUADRO CLINICO

Los síntomas de un accidente cerebrovascular son muy variados en función del área cerebral afectada. Desde síntomas puramente sensoriales a los puramente motores, pasando por los síntomas sensitivomotores. Los más frecuentemente diagnosticados son los siguientes:

- Pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, o parálisis en la cara (hemiparesia/hemiplejia).
- Dificultad para expresarse, entender lo que se le dice o lenguaje ininteligible (afasia).
- Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Mareos, cefalea intensa e inusual, casi siempre acompañado de otros síntomas.

- Pérdida de la visión en uno o ambos ojos.
- Además de las manifestaciones físicas, hasta un 50% de las personas que sobreviven a su ataque cerebral sufren depresión durante los primeros años.

No obstante, numerosos cuadros de EVC de baja intensidad y duración pasan inadvertidos por lo anodino de la sintomatología: parestesias, debilidad de un grupo muscular poco específico (su actividad es suplida por otros grupos musculares), episodios amnésicos breves, pequeña desorientación, etc. No sería muy descabellado decir que son estos síntomas menores los más frecuentes, teniendo una gran importancia, porque ponen sobreaviso de la patología subyacente de una forma precoz.

EVC ISQUEMICO

Un evento vascular isquémico, se presenta cuando la estructura pierde la irrigación sanguínea debido a la interrupción súbita e inmediata del flujo sanguíneo, lo que genera la aparición de una zona infartada y es en ese momento en el cual ocurre el verdadero "infarto cerebral" y se debe sólo a la oclusión de alguna de las arterias que irrigan la masa encefálica, ya sea por acumulación de fibrina o de calcio o por alguna anormalidad en los eritrocitos, pero generalmente es por arteroesclerosis o bien por un émbolo que procede de otra localización, fundamentalmente el corazón u otras arterias (como la bifurcación de la carótidas o del arco aórtico). La isquemia de las células cerebrales puede producirse por los siguientes mecanismos y procesos:

1. De origen vascular: Estenosis de las arterias por vasoconstricción reactiva a multitud de procesos ("vasoespasmos cerebral"). Con frecuencia se debe a una disminución del gasto cardíaco o de la tensión arterial produciendo una estenosis y su consecuente bajo flujo cerebral.
2. De origen intravascular:
 1. Aterotrombótico: Se forma un coágulo en una de las arterias que irrigan el cerebro, provocando la isquemia. Este fenómeno se ve favorecido por la presencia de placas de aterosclerosis en las arterias cerebrales.
 2. Embólico: El émbolo puede ser consecuencia de un coágulo formado en una vena de otra parte del cuerpo y que, tras desprenderse total o parcialmente, viaja hacia el cerebro a través del torrente sanguíneo, o bien otro material llegado al torrente circulatorio por diferentes motivos: fracturas (embolismo graso), tumores (embolismo metastásico), fármacos o incluso una burbuja de aire. Al llegar a las pequeñas arterias cerebrales el émbolo queda encallado cuando su tamaño supera el calibre de las mismas, dando lugar al fenómeno isquémico.
3. De origen extravascular:
 1. Estenosis por fenómenos compresivos sobre la pared vascular: Abscesos, quistes, tumores, etc.

EVC HEMORRAGICO

También se denomina hemorragia cerebral, y se debe a la ruptura de un vaso sanguíneo encefálico debido a un pico hipertensivo o a un aneurisma congénito. Pueden clasificarse en intraparenquimatosos y hemorragia subaracnoidea.

La hemorragia conduce al EVC por dos mecanismos. Por una parte, priva de riego al área cerebral dependiente de esa arteria, pero por otra parte la sangre extravasada ejerce compresión sobre las estructuras cerebrales, incluidos otros vasos sanguíneos, lo que aumenta el área afectada. Debido a las diferencias de presión osmótica, el hematoma producido atrae líquido plasmático con lo que aumenta nuevamente el efecto compresivo local. Es por este mecanismo por lo que la valoración de la gravedad y el pronóstico médico de una hemorragia cerebral se demora 24 a 48 horas, hasta la total definición el área afectada. Las causas más frecuentes de hemorragia cerebral son la hipertensión arterial y los aneurismas cerebrales.

TRATAMIENTO

El tratamiento de EVC debe iniciarse de modo urgente, ya que la medida terapéutica es asegurar la permeabilidad de la vía aérea y la función ventilatoria del paciente. La oxigenoterapia se reserva para pacientes con hipoxia, aunque se puede justificar su uso ante una disminución moderada de la saturación de oxígeno.

Los fármacos más empleados son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los antagonistas del calcio y los diuréticos. La hipotermia e hiperglucemia (mayor de 200-300 mg/dl) deben tratarse con antipiréticos, antibióticos e insulina. Los sueros glucosados deben evitarse, ya que facilitan la producción de ácido láctico e incrementan el daño isquémico. La rehabilitación y la movilización temprana son muy recomendables, dado que promueven la recuperación y disminuyen la incidencia de complicaciones.

La hipertensión intracraneal puede disminuirse elevando 30% la cabecera de la cama.

El empleo de fármacos antitrombóticos tiene como finalidad prevenir la formación y progresión trombótica. Este grupo de fármacos incluye el AAS, la ticlopidina, el copidogrel, y la heparina no fraccionada.

La resección quirúrgica del tejido infartado puede indicarse en algunos casos.

PRONOSTICO

El 25 % de los pacientes con EVC sufre empeoramiento clínico precoz y el 8 al 20 % fallece durante el primer mes. La mortalidad a los 5 años es del 40-60%. El 3-4% de los EVC recurre durante el primer mes, el 4-14% durante el primer año y el 25-30% durante los 5 años siguientes. El

pronóstico del EVC mejora si el tratamiento se inicia lo antes posible, especialmente si se lleva a cabo en una unidad de ictus.¹²

REHABILITACION

Se requiere de un programa de rehabilitación interdisciplinaria que provea una asistencia integrada para las personas que han sobrevivido a un ataque cerebral. Que atienda tanto los aspectos motores como los relacionados con el habla, los trastornos visuales, las actividades de la vida diaria y las secuelas incapacitantes como la espasticidad, para que el sobreviviente del EVC puedan alcanzar un grado de independencia suficiente como para retomar, al menos parcialmente, sus actividades habituales. Otro grupo que se ve afectado luego de un EVC son los familiares y amigos de la persona, quienes requieren de orientación sobre la mejor manera de acompañar a la persona que se está recuperando de su ataque cerebral.

PREVENCION

- Lo primordial es controlar los factores de riesgo asociados; fundamentalmente, son la tensión arterial, el colesterol y la diabetes.
- Evitar tabaco y alcohol.

¹² FARRERAS, Medicina Interna Volumen II, 15ª edición, editorial Elsevier, España, 2006, pp 1441.

