



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

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA INTRA
DOMICILIARIO A ADULTO MAYOR CON ALTERACION
EN LA NECESIDAD DE OXIGENACION RELACIONADO
CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL**

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

PRESENTA:

CARLA JANET CAMPOS DIAZ

Nº. CUENTA 407537336

ASESORA

**LEO. IGNACIA ESCALERA MORA
ZAMORA DE HIDALGO, 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 INTRA
DOMICILIARIO A ADULTO MAYOR CON ALTERACION
EN LA NECESIDAD DE OXIGENACION RELACIONADO
CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL**

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

PRESENTA:

CARLA JANET CAMPOS DIAZ

Nº. CUENTA 407537336

ASESORA

**LEO. IGNACIA ESCALERA MORA
ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN**

OCTUBRE DEL 2011

DEDICATORIA

Deseo dedicar éste trabajo de titulación proceso enfermero a mi padre que siempre creyó en mí, y me apoyo hasta impulsarme y valerme por mí misma, quien siempre me formo con su ejemplar vida, destacando los valores de responsabilidad, honestidad, amor por los demás y por su vocación.

A mi madre que siempre ha estado a mi lado en los momentos de felicidad, de tristeza, de logros, de fracasos y nunca se ha vencido para seguir aportándome su fortaleza y su gran amor.

A mis hermanos, siendo siempre guía en mi camino, ayudándome a descubrir nuevos conocimientos.

"Quien tiene un porque para vivir, encontrará casi siempre el cómo".
Nietzsche

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en general a mi familia, los hombres y mujeres de gran lucha que me han motivado a seguir por mis objetivos.

A mi escuela que me recibió y abrió sus puertas para dedicar grandes momentos de estudio, de compañerismo, de trabajo, de felicidad.

A mis maestros y madres que se interesaron por mi formación compartiendo sus conocimientos y motivándome a continuar e ir más allá por mí y por la profesión de enfermería.

A todas las enfermeras que ejercen su profesión y portan su uniforme con el mayor orgullo, entregando sus cuidados día a día en las diferentes instituciones de salud y ejercicio libre de la profesión, por su gran ejemplo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	9
METODOLOGÍA	10
1. MARCO TEÓRICO	11
1.1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA	11
1.2 ENFERMERÍA	14
1.3 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA	15
1.4 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	17
1.5 VALORACIÓN	18
1.6 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	22
1.7 PLANEACIÓN DE CUIDADOS	27
1.8 EJECUCIÓN DE CUIDADOS	31
1.9 EVALUACIÓN	32
1.10 FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON	33
1.11 ENVEJECIMIENTO	40
2. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	44
2.1 PROCESO ENFERMERO	44
2.2 ANEXOS	88
2.3 BIBLIOGRAFÍA	127

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Consiste en aplicar el método científico en la práctica asistencial enfermera. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Siendo su principal objetivo lograr la independencia del paciente con la aplicación de los cuidados que deben ser holísticos.

En el presente trabajo se describe el proceso de atención de enfermería intradomiciliario, que fue aplicado a un paciente de edad avanzada con diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y tres Eventos Vasculares Cerebrales, a quien se le brindaron cuidados integrales personalizados, basados en el modelo de Virginia Henderson y las 14 necesidades que éste incluye para la valoración del usuario.

Las intervenciones de enfermería se realizaron de acuerdo a las necesidades detectadas por medio de la valoración, así como la redacción de un plan de cuidados enfocado en aumentar la calidad de vida del paciente.

Una vez ejecutado el plan de cuidados obtuve una evaluación positiva de la salud del paciente. Logrando en él un estado de confort y alivio durante su padecimiento.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en la mayor parte de los países, los factores de riesgo responsables de la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas, son: la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia, la hiperglucemia, el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo y el consumo de tabaco, entre otros.

Las enfermedades cardiovasculares (EVC) y la diabetes, son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y gastos excesivos para su prevención y control. Afectan con mayor intensidad a los grupos de población de escasos recursos y las poblaciones vulnerables.

En nuestro país, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año.

La enfermedad cerebro vascular contribuye de manera importante a la carga de enfermedad en el mundo y en nuestro país. Esto se debe a su alta incidencia, a las secuelas incapacitantes que produce y a su importante letalidad.

En el grupo de personas de 65 y más años la EVC fue la tercera causa de muerte (sólo por abajo de la enfermedad isquémica del corazón y la diabetes) con una tasa de 387.9 por 100,000, contribuyendo al 8.2% de las muertes.