- Hacer vida sana: ejercicio físico, dieta saludable rica en verduras, frutas y grasas polisaturadas con poca sal y evitando elevadas cantidades de grasas saturadas y azúcares.
- Seguir las recomendaciones del personal sanitario, quien posee información pertinente para mejorar la salud.
- Evitar el sobrepeso.
- Evitar deportes de contacto o sobreesfuerzos.

APLICACION DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

VALORACION DE LA USUARIA

Mercedes, femenina de 83 años, de clase social media-alta, viuda desde hace 8 años, con secundaria terminada y secuelas de Evento Vascular Cerebral. Menarca a los 11 años de edad, iniciando vida sexual activa a los 17 años, con una pareja; teniendo 11 hijos, de los cuales 10 aún viven.

Su procedencia es Tangancícuaro, Michoacán. Cuenta con todos los servicios básicos, agua, luz y drenaje. Habita en casa tipo urbano. Actualmente vive con su hijo de 35 años, el cual trabaja de lunes a sábado de las 7 a las 21 horas; por tal motivo tiene atención de personal de enfermería las 24 horas del día, además una hermana está apoyando en algunos momentos.

1. - Necesidad de oxigenación:

Frecuencia respiratoria 22 repiraciones por minuto, tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 78 pulsaciones por minuto. Con buen llenado capilar de 1 a 2 segundos; a la auscultación no se escuchan ruidos respiratorios anormales. La familia refiere que es asmática desde hace más de 40 años.

Secuelas de Evento vascular cerebral ocurrido el día 17 de febrero del 2011.

2. - Necesidad de nutrición e hidratación:

Su talla es 1.52 metros, y su peso de 57 kilos. Índice de masa corporal 18.75. Su reflejo de deglución está disminuido, por lo que se otorga dieta hiposódica y baja en grasas, licuada, por sonda nasoyeyunal 600 ml 4 veces al día, no tiene ingresos extra de líquidos y no presenta intolerancia o alergia a ningún alimento. Su dentadura es incompleta, teniendo únicamente 2 molares (primer y segundo molar en maxilar superior derecho), usa prótesis dental desde hace 15 años y actualmente por su estado de salud se mantiene sin ella.

3. - Necesidad de eliminación:

Sus hábitos intestinales son de 3 a 4 evacuaciones cada 24 hrs, de consistencia blanda, de color marrón, se encuentra con pañal. Ruidos peristálticos presentes y normales. Durante las noches se le administra medicamento laxante, cada tercer día (senósidos 100mg) debido a que sufre de estreñimiento. Se encuentra con sonda foley, teniendo una eliminación urinaria de 800 mililitros por día, siendo de color clara y olor normal.

4. - Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:

Se encuentra en cama, por lo que los familiares comentan que le realizan cambios posturales 3 o 4 veces al día (decúbito dorsal, semifowler, decúbito lateral izquierdo y/o derecho). Su fuerza muscular en las extremidades superior e inferior derechas es nula, con edema en muñeca

derecha por falta de movimiento. Sus extremidades superior e inferior izquierdas con la fuerza muscular disminuida. Tiene poco movimiento en cuello, músculos de la cara y boca.

5. - Necesidad de descanso y sueño:

Se mantiene casi todo el tiempo dormida durante el día y la noche. Por las noches se le administra medicamento sedante para conciliar el sueño (media tableta de clonazepam 2 mg). Esto debido a que por las noches se encuentra muy inquieta y para evitar que se quite la sonda nasoyeyunal.

6. - Necesidad de vestirse y desvestirse:

Viste de acuerdo a su edad, mostrando limpieza en su ropa y calzado. Es totalmente dependiente de su familia y personal de enfermería para vestirse y desvestirse, e influye una hija en la selección de las prendas. Su ropa es acorde al clima que se presenta.

7. - Necesidad de termorregulación:

Temperatura corporal de 36.4 °C. Experimenta sensación de calor/frío de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente, cuando siente calor se descubre y cuando siente frío trata de expresarlo cubriéndose nuevamente.

8. - Necesidad higiene y protección de la piel:

Se le realiza baño de esponja cada tercer día por las tardes y cambio de ropa diario; su aspecto físico es limpio, con buena implantación de cabello. Mostrando uñas y cabellos quebradizos, y manchas en el dorso de las manos por la edad. Su nariz se encuentra limpia, con mucosa íntegra. Mucosa oral deshidratada, lengua color blanquecina y con presencia de halitosis.

9. - Necesidad de evitar los peligros:

Diariamente se le toman signos vitales. La familia la lleva a sus revisiones médicas y están al pendiente de lo que necesita. Cuenta con cartilla nacional de vacunación de la mujer, con aplicación de antiinfluenza en diciembre del 2010. En su hogar cuentan con botiquín casero y con los medicamentos necesarios para su tratamiento. El entorno donde se encuentra es seguro, mostrándose libre de objetos en paredes y de conexiones eléctricas cercanas a la señora Mercedes. Se encuentra en una cama tipo hospital con barandales y con colchón de presión alterna para prevenir úlceras por decúbito. La habitación tiene iluminación adecuada, está libre de ruidos, humo y polvo.

10. - Necesidad de comunicación:

No tiene comunicación verbal, debido a que no puede hablar. Expresa movimientos significativos ante los cambios de temperatura o mueve la mano izquierda hacia arriba para avisar que evacuó. Sus sentidos de la

vista y el oído se encuentran con limitación, (no ve bien ni escucha correctamente del lado derecho de su cuerpo). Su familia comenta que anteriormente era una persona sociable y comunicativa.

11. - Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores:

Es de religión católica, a su lado tiene imágenes de santos. No puede acudir a las celebraciones religiosas. La familia utiliza objetos religiosos en la casa, con lo que demuestra su espiritualidad.

12. - Necesidad de autorrealización:

Mantiene limitaciones para realizar actividades de autorrealización.

13. - Necesidad de participar en actividades recreativas:

Mantiene limitaciones para realizar actividades recreativas. Antes de su actual padecimiento solía caminar y visitar a los familiares y vecinos; como método de distracción.

14. - Necesidad de Aprendizaje:

Su estado actual limita su aprendizaje, debido al deterioro sensorial y motor de su cuerpo.