La mayoría de las muertes de la población en edad avanzada, hombres y mujeres, se deben a enfermedades isquémicas del corazón (15.2% y 13.9%); le siguen la diabetes mellitus y los tumores malignos.

Por lo anterior, las instituciones del sector, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud se han dado a la tarea de elaborar y actualizar las políticas y estrategias de prevención y control bajo un esquema sectorial que permita la conjunción de esfuerzos y organización de los servicios en los distintos ordenes de gobierno para una respuesta más organizada.¹

El objetivo de este trabajo es presentarles la importancia de la participación del personal de enfermería tanto en la prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes con la presencia de enfermedades crónico degenerativas, en especial la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y sus múltiples complicaciones que disminuyen la calidad de vida de nuestros pacientes, impiden su total independencia y aumentan sus posibilidades de muerte. Siendo un problema social en el que debemos trabajar desde el paciente, sus hábitos y costumbres y el entorno familiar.

¹Programa de Acción Específico 2007-2012; Diabetes Mellitus; Secretaría de Salud; Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 1ra edición 2008; México, D.F.; 84 PP.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Brindar al señor Diego una atención holística, en apoyo con sus familiares, cubriendo sus necesidades en base a la teoría de Virginia Henderson de las 14 necesidades.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades reales y potenciales del usuario Diego y familia.
- Establecer un plan de cuidados individualizados, priorizando las necesidades.
- Ejecutar el plan de cuidados, cubrir las necesidades y prevenir complicaciones.
- Favorecer la relación de sus cuidadores directos con el usuario y con el resto de la familia, creando un ambiente de seguridad para el señor Diego
- Crear un ambiente de gratitud y confianza en relación con el usuario Diego y su familia, respetando su individualidad, así como sus creencias y valores.
- Evaluación constante de las necesidades y revalorización de nuevos cuidados.

METODOLOGÍA

TIPO Y DISEÑO: Proceso de atención de enfermería basado en la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

OBSERVACIONAL Y A CORTO PLAZO: Se aplicó la observación directa al usuario, en un periodo que comprende del 18 de enero al 18 de febrero del año en curso.

MODELO DE RELACIÓN: Realizado en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, mediante la aplicación de guías de valoración que propone la misma.

GUÍAS DE VALORACIÓN: Se utilizan guías de valoración de acuerdo al modelo propuesto por Virginia Henderson.

TÉCNICA DE TRABAJO: Para complementar la valoración se emplearon la entrevista indirecta y la exploración física.

ENTREVISTA: Se complementa con la entrevista indirecta mediante preguntas sencillas de lo general a lo particular a su cuidador primario.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Se llevó a cabo la inspección, palpación, auscultación y percusión con el usuario, de forma céfalo-caudal.

MARCO TEÓRICO

1.1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

La enfermería se considera una actividad tan antigua como el hombre y estaría centrada en la esfera de lo individual, de lo tribal y de lo familiar.

La historia de la enfermería se inicia con una identidad esencialmente centrada en el hogar, en sociedades patriarcales donde la mujer está subordinada al hombre, que es quien asume el papel protagónico en la organización social. Sobre el final de la era pre cristiana en Roma se vislumbra cierto cambio en el rol de la mujer como consecuencia del alejamiento de los hombres de la vida hogareña, a causa de la búsqueda de mayor poderío económico y territorial.

Febe (60 d. C.) es la única mujer a la que se cita como diaconisa en el Nuevo Testamento (Romanos, 16, 1-2). Atendía a los pobres en sus hogares y con el tiempo se convirtió esta labor en parte primordial del trabajo de las diaconisas.

El cristianismo y su organización tuvieron vínculos históricos importantes con las prácticas de cuidados de enfermería desde los monasterios a través de las Órdenes Religiosas, así como desde la conquista de Tierra Santa con las cruzadas. La demanda de hospitales y sanitarios en las rutas seguidas por los cruzados propició la aparición de las Órdenes Militares dedicadas a la enfermería: los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, los Caballeros Teutónicos, y los Caballeros de San Lázaro. Entre los hospitales medievales donde se desarrollaban actividades de enfermería, se encuentran El Hotel-Dieu de París y Lyon, el Santo Spirito de Roma.