OPERACIONALIZACION DE LOS DATOS

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
Oxigenación	Su tensión arterial 120/80 mmHg, Frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto, Frecuencia cardiaca 78 pulsaciones por minuto. Secuelas de EVC.	Asmática
Nutrición e hidratación	Su talla es 1.52 metros y su peso de 57 kilos. Alimentación con dieta licuada por sonda nasoyeyunal. IMC de 18.75 Deshidratación	

Eliminación	<p>Se encuentra con pañal.</p> <p>Se le administra medicamento laxante durante las noches.</p> <p>Sonda Foley a derivación.</p>	<p>Sus hábitos intestinales son de 3 a 4 evacuaciones cada 24 hrs</p>
Moverse y mantener posturas adecuadas	<p>Su fuerza muscular en la extremidad superior e inferior derechas es nula.</p> <p>Extremidades superior e inferior izquierdas con fuerza muscular disminuida.</p> <p>Edema en muñeca derecha.</p> <p>Presenta poco movimiento en cuello, cara y boca.</p>	<p>Los familiares comentan que le realizan cambios posturales 3 o 4 veces día</p>
Descanso y sueño	<p>Se mantiene casi todo el tiempo dormida.</p> <p>En las noches se le</p>	

	administra medicamento sedante.	
Vestirse y desvestirse	Viste de acuerdo a su edad, mostrando limpieza en su ropa y calzado. La familia y un personal de enfermería la visten.	Su ropa es acorde al clima que se presenta.
Termorregulación	Su temperatura corporal se encuentra dentro de los límites normales (36.4 °C).	Experimenta sensación de calor/frío de acuerdo con los cambios de temperatura.
Higiene y piel	Aspecto físico limpio sin mal olor corporal. Mucosa oral deshidratada, lengua blanquecina y halitosis. Baño de esponja cada tercer día.	

Evitar peligros	<p>Diariamente se le toman signos vitales.</p> <p>Cuenta con medicamentos necesarios para su tratamiento.</p> <p>El entorno libre de objetos en paredes y de conexiones eléctricas.</p> <p>La usuaria se encuentra en una cama tipo hospital con barandales.</p> <p>La habitación está iluminada, libre de ruidos, humo y polvo.</p>	La familia la lleva a sus revisiones médicas.
Comunicación	<p>No puede hablar.</p> <p>Expresa movimientos significativos ante los cambios de temperatura.</p> <p>Sus sentidos de la vista y el oído se</p>	Anteriormente era una persona muy sociable.

	encuentran con limitaciones.	
Vivir de acuerdo a creencias y valores	No puede acudir a las celebraciones religiosas debido a su estado. La familia utiliza objetos religiosos en la casa, con lo que demuestra su espiritualidad.	Es de religión católica
Autorrealización	Mantiene limitaciones para actividades de autorrealización	
Participar en actividades recreativas	Mantiene limitaciones para realizar actividades recreativas.	Antes solía caminar como método de distracción.
Aprendizaje	Su estado actual limita el aprendizaje, debido al deterioro sensorial y motor de su cuerpo.	

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Nutrición	Dependiente Por falta de fuerza
Eliminación	Parcialmente dependiente Por falta de fuerza
Moverse y posturas	Dependiente Por falta de fuerza
Descanso y sueño	Parcialmente dependiente Por falta de fuerza y de conocimiento
Vestirse y desvestirse	Dependiente Por falta de fuerza
Comunicación	Dependiente Por falta de fuerza
Creencias religiosas	Dependiente Por falta de fuerza

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ENCONTRADOS

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
NUTRICION	<p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</p> <p>CLASE 1: INGESTIÓN</p> <p>Deterioro de la deglución relacionado con disminución de la fuerza y movimiento de los músculos implicados en la masticación manifestado por dificultad para pasar alimentos y por la presencia de sonda nasoyeyunal para poder alimentarse.</p> <p>(NANDA 2009-2011, 75-76)</p>
ELIMINACION	<p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO</p> <p>CLASE 2: FUNCIÓN GASTROINTESTINAL</p> <p>Incontinencia fecal relacionado con lesión de los nervios motores superiores manifestado con evacuaciones involuntarias y uso de pañal.</p> <p>(NANDA 2009-2011, 107)</p> <p>DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</p> <p>CLASE 1 INFECCIÓN</p> <p>Riesgo de infección en vías urinarias</p>

	<p>relacionado con uso de sonda Foley.</p> <p>(NANDA 2009-2011, 303)</p>
<p>MOVERSE Y MANTENER POSTURAS</p>	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO</p> <p>CLASE 2: ACTIVIDAD/EJERCICIO</p> <p>Deterioro de la movilidad en la cama relacionado con deterioro cognitivo y falta de tono muscular manifestado con disminución de fuerza y dificultad para cambiar de posiciones por sí sola.</p> <p>(NANDA 2009-2011, 124)</p>
<p>DESCANSO Y SUEÑO</p>	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO</p> <p>CLASE 1: SUEÑO/REPOSO</p> <p>Trastorno del patrón del sueño relacionado con patología actual manifestado por administración de medicamentos sedantes, inquietud y ansiedad nocturna.</p> <p>(NANDA 2009-2011, 118)</p>
<p>VESTIRSE Y DESVESTIRSE/HIGIENE Y PIEL</p>	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO</p> <p>CLASE 5: AUTOCUIDADO</p> <p>Déficit de autocuidado: vestido y baño relacionado con deterioro musculoesquelético manifestado por</p>

	<p>incapacidad para realizar éstas actividades por sí misma.</p> <p>(NANDA 2009-2011, 152 y 154)</p>
COMUNICACION	<p>DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN</p> <p>CLASE 5: COMUNICACIÓN</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal relacionado con alteración del sistema nervioso central manifestado por imposibilidad para articular palabras y emisión de gemidos balbuceantes.</p> <p>(NANDA 2009-2011, 176)</p>
CREENCIAS Y VALORES	<p>DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES</p> <p>CLASE 3: VALORES/CREENCIAS/CONGRUENCIAS DE LA ACCIÓN</p> <p>Deterioro de la religiosidad relacionado con problemas de salud y ausencia de los familiares, manifestado por necesidad aparente del culto.</p> <p>(NANDA 2009-2011, 295)</p>

PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION DE NECESIDADES ALTERADAS

NECESIDAD: NUTRICION

Deterioro de la deglución relacionado con disminución de la fuerza y movimiento de los músculos implicados en la masticación manifestado por dificultad para pasar alimentos y por la presencia de sonda nasoyeyunal para poder alimentarse.

Objetivo: La señora Mercedes tendrá una alimentación adecuada en calidad y cantidad, mediante nutrientes ministrados por medio de sonda nasoyeyunal.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Elaborar dieta equilibrada de acuerdo a sus requerimientos.	“Las dietas restrictivas deben liberalizarse en los cuidados a largo plazo a menos que los hallazgos de la valoración clínica individualizada lo contraindiquen. La colaboración con el dietista colegiado ayudará a optimizar e individualizar el plan de	Se elabora la dieta, apoyado por un profesional del área de la nutrición para mejorar la calidad de la alimentación y es de 1100 calorías.

	asistencia nutricional” (Tabloski Patricia, Enfermería Gerontológica, 2010, Pág. 140)	
Establecer horarios para los alimentos.	Un grupo de expertos nutricionistas estadounidenses han llegado a la conclusión que los horarios de alimentación irregulares puede potenciar el exceso de peso. Según estos investigadores, una leve modificación en la hora de la comida influye en el peso corporal. (Salas Jordi, Nutrición y Dietética Clínica, 2008, Pág. 254)	Se implementaron los horarios para mejorar la nutrición en la usuaria, quedando de la siguiente manera: 7, 12, 18, y 23 horas.
Auscultar los sonidos intestinales antes de la alimentación.	La falta de sonidos intestinales puede indicar disminución o ausencia de peristaltismo, y riesgo aumentado de aspiración o distensión abdominal. (Potter Patricia, Fundamentos de Enfermería Vol II, 2002, Pág. 1392)	A la auscultación abdominal la perístalsis se encuentra presente por lo que la motilidad intestinal se encuentra aparentemente normal.