Entre los años 1500 y 1860, la enfermería tuvo su peor momento, debido a que la idea predominante era que la enfermería constituía más que una ocupación religiosa intelectual, por lo que su progreso científico se consideraba innecesario. Además, tras la Reforma Protestante se produjo una desmotivación religiosa para dedicarse al cuidado de enfermos entre las personas laicas y una relegación a antiguas pacientes, presas y otras personas de los estratos más bajos de la sociedad de la actividad de aplicar cuidados. Donahue denominó a este período la "Época oscura de la Enfermería".

El Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth, creado en 1836 por el pastor protestante Theodor Fliedner (1800-1864), supuso para la enfermería el inicio de una formación reglada, para enfermeras. Este hecho, acaecido en el ámbito protestante, puede suponer en un análisis superficial una contradicción; sin embargo, el propio caos y desorganización de los cuidados de enfermería protestantes fue lo que exigió una reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

Según Robinson, el libro *Notas sobre la enfermería (Notes on Nursing)*, publicado por Florence Nightingale en 1859, tras sus experiencias en la guerra de Crimea, supuso un texto de crucial influencia sobre la enfermería moderna. En 1860 se inauguró la Nightingale Training School for Nurses ("Escuela Nightingale de Formación para Enfermeras"), la cual constituyó una institución educativa independiente financiada por la Fundación Nightingale. La originalidad del proyecto fue considerar que debían ser las propias enfermeras las que formasen a las estudiantes de enfermería mediante programas específicos de formación y haciendo hincapié tanto en las intervenciones de enfermería hospitalarias como extra hospitalarias, para el mantenimiento y

prevención de la salud tanto del individuo como de las familias. Nightingale, reformadora del concepto de enfermería, le dio una nueva directriz a la ciencia del cuidado del ser humano, además de diferenciar lo que era medicina de enfermería desde el punto de vista de que la enfermería situaba al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuase sobre él en un ambiente limpio libre de agentes patógenos.

A principios del siglo XX, en los Estados Unidos se admitía, por lo general, que la legislación sobre la aprobación estatal para la Enfermería elevaría a las personas que la practicaban a un nivel profesional mediante el establecimiento de unas normas educativas mínimas para las escuelas de Enfermería. Sin embargo, a medida que la demanda de enfermeras crecía, se establecieron más escuelas de Enfermería de distinta calidad, circunstancia que hizo poco por mejorar el nivel de la profesión.

En la actualidad, en Estados Unidos se ofrece el doctorado académico y el doctorado en Ciencias de la Enfermería. Asimismo, este "doble doctorado" supone exigencias académicas que configuran, sin duda, el conocimiento de Enfermería y la identidad profesional. Para pertenecer a la Academia Americana de Enfermería (American Academy of Nursing) es necesario haber realizado trabajos de investigación inéditos que supongan un aumento del corpus de conocimientos de Enfermería. En España, la enfermería ha alcanzado su máximo desarrollo, pues es posible obtener el doctorado en Enfermería, que facilita la labor de investigación y consecuentemente el desarrollo de la profesión.²

²Historia de la enfermería: aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX; María Rosa Parentini; Trilce; 2002; Uruguay; 111 PP.

1.2 ENFERMERÍA

La enfermería es una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. Se ha considerado a la enfermería como arte, ciencia y profesión. Como arte, porque requiere y cuenta con un conjunto de habilidades, que depende del sello personal de quien las realice. Como ciencia, porque requiere de los conocimientos de la propia disciplina. La enfermería tiene como finalidad el cuidado de la salud individual, familiar y colectiva, por lo que se enfocará sus acciones a investigar y analizar las causas reales que provocan enfermedades, sobre todo en las clases trabajadoras y las menos protegidas, que forman la mayoría de los habitantes; lograr la participación de la comunidad en la detección de sus necesidades y problemas en la selección de alternativas para dar solución; asimismo, ayudar al grupo familiar a reconocer su responsabilidad, como unidad social, de contribuir al bienestar de su propia familia y de los demás; refrendar su papel en la atención del usuario, respetarlo como ser humano, biológico, pensante y capaz de sentir y participar a través de sus funciones específicas, en la dinámica que facilite el progreso individual, familiar y comunitario.

La enfermería es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuesta humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales; así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.³

³Fundamentos de Enfermería; María del Carmen Ledesma Pérez; Limusa; Noriega editores; 2004; México; 365 PP.

1.3 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Es un método sistemático y organizado que permite prestar cuidados individualizados, eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos, que precisa de teorías y conocimientos específicos. Para poder desarrollarlo se necesitan conocimientos, habilidades y una actitud determinada.

La actitud de la enfermera para el desarrollo del PAE se corresponde con el deseo y capacidad de cuidar, lo que implica: valorar qué es lo mejor para el paciente, respetar valores y creencias del mismo, implicación personal en el problema y una conducta profesional adecuada.

Los conocimientos de la enfermera para el desarrollo del PAE incluyen estudios en: promoción de la salud, crecimiento y desarrollo, salud mental/psiquiatría, ética y legislación, investigación, educación sanitaria, comunicación, resolución de problemas, tecnología, anatomía y fisiología, cuidados de enfermería, patología, modalidades diagnósticas, farmacología, microbiología, bioquímica, ciencias físicas y sociales, y el propio PAE.

Las habilidades de la enfermera para el desarrollo del PAE incluyen habilidades manuales para procedimientos técnicos, habilidades intelectuales para resolver problemas y tomar decisiones y habilidades interpersonales con el fin de establecer buenas relaciones con los pacientes, compañeros y resto del personal sanitario.

Los objetivos del PAE son promover, mantener y/o restaurar la salud proporcionando una muerte tranquila, permitir a las personas manejar sus

propios cuidados de salud-autocuidados, proporcionar unos cuidados de calidad a un coste efectivo y mejorar su estado de salud.

El proceso enfermero que consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. El proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. El proceso enfermero cuenta con las siguientes características:

Sistemático. El método consta de cinco pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

Dinámico. Está sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Humanístico. Debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad). Como enfermeras, debemos considerar la mente, el cuerpo, el espíritu.

Centrado en los objetivos (resultados). Los pasos del proceso enfermero están diseñados para obtener resultados de la manera más eficiente.

Intencionado. Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.⁴

⁴El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería; María de Jesús García González; Editorial Progreso; México, D.F; 2002; 146 PP

1.4 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Fue hasta mediados del siglo XIX con Florencia Nightingale; quien con justa razón es llamada la “Fundadora de la Enfermería Moderna”, que se empezó a reconocer la importancia de la contribución de la enfermera, en la prevención de la enfermedad y en la recuperación de la salud. La enfermería profesional requiere del proceso enfermero como método de atención, al permitir identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales e intervenciones individualizadas para la atención de calidad y holística del paciente, familia y comunidad. Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases. Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como un estándar para la práctica de esta profesión, su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica. Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras y en su aplicación durante la práctica.⁵

⁵El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería; María de Jesús García González; Editorial Progreso; México, D.F; 2002; 146 PP.

1.5 VALORACIÓN

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería.

Las valoraciones globales cubren todos los aspectos de un marco de valoración enfermera, como la valoración de los 11 patrones funcionales de salud para determinar el estado de salud de la persona, la familia o la comunidad. Es similar a la valoración de necesidades básicas, en el modelo de Virginia Henderson y da un panorama general de datos de dependencia o independencia en la satisfacción de las necesidades.

La valoración focalizada se centra sobre un grupo de signos que nos indican que existe un problema específico real o potencial. La valoración focalizada marca el camino para la valoración continuada. Si se ha identificado un problema real o potencial, deberán realizarse valoraciones periódicas para actualizar los datos.

RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta fase se reúne la mayor información posible, para tener una imagen lo más completa y apegada a la realidad, sobre los problemas del paciente. Se inicia en el primer contacto del paciente, con el sistema de salud. Puede ser en su domicilio, en la clínica, o al ingreso en el hospital.

Las fuentes de obtención de los datos son las siguientes:

- Paciente y su familia
- Medios: observación, entrevista, interacciones, valoración física.
- Registros médicos en el expediente y registros de enfermería.
- Bibliografía referente al problema.

VALIDACIÓN DE DATOS

La enfermera que realiza la fase de valoración, debe tener una base sólida de conocimientos relacionados con: las ciencias médicas y del comportamiento, la anatomía y fisiología, química, nutrición, microbiología, psicología, sociología y ética.

Estos conocimientos le ayudarán a realizar una valoración sobre el estado fisiológico, psicológico, socio-cultural y espiritual del paciente, formando una base para identificar los cambios en las valoraciones posteriores.

Los conocimientos de ética le ayudarán a tratar con respeto al paciente y a conducirse con propiedad, guardando absoluta reserva sobre los datos que le han sido confiados, o que ha recogido de los registros médicos.