<p>Elevar la cabecera de la cama 30 a 45 grados cuando se administra la alimentación.</p>	<p>La elevación de la cabeza del cliente ayuda a prevenir la posibilidad de aspiración. (Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 840)</p>	<p>Se tolera la elevación de la cama, por lo que se deja en esta posición cuando se está alimentando y una hora después de que se le administro el alimento.</p>
<p>Administrar dieta por sonda 4 veces al día (600 mililitros cada ingesta).</p>	<p>“Los pacientes inconscientes o incapaces de comer debido a disfagia intensa, debilidad, íleo u otras razones, necesitaran alimentarse por sonda o nutrición parenteral. La iniciación precoz del apoyo nutricional debe considerarse una prioridad en el enfermo con alteraciones neurológicas. (Urden Linda, Prioridades en Cuidados Intensivos de Enfermería, 2001, Pág. 52)</p>	<p>La paciente recibe la dieta en el horario establecido y la tolera.</p>
<p>Proporcionar cuidados a la sonda</p>	<p>Las sondas de alimentación deben</p>	<p>Durante el tiempo de la utilización de la</p>

<p>nasoyeyunal para que siempre este limpia y libre de residuos.</p>	<p>enjuagarse tanto antes como después de administrar alimentos y medicamentos para evitar la obstrucción de la sonda con los precipitados.</p> <p>(Tabloski Patricia, Enfermería Gerontológica, 2010, Pág. 144)</p>	<p>sonda se mantuvo ésta limpia y libre de residuos, se pasaba agua después de administrar alimentos y medicamentos.</p>
<p>Vigilar la entrada y salida de líquidos cada 24 horas (control de líquidos).</p>	<p>Las entradas y salidas indican el equilibrio de líquidos, o el exceso de volumen de líquidos.</p> <p>(Potter Patricia, Fundamentos De Enfermería Vol. II, 2002, Pág. 1393)</p>	<p>Se observa un equilibrio en la entrada y salida de líquido a lo largo de los días a los que se le prestó atención intradomiciliaria, resultando ligeramente positivo.</p>
<p>Evaluar cada 15 días el estado nutricional de la usuaria.</p>	<p>La evaluación de la nutrición proporciona al personal de enfermería y otros miembros del equipo sanitario la información necesaria para planificar el cuidado y la instrucción del paciente.</p> <p>(Urden Linda, Prioridades En Cuidados Intensivos de</p>	<p>La evaluación del estado nutricional se realiza cada 15 días. En la cual la usuaria se mantiene dentro de límites aceptables.</p>

	Enfermería, 2001, Pág. 47-48)	
Cambiar la sonda nasoyeyunal cada mes.	Se recomienda cambiar la sonda de nutricional cada mes para evitar infecciones. (Tabloski Patricia, Enfermería Gerontológica, 2010, Pág. 140)	Se cambia de sonda por otra nueva cada mes, sin presentar complicaciones.

NECESIDAD: ELIMINACION

Incontinencia fecal relacionado con lesión de los nervios motores superiores manifestado con evacuaciones involuntarias y uso de pañal.

Riesgo de infección en vías urinarias relacionado con uso de sonda Foley.

Objetivo: Se disminuirá en la usuaria el riesgo de lesiones por la incontinencia fecal y la infección de vías urinarias por el uso de sonda vesical, mediante las intervenciones del personal de enfermería a cargo de su cuidado.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Vigilar continuamente el pañal para determinar si está sucio y cambiarlo.	Cuando el pañal está sucio se requiere de un cambio por uno nuevo; este proceso es generalmente realizado por una o dos personas. (Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería; 2007, Pág. 655)	Se mantiene limpia durante el día, no obstante durante las noches no le es cambiado inmediatamente el pañal, por lo que se dialoga con el demás personal para mejorar esta acción.

Colocar la bolsa recolectora de orina en lugar adecuado para favorecer la micción y la orina fluya por gravedad.	La bolsa recolectora debe de colocarse a un costado de la cama del usuario, y por debajo de la altura de la vejiga para que la orina descienda por gravedad. (Soldevilla María, Intervención en la Atención Higiénico Alimentaria en Instituciones, 2010, Pág. 41)	La bolsa recolectora se encuentra colgada a un costado de la cama, teniendo descenso la orina por gravedad.
Vigilar las características de las evacuaciones.	El observar las características de las heces, nos puede ser indicativo de una alteración en el sistema digestivo. (Ortíz de Zarate, Manual del Técnico Auxiliar en Geriátria, 2010, Pág. 144)	Las heces son constantes en consistencia, color y olor en la mayoría del tiempo que se prestó la atención. Se tuvieron dos periodos de diarreas pero se erradicaron y las heces regresaron a la normalidad.
Vigilar las características de la orina.	Las características físicas de la orina son color, olor, aspecto y densidad, el vigilar su aspecto ayuda a encontrar alteraciones. (Surós Antonio, Semiología	A la vista se observa la orina clara y el olor es poco concentrado.

	Medica y Técnica Exploratoria, 2001; Pág. 553)	
Hacer aseo de vulva de la paciente cada día a las 10:30 horas.	El método de limpieza reduce la transmisión de microorganismos al meato urinario para usuarios que lleven una sonda urinaria permanente limpiar el área. (Potter Patricia, Fundamentos De Enfermería Vol. II, 2002, Pág. 1280)	La vulva se mantiene limpia y libre de infecciones
Cambiar la sonda Foley cada mes.	Se recomienda cambiar la sonda Foley en intervalos de tiempo estandarizados de 15 a 30 días. (kozier Bárbara, Fundamentos de Enfermería Volumen II, 2005, Pág. 1316)	Se logró realizar el cambio de sonda Foley cada mes, sin alteraciones ni anomalías.

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER POSTURAS

Deterioro de la movilidad en la cama, relacionado con falta de tono muscular, manifestado con disminución de fuerza y dificultad para cambiar de posiciones por sí sola.

Objetivo: La usuaria mejorará la fuerza y tono muscular mediante ejercicios propuestos y guiados por el personal de enfermería, así como cambios de postura.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Cambiar de posición a la usuaria cada dos horas.	El cambio de posición del usuario cada dos horas para aliviar la presión sobre las prominencias óseas ha sido el enfoque preventivo tradicional. Un estudio observó que en los pacientes geriátricos en los que se realizaba un cambio regular de posición tenían menos incidencia de úlceras por compresión.	El cambio postural se volvió rutinario y puesto en práctica por el personal de enfermería que se encontraba a cargo.

	(Kelley William, Medicina Interna, 1992, Pág. 2686)	
Brindar alineación corporal correcta cada vez que se cambie de posición.	Un alineamiento correcto reduce la tensión sobre las estructuras musculoesqueléticas y el riesgo de lesiones, contribuye a mantener un tono muscular adecuado y al equilibrio y la conservación de energía (Potter Patricia, Fundamentos de Enfermería Vol. II, 2002, Pág. 1115)	Esto ayudó al descanso de la paciente, ya que la alineación mantuvo su equilibrio corporal, previniendo alteraciones musculoesqueléticas.
Diseñar un programa de terapia de ejercicios de rehabilitación.	La inactividad contribuye rápidamente al acortamiento muscular y a la aparición de cambios periarticulares y cartilagosos en la estructura de las articulaciones. Las contracturas comienzan a las 8 horas de inactividad (Ackley Betty, Ladwig G,	Se diseñó el programa y fue comunicado a las diferentes enfermeras para ponerlo en práctica, teniendo buenos resultados. Actualmente mueve tanto las extremidades superiores como inferiores, el edema de la muñeca bajó considerablemente.

	Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 922)	
Usar terapia de restricción inducida del movimiento, en la que la extremidad funcional es restringida intencionalmente y el usuario se ve forzado a usar la extremidad afectada.	Se estima que la terapia de restricción beneficia aproximadamente a la mitad de la población total con EVC. La plasticidad del cerebro permite realizar nuevas conexiones neuronales para retomar el trabajo del área del cerebro lesionada (Ackley Betty, Ladwig G, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 923)	Los ejercicios aumentaron el tono muscular, la zona afectada tiene ya movimiento aunque es escaso aún, por lo que el cuidado tuvo efectos benéficos.
Aplicar fomentos con agua tibia y favorecer la relajación muscular.	Los fomentos constituyen una de las formas más fáciles de relajar los músculos. El agua caliente, hace que haya más riego sanguíneo y favorece la oxigenación del músculo contraído. (Ackley Betty, Ladwig G, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 1127)	La relajación muscular con fomentos se realiza dos veces al día. A las 12 y 20 horas.

<p>Proporcionar masajes con cremas en todo el cuerpo cada tercer día, después del baño.</p>	<p>La presión suave y firme aplicada a los tejidos musculares favorece la relajación. El contacto continuo con la superficie de la piel es tranquilizador y estimula la circulación de los tejidos.</p> <p>(Potter Patricia, Fundamentos de Enfermería Vol. II, 2002, Pág. 1108)</p>	<p>Al realizar los masajes se observa que la usuaria se relaja y por lo tanto está tranquila.</p> <p>La utilización de cremas favoreció que su piel se encuentre hidratada, previniendo la resequedad.</p>
<p>Mantener las barandillas de la cama elevadas cuando la usuaria se encuentre sola.</p>	<p>Los barandales de las camas evitan que el cliente se caiga.</p> <p>(Potter Patricia, Fundamentos de Enfermería Vol. II, 2002, Pág. 1105)</p>	<p>Se mantuvieron las barandillas de la cama elevadas y no tuvimos incidentes con la usuaria.</p>

NECESIDAD: DESCANSO Y SUEÑO

Trastorno del patrón del sueño, relacionado con patología actual manifestado por inquietud y ansiedad nocturna.

Objetivo: La usuaria disminuirá el nivel de ansiedad e inquietud mediante intervenciones de enfermería y farmacoterapia indicada.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Ajustar la temperatura, la luz y el sonido de la habitación.	Las distracciones ambientales pueden evitar que el cliente se relaje. (Potter Patricia; Fundamentos de Enfermería Vol. II., 2002, Pág. 1108)	La temperatura de la habitación es adecuada, cuando hace frio se cierran las ventanas y cuando el clima es caliente se abren. La iluminación se encuentra con foco de baja intensidad por lo que no es muy molesto. Se disminuyen los ruidos en la casa poco antes del anochecer para que

		haya más tranquilidad y la señora Mercedes pueda conciliar mejor el sueño.
Poner música instrumental.	Se encontró que la intervención de la música tenía validez transcultural en la reducción de la ansiedad. (Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 266)	La usuaria escucha la música instrumental durante las noches, cada tercer día y le favorece para relajarse
Realizar lecturas de literatura por las noches cada tercer día.	Las actividades suaves como las lecturas disminuyen la estimulación del sistema de activación reticular y ayudan a que el sueño venga de manera natural. (Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 256)	Se hacen lecturas para la usuaria durante las noches, cada tercer día, resultando benéfico porque disminuye su ansiedad.
Ministración de medicamentos prescritos.	Un medicamento para dormir se debe administrar cuando el cliente está preparado para irse a la	Se proporciona media tableta de medicamento sedante

	<p>cama o en la hora adecuada para obtener máximo beneficio.</p> <p>(Potter Patricia; Fundamentos De Enfermería Vol. II., 2002, Pág. 923)</p>	<p>(clonazepam 1 mg) que es indicada por el médico a las 8 de la noche, esto sólo se realizó durante 10 días.</p>
--	---	---

NECESIDAD: VESTIRSE Y DESVESTIRSE/HIGIENE Y PIEL

Déficit de autocuidado, vestido y baño, relacionado con deterioro musculoesquelético, manifestado por incapacidad para realizar éstas actividades por sí misma.

Objetivo: Se brindarán los cuidados de enfermería a la usuaria para mantener la higiene corporal y uso de prendas de vestir limpias.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Ejecutar lavado de manos antes de realizar procedimientos en la usuaria, en caso necesario utilizar guantes.	“Lavarse las manos reduce la transmisión y diseminación de microorganismos” (Potter Patricia, Fundamentos de Enfermería Vol. II, 2002, Pág. 1116)	Con la higiene de las manos se elimina el riesgo de infecciones y de transmisión de microorganismos.

Realizar baño de esponja cada tercer día por las mañanas	<p>“el baño de esponja aumenta la intimidad y elimina la necesidad de mover al usuario al de baño de regadera; por lo tanto es una experiencia más calmante que la ducha”.</p> <p>(Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 296)</p>	Se realiza el baño de esponja y favoreció el bienestar físico y mejoró su estado personal manteniéndola limpia.
Mejorar la comunicación durante el baño.	<p>La mejora de la comunicación disminuye la agresión durante el baño e individualiza el cuidado.</p> <p>(Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 297)</p>	El hablarle cuando se le baña disminuye la tensión de doña Mercedes y se generó un ambiente de mayor confianza.
Examinar el estado de la piel durante el baño.	<p>La observación de la piel permite la detección de problemas cutáneos.</p> <p>(Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 297)</p>	La valoración continua del estado de la piel ayudó a mantener en buenas condiciones su piel y a reforzar la prevención de úlceras.
Colocar a la usuaria en posición	“La posición de semifowler evita que el	La correcta posición evitó complicaciones

semifowler para aseo bucal.	cliente se atragante o haga una aspiración” (Potter Patricia, Fundamentos De Enfermería Vol. II, 2002, Pág. 1116)	y permitió una adecuada posición para el aseo oral.
Realizar enjuague bucal después de cada comida.	El cuidado oral se ha de proporcionar al menos dos veces al día. Los cuidadores pueden adquirir soluciones orales para ello. (Potter Patricia, Fundamentos de Enfermería Vol. II, 2002, Pág. 1121)	Se realizó aseo bucal con agua y bicarbonato, con esto se previno la halitosis y mejoró el aspecto de la boca.
Cambiarle la ropa y sábanas diariamente.	“La enfermera suele hacer la cama por la mañana. Durante el día, la enfermera estira y arregla las sábanas cada vez que se aflojan o arrugan. También se debe inspeccionar las sábanas para determinar si hay en ellas partículas de alimentos después de las comidas o si están mojadas o sucias” (Potter Patricia, Fundamentos de Enfermería Vol. II, 2002,	El cambio de ropa y de sábanas se efectuaba diariamente generando limpieza y comodidad a la usuaria.