ORGANIZACIÓN DE DATOS

La organización de los datos se realizará tomando como referencia valoración de las 14 necesidades básicas de salud, según el modelo de Virginia Henderson, y jerarquizándolas utilizando el modelo de Jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

Abraham Maslow. Psicólogo humanista, ha postulado que todos los hombres tienen ciertas necesidades básicas que pueden ser jerarquizadas en cinco niveles:

Necesidades físico-biológicas: Alimento, abrigo, descanso; como requisito indispensable para mantener la vida.

Necesidades de protección y seguridad: Cuando las necesidades fisiológicas están satisfechas, el hombre desea mantener lo que tiene; busca la seguridad, reacciona ante el peligro que lo amenaza o ante la privación.

Necesidades sociales: Cuando su medio ambiente es más estable, el hombre siente la necesidad social de pertenecer, de compartir, de asociarse para dar amistad y amor, busca amigos, familia, hijos.

Necesidades del ego: Están relacionadas con la autoestima: confianza en sí mismo, independencia, logro, conocimiento. La estima y respeto de los demás, basados en una capacidad real.

Necesidades de logro: Corresponden a lo que se denomina autorrealización, crecimiento, desarrollo, actualización. El hombre desea realizar en toda su plenitud sus potencialidades como ser humano.

Existe una complementación entre necesidades inferiores y superiores. Cada nivel de necesidades determina valores y patrones de comportamiento.

A nivel de supervivencia, los valores del hombre son la comida, vestido y habitación. Pero la persona requiere mucho más que eso para desarrollar sus potencialidades y para tener, en lo referente a la vida una salud óptima.

Maslow, afirma que la satisfacción de una necesidad, no es una fuente de motivación del comportamiento, cuando se satisface de manera continuada y sin gran esfuerzo. Por otra parte las necesidades de más alto nivel, sólo operan si las de menor nivel operan en forma continuada.

ANÁLISIS DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

En la recogida de datos es muy importante discriminar entre datos objetivos y datos subjetivos:

Datos objetivos son los que se pueden observar y/o medir, por ejemplo las cifras de temperatura. Se obtienen por medio del examen físico.

Datos subjetivos son los que reflejan una situación personal de los hechos o situaciones, por ejemplo, el dolor. Se obtienen mediante el interrogatorio. Los datos objetivos y subjetivos se complementan y clarifican mutuamente.

La comprobación de los datos, se realiza siempre que haya duda de que la información que hemos obtenido no se ajusta a la realidad. Puede suceder encontrarnos datos obtenidos que nos dan una impresión contraria a los que se presentan habitualmente.

COMUNICACIÓN O DOCUMENTACIÓN DE DATOS

El registro de la información es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. Los objetivos que persigue el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería. Si al realizar la historia de enfermería se encuentran datos significativos, se les debe dar atención inmediata.

Al realizar la historia clínica es útil que observe las siguientes recomendaciones:

- Anote el nombre de cualquier persona que no sea el paciente.
- Escriba con claridad y objetividad lo que ha observado.
- Escriba las afirmaciones del paciente usando sus propias palabras “siento el dolor como que me clavan un puñal”.
- Anote en primer lugar los datos más críticos, por ejemplo, signos vitales, medicamentos, alergias: por si tiene que interrumpir la actividad, estén ya disponibles y se continúe el tratamiento según las prioridades.
- Registre cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.⁶

1.6 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ETAPA DIAGNÓSTICA.

Los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación. Es la segunda etapa del proceso de enfermería. Una de las ventajas es que le facilitará la tarea de

⁶El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería; María de Jesús García González; Editorial Progreso; México, D.F; 2002; 146 PP.

informar sobre sus actividades a los familiares, a sus supervisores y al equipo de salud.

En este punto considero importante especificar las características que difieren en el diagnóstico médico y en el diagnóstico de enfermería, para tener mayor claridad a formular estos últimos.

El diagnóstico médico se centra en el proceso patológico de una enfermedad concreta. Las manifestaciones clínicas indican que requiere atención médica.

El diagnóstico de enfermería se basa en las respuestas del paciente, que pueden ser de tipo: fisiológico, espirituales y sociales. Se dirige particularmente a examinar las aéreas en donde se detectan funciones de enfermería de carácter independiente. Estas funciones son: prevención, educación para la salud, cambio de actitudes hacia la salud, o cambio de actitudes hacia el tratamiento, para su cabal cumplimiento.