	Pág. 1132)	
Cortar las uñas a la usuaria cada 7 días.	<p>El corte recto previene la separación de los márgenes de las uñas y la formación de padrastrós afilados que irritan los márgenes laterales. El limado previene el corte de la uña demasiado cercano al lecho</p> <p>(Potter Patricia, Fundamentos de Enfermería Vol. II, 2002, Pág. 1113)</p>	<p>Se realizó corte de uñas, con esto la usuaria se mantuvo con una mejor higiene corporal, previniendo la acumulación de bacterias y el riesgo de lesiones.</p> <p>Las uñas se le cortaban una vez por semana en forma recta.</p>
Aspirar secreciones por razones necesarias	<p>El usuario con alteraciones neurológicas graves, no debe tragar las secreciones. Estas suelen contener bacterias gramnegativas que provocan neumonía si se aspiran hacia los pulmones.</p> <p>(Potter Patricia, Fundamentos de Enfermería Vol. II, 2002,</p>	<p>La usuaria se mantiene sin secreciones del tubo bronquial, mejorando la permeabilidad de las vías respiratorias.</p>

	Pág. 1115)	
Colocar a la paciente de lado (posición de Sims) con la cabeza completamente vuelta hacia el lado dependiente y la cabecera de la cama baja.	Permite a las secreciones drenar de la boca en lugar de almacenarse en la parte posterior de la faringe. Previene la aspiración (Potter Patricia, Fundamentos de Enfermería Vol. II., 2002, Pág. 1120)	Se mejora la salida del moco, apoyándose en la palmoperCUSión. Ayudo a expulsar las secreciones ya que la usuaria tiene el reflejo de tos.

NECESIDAD: COMUNICACION

Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con alteración del sistema nervioso central, manifestado por imposibilidad para articular palabras y emisión de gemidos balbuceantes.

Objetivo: Promoveré el nivel de comunicación con la usuaria mediante el estímulo de confianza enfermero-paciente que favorezca el proceso de relación entre ambos.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Valorar los movimientos faciales y corporales, para identificar sus expresiones.	El ser humano puede comunicarse de diferentes maneras, dentro de la comunicación no verbal se incluye toda aquella información que se transmite a través del cuerpo: gestos, expresiones faciales, mirada, postura corporal o movimiento. (Marti Gloria, Enfermería Psicosocial y Salud Mental, 2007, Pág. 207)	Se observó el rostro de la usuaria para ver las expresiones faciales e irme dando cuenta de sus formas de comunicación, así como de los movimientos de sus extremidades
Realizar contacto	En un estudio cualitativo,	Antes de realizar

<p>físico y verbal para establecer una forma de comunicación con la Señora Mercedes.</p>	<p>se encontró un aumento del bienestar psicológico a través de la interacción más humana y personal con la enfermera.</p> <p>(Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 371)</p>	<p>cualquier procedimiento siempre se le dijo a la señora Mercedes lo que se le iba a realizar y durante todo el proceso hubo acercamiento físico profesional.</p>
<p>Estimular a la usuaria para que inicie con la articulación de sílabas por medio del canto.</p>	<p>Con las palabras se pueden transmitir sentimientos. Al escoger palabras para el aprendizaje el personal de enfermería debe tener presente que sean sencillas.</p> <p>(kozier Bárbara, Fundamentos de Enfermería Volumen I, 2005, Pág. 387)</p>	<p>Al comienzo de este proceso la usuaria no podía articular ninguna palabra y al final ya lo hace.</p>
<p>Sugerir a los familiares que le demuestren afecto de forma verbal con palabras sencillas y con tono claro.</p>	<p>La familia proporciona el estímulo mediante vínculos de amor y confianza, brindando seguridad, lo que hace que el paciente se recupere.</p>	<p>La familia le expresaba afecto, amor y cariño cuando la visitaban o estaban participando en las intervenciones.</p>

	(kozier Bárbara, Fundamentos de Enfermería Volumen I, 2005, Pág. 275)	
Poner música que le agrada cuando estamos realizando alguna intervención.	La musicoterapia tiene el potencial de reducir signos fisiológicos de ansiedad. (Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 265)	Artistas como Javier Solís, Pedro Infante y Jorge Negrete han sido los artistas preferidos de doña Mercedes y son escuchados diariamente.

NECESIDAD: CREENCIAS Y VALORES

Deterioro de la religiosidad relacionado con problemas de salud y ausencia de los familiares, manifestado por necesidad aparente del culto.

Objetivo: Se favorecerá con la usuaria un ambiente idóneo para llevar a cabo actividades religiosas que contribuyan a su bienestar.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Investigar sobre sus prácticas religiosas y ayudarle a recuperarlas	La mayoría de las enfermeras no creen que las prácticas religiosas dificulten la salud. El respeto a las creencias del usuario facilita la confianza y la comunicación (Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 1094)	Investigue primeramente a que religión pertenece la señora Mercedes, y que tan participativa era ella en la misma. Conociendo esto se han brindado los cuidados otorgados en esta necesidad.