El diagnóstico se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar y ser validados por el paciente cuando esto sea posible. Se basa en el grado de dependencia o independencia que tiene el paciente en cada una de las necesidades, según el resultado de la valoración. En esta fase se puede usar perfectamente la taxonomía diagnóstica I de la asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería. Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente.⁷

⁷ Diagnósticos enfermeros; definiciones y clasificación; nanda internacional; 2009-2011; librerías Odessa; España; 431 pp.

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en: reales, riesgo y bienestar.

FORMATO PES

Para escribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) para su descripción. Es una formulación en tres partes que incluye lo siguiente:

- El problema (P)
- La causa o etiología (E).
- Los signos y síntomas (características definitorias que son evidentes en el paciente (S)).

Este formato PES es valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas. Se ha venido practicando hace varios años en las escuelas de enfermería.

FORMATO NANDA

Cada una de las categorías aceptadas por la NANDA, consta de tres componentes: título, características definitorias y factores etiológicos o relacionados. Los tres componentes se describen de la siguiente forma:

Título (etiqueta). Descripción breve del problema de salud. Consta de dos partes unidas por la frase “relacionado con”. El problema de salud nos orienta hacia los objetivos que nos vamos a proponer en el plan de cuidados, que corresponden a la etapa de planificación.

Características definitorias. Grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.

Factores etiológicos y contribuyentes. Identifican aquellos factores situacionales, patológicos o de maduración que pueden causar el problema. Los factores etiológicos nos orientan sobre las actividades de enfermería.

El uso de una lista de diagnósticos aceptada internacionalmente, ayudará a las enfermeras a comunicarse entre sí mismo usando una terminología común. El sistema de diagnósticos de Enfermería de NANDA-Internacional nos brinda cinco categorías.

Diagnóstico real: una afirmación sobre un problema de salud que el cliente tiene y el beneficio de un cuidado de Enfermería. Ejemplo: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada con disminución de la energía y manifestada por una tos inefectiva.

DIAGNÓSTICO REAL

Es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia. Formulación diagnóstica en tres partes para los diagnósticos de enfermería reales.

- | | |
|----------------------|--|
| 1. Problema de salud | Alteración del mantenimiento de la salud. |
| 2. Etiología | Relacionado con desconocimiento de la enfermedad y sus complicaciones. |
| 3. Manifestado por | No asistir a control de su diabetes, lesión en pie y visión borrosa. |

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente, pero faltan para confirmarlo o descartarlo. Formulación diagnóstica en dos partes para los diagnósticos de enfermería de riesgo.

1.Problema Riesgo de alteración en la eliminación.

2.Factores contribuyentes Relacionada con falta de ejercicio por reposo en cama.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO una afirmación sobre problemas de salud que el cliente todavía no tiene, pero que está en un riesgo más que normal de desarrollarlo en un futuro cercano. Ejemplo: Riesgo de lesión relacionado con movilidad alterada y desorientación.

DIAGNÓSTICO POSIBLE: una afirmación acerca de un problema de salud que el cliente podría tener ahora, pero que el profesional de enfermería no puede establecer como real por no tener información suficiente. Ejemplo: Posible déficit de volumen relacionado con vómito frecuente durante tres días y manifestado por una disminución de la frecuencia cardíaca.

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME: usado cuando un grupo de diagnósticos de Enfermería son observados juntos. Ejemplo: Síndrome por trauma de violación relacionado con ansiedad acerca de problemas de salud potenciales y manifestado por ira, malestar genitourinario y patrones de sueño alterados.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR

Diagnóstico de bienestar: describe un aspecto del cliente que está a un bajo nivel de bienestar. Ejemplo: Potencial conducta infantil organizada, relacionada con prematuridad y manifestada por la respuesta a estímulos visuales y auditivos.⁷

1.7 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS.

En la fase de planificación se elabora un plan que responda a las necesidades del paciente, y que integre los tres tipos de funciones que ejecuta la enfermera. (Independientes, dependientes, interdependientes) así como las que el paciente puede ejecutar.

Este plan se actualizara de acuerdo con los cambios que se van presentando.

La planeación de la atención de enfermería al individuo, familia y comunidad requiere de una coordinación entre los integrantes del equipo de salud. Este nos hace ver al individuo como un ser bio-psico-social, a pesar de la diversidad de actividades que se registran. En adición, nos hace pensar en el cuidado que le debemos dar relacionado con los aspectos de promoción, prevención y restauración de la salud. Para que se utilice bien, exige que las políticas y filosofías de las instituciones permitan la integración de grupos heterogéneos de profesionales, técnicos y otro tipo de personal que tienen diferentes valores y actitudes