<p>Encender la radio los días domingos y escuchar la ceremonia religiosa por este medio</p>	<p>Los ritos y rituales religiosos mantienen la espiritualidad de los usuarios (Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 1094)</p>	<p>Se enciende la radio todos los domingos en punto de las 12 del medio día para escuchar la celebración religiosa católica.</p>
<p>Leer pasajes de la biblia que traten de la sanación de los enfermos</p>	<p>“Los adultos mayores a menudo conciben la religiosidad como una fuente de esperanza. Las creencias religiosas se asocian a niveles altos de bienestar” (Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007 Pág. 1095)</p>	<p>Todos los días durante las tardes se leen pasajes de la biblia, para continuar alimentando su espiritualidad.</p>
<p>Escuchar cantos religiosos</p>	<p>Alaben el nombre del Señor. Porque sólo su Nombre es sublime; su majestad está sobre el cielo y la tierra, y él exalta la fuerza de su pueblo. ¡A él, la alabanza de todos sus fieles, y de Israel, el pueblo de sus amigos! ¡Aleluya! (Salmo 148,13-14)</p>	<p>Durante las mañanas y tardes la paciente escucha cantos religiosos por periodos de una hora cada uno y son aceptados con gusto.</p>

Colocar a un costado de ella imágenes religiosas.	Tú que vives al amparo del Altísimo y resides a la sombra del Todopoderoso, di al Señor: "Mi refugio y mi baluarte, mi Dios, en quien confío". Él te librá de la red del cazador y de la peste pernicioso; te cubrirá con sus plumas, y hallarás un refugio bajo sus alas. (Salmo 91:1-4)	Se colocaron imágenes religiosa para aumentar la fe de la familia
Solicitar la presencia de un sacerdote para administrar los sacramentos.	El principal deseo expresado por usuarios hospitalizados, según declaraban personas de cualquier denominación o fé, era que su pastor/rabino/ consejero espiritual no les abandonara. (Ackley Betty, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 2007, Pág. 1095)	Acudió el sacerdote y la ungió, posteriormente acude a su casa un ministro para llevarle la comunión.

CONCLUSIONES

Durante la realización de este proceso de atención de enfermería pude acrecentar mis conocimientos acerca de cómo brindar mejores cuidados a una usuaria con secuelas de evento vascular cerebral, dándole un seguimiento y viendo su evolución durante varios meses.

Mi evaluación de los cuidados se vio reflejada en los resultados que obtuvo la señora Mercedes, la cual continúa mejorando día a día, aumentando su coordinación neuromuscular. La familia de la usuaria fue en elemento fundamental, el equipo de salud logramos que se involucraran totalmente en su proceso, que se turnaran para estar al pendiente de lo que se necesitara y sobre todo participaran en la realización de los cuidados que brindamos, porque le dieron seguimiento a este proceso enfermero; también se dieron la oportunidad de ser responsables con su familiar y estrechar relaciones favorables para ambos.

Dentro de los logros más significativos fue que el tono muscular del lado afectado aumentó de forma notoria, así como la realización de movimientos en las extremidades afectadas, los cuales son cada día con mayor facilidad. No presenta incontinencia urinaria ni fecal, le fue retirada la sonda Foley y por precaución aún usa pañal. Mejoró su deglución y actualmente consume dieta blanda. Además articula algunas palabras, mejorando su comunicación, expresa su gratitud por los

cuidados y por el apoyo espiritual y moral que ha tenido por medio del equipo de salud.

El reposo en cama es relativo y tiene movilidad en silla de ruedas. No presenta insomnio y son suficientes las terapias de relajación para conciliar el sueño, le fueron suspendidos los medicamentos que se administraban para este fin. No presenta ansiedad.

Tiene como actuales actividades recreativas escuchar música y llevarla a pasear por las calles o de visita en casa de sus familiares. Su recuperación es progresiva, por lo que mi proceso de enfermería tuvo éxito, ya que brindé cuidados de calidad y calidez a la usuaria.

No se ha estructurado un plan de alta porque continúo brindando cuidados a la señora Mercedes.

Los conocimientos que me dejó el presente trabajo fue la aplicación del proceso de atención de enfermería a domicilio. La reafirmación de la aplicación de cada etapa y la importancia de las mismas, mejorar la calidad de nuestros cuidados e incrementar la calidez en nuestra atención.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. Implementar el proceso de atención de enfermería en hospitales gubernamentales que no lo emplean y en clínicas privadas, para así favorecer la calidad de los cuidados otorgados. Pedir apoyo a directivos hospitalarios para la implementación del proceso de atención de enfermería.
2. Establecer un formato más amplio en las clínicas del IMSS para aplicación de proceso de atención de enfermería, esto debido a que el espacio que actualmente se le brinda a cada turno es muy pequeño y limita el registro de las diferentes etapas del proceso.
3. Mejorar la comunicación enfermero-paciente dirigiéndose con amabilidad, lenguaje claro y sencillo, favoreciendo un ambiente de confianza que permita crear un vínculo en el cual se expresen dudas, sentimientos y emociones, como un volver a los orígenes.
4. Reconocer en la persona su concepción holística, otorgando cuidados para satisfacer la mayor cantidad de necesidades o patrones de salud alterados, respetando ideas y formas de pensar.
5. Crear una coordinación con el equipo interprofesional comunicándose con lenguaje técnico, dando el valor que posee el proceso de atención de enfermería para un mejorar la salud del individuo, familia, y/o comunidad.

ANEXOS

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN APLICADOS A LA USUARIA

Debido al estado de la usuaria los ejercicios los debe de realizar con ayuda del enfermero poniendo especial énfasis en la parte afectada.

Se enseña a los familiares a la realización de los mismos, así como la importancia de ellos.

Al abordar la encontré que los músculos afectados se encuentran flácidos. Así que el brazo y la pierna afectados perdieron tono.

Se realiza estimulación táctil: cepillado táctil, toque ligero y percusión

Estimulación propioceptiva: vista, olor, oído y sabor

Las actividades propuestas son las siguientes:

Se colocan a ella constantemente objetos con colores llamativos, se enciende la televisión para que vea las imágenes que en ella se transmiten. Se le estimula el sentido del olfato colocándole cerca olores comunes. Al realizar las actividades se hace con la estimulación de la música clásica también sirviendo ésta como método tranquilizante.

- Abducción y aducción de ambos brazos
- Flexión y extensión del codo
- Flexión y extensión de muñeca

- Rotación izquierda y derecha de la muñeca
- Flexión y extensión de dedos palmares y plantares
- Abducción y aducción de extremidades inferiores
- Flexión y extensión de rodilla
- Flexión y extensión del tobillo
- Inversión y eversión de tobillo
- Mantener el pie afectado en un ángulo de 90 grados, mediante la ayuda de almohadas para prevenir el pie péndulo
- Colocar a la usuaria en decúbito lateral sobre el lado sano

Nota:

Los ejercicios fueron realizados en ciclos de 15 cada uno, tres veces al día.

GUIA DE VALORACION 14 NECESIDADES DE VIRGINIA
HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Edad: _____ Peso: _____

Talla: _____

Fecha de nacimiento: _____ sexo: _____ Ocupación:

Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora:

Procedencia: _____ Fuente de información:

Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la familia / persona
significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1 Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación,
eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor
asociado con la

Respiración: _____ Fumador:

Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia:

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:

Circulación del retorno venoso:

Otros:

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas
diarias: _____

Transtornos digestivos:

Intolerancia

alimentaria/alergias _____

—

Problemas de la masticación y deglución:

Patrón de ejercicio:

Objetivo:

Turgencia de la piel:

Membranas mucosas hidratadas7secas:

Características de uñas/cabello:

Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

Aspecto de los dientes y encías:

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:

Otros:

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y

Menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:

Uso de laxantes: _____ Hemorroides:

Dolor al defecar/menstruar/orinar:

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación:

Objetivo:

Abdomen/características:

Ruidos intestinales:

Palpación de la vejiga urinaria:

Otros:

Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de
temperatura: _____

Ejercicio/tipo y
frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable:

Objetivo:

Características de la piel:

Transpiración:

Condiciones del entorno físico:

Otros:

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana:

Actividades en el tiempo libre:

Hábitos de descanso:

Hábitos de trabajo:

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza:

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad:

Posturas:

Ayuda para la deambulación:

Dolor con el movimiento:

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia:

Estado emocional:

Otros:

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño:

Horas de descanso: _____ Horas de sueño:

Siestas: _____ Ayudas:

¿Padece insomnio?

A qué considera que se deba:

¿Se siente descansado al levantarse?:

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje:

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____

Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas:

Respuestas a estímulos:

Otros:

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?:

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?:

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?:

Objetivo:

Vestirse de acuerdo a su edad:

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado:

_____ Otros: _____

c) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del aseo:

Momento preferido para el baño:

Cuántas veces se lava los dientes al día:

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de
eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos
higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general:

Olor corporal:

Halitosis:

Estado del cuero cabelludo:

Lesiones dérmicas, qué tipo:

(Anoté su ubicación en el diagrama)

Otros:

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia:

Cómo reacciona ante una situación de urgencia:

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?:

En el hogar:

—

En el trabajo:

—

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?:

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida:

Objetivos:

Deformidades congénitas:

Condiciones del ambiente del hogar:

Trabajo:

—

Otros:

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive
con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares:

Otras personas que pueden ayudar:

Rol en la estructura familiar:

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado:

Cuánto tiempo pasa sola:

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo:

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa:

Dificultad en la visión: _____

Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas
significativas: _____

Otros:

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa:

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?:

Principales valores en su familia:

Principales valores personales:

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?:

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso):

¿Permite el contacto físico?:

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?:

Otros:

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo:

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo:

¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿Su remuneración le
permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?:

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?:

Objetivo

Estado emocional

calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/

Eufórico:

Otros:

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre:

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?:

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?:

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?:

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular:

¿Rechaza las actividades recreativas?:

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?:

Otros:

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación:

Problemas de aprendizaje:

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo:

Preferencias: leer/escribir:

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?:

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?:

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?:

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso:

Órganos de los sentidos:

Estado emocional/ansiedad/dolor:

Memoria reciente:

Memoria remota:

Otras manifestaciones:



Escuela de Enfermería de Zamora, A. C.

Incorporada a la U N A M **Martínez de Navarrete 611 Tel**
51- 2-07-60 Zamora Mich.

CLAVE 8723

La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723, autoriza su impresión de tesis A:

HERRERA TULE JUAN CARLOS

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO
A USUARIA CON DETERIORO GENERALIZADO POR
SECUELAS DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL**

Se extiende la siguiente a solicitud de la interesada para los usos legales que a ella convengan en la Ciudad de Zamora Michoacán, el día 29 del mes octubre del año 2011

ATENTAMENTE

LEO. Ignacia Escalera Mora

Dirección

BIBLIOGRAFIA

1. ECHEVERRI Cecilio, Enfermería Facultativa, 1ª edición; editorial Días de Santos, España, 2006, p.145-200
2. NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011, España, 2010
3. MARRINER, TA, Raile, AM. Modelos y Teorías de Enfermería. 6ª edición, editorial Elsevier, España, 2007, p. 7-15, 54-57
4. SMITH Sandra F, Duell DJ, Enfermería Básica y Clínica, 1ª edición, editorial Manual Moderno, México 1996, p. 555-557
5. ROSALES Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, editorial Manual Moderno, 3ª edición, México, 2004, p. 37-45, 125-165
6. HARRISON Tinsley Rundolph, Medicina Interna, 15ª edición, editorial Ediciones Científicas, México, 1979, p. 1316
7. BURKE Mary, Enfermería Gerontológica, 2ª edición, editorial Harcourt, Madrid, España, 1998, p. 317-386
8. ATKINSON Leslie D, Murray ME, Guía para la Planeación de los Cuidados, 1ª edición, editorial McGraw-Hill Interamericana, México, 1997, p. 200-225

9. MORAN AGUILAR VICTORIA, Mendoza R.A, Proceso de Enfermería, editorial Trillas, 2ª edición, México, 2006, p. 100-120
10. RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia; Proceso de Enfermería, segunda edición Ediciones Cuellar, México, 2000, p. 28-65
11. SALAS Jordi, Nutrición y Dietética Clínica, 2 edición, Editorial Elsevier, España, 2008 248-254
12. URDEN Linda, Stacy K, Prioridades en Enfermería de Cuidados Intensivos, 3 edición, editorial Harcourt; España, año 2002 p. 40-60
13. TABLOSKI Patricia, Enfermería Gerontológica, 2ª edición; editorial Peason, España, 2010 p. 140-150
14. POTTER Patricia; Perry A, Fundamentos de Enfermería Vol II; 5ª edición, editorial Elsevier; Madrid España, 2002, p. 1372-1406, 1104-1271
15. ACKLEY Betty, Ladwig Gail, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 7 edición; Editorial Elsevier, España, 2007 p. 262-300, 369-378, 472-479, 837-844, 901-942, 1093-1095, 1126-1127
16. SOLDEVILLA María, Intervención en la Atención Higiénico Alimentaria en Instituciones, 1ª edición; editorial IP, España, 2010, p. 8-92
17. ORTIZ Zarate, Manual del Técnico Auxiliar en Geriatría, 1ª edición; editorial MAD, España, 2010 p. 127-154

18. SUROS Antonio, Semiología Médica y Técnica Exploratoria, 2ª edición; editoria Elsevier, España, 2001 p. 535-572
19. KELLEY William, Medicina Interna, 2ª edición, editorial Panamericana, Madrid España; 1992, p. 2686
20. MARTI Gloria, Enfermería Psicosocial y Salud Mental, 1ª edición, Editorial Elsevier, 2007, p. 207
21. CREMADES Antonio, El Mar de la Tranquilidad; 1ª edición; editorial Argitalexia; España, 2009, p 12-35
22. Biblia Católica, Salmo 91 y 148
23. KOZIER Bárbara, Fundamentos de enfermería Volumen 2, 7ª edición, editorial Interamericana, España 2005, p 48-65, 90-195, 1287-1328.
24. FARRERAS, Medicina Interna Volumen 2, 15ª edición, editorial Elsevier; España 2006, p. 1435-1450
25. SUIVES Jurisdicción Sanitaria Número 2 del Estado de Michoacán
26. MARTINEZ Benítez, Sociología de una Profesión, 1ª edición, editorial Nuevo Mar, México 1985, p. 134-135
27. ALFARO Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, 3ª edición, editorial Mosby, España, 1999, p. 3-91

28. IYER Patricia, Taptich BJ, Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3ª edición, editorial McGraw Hill Interamericana, México 1997, p. 10-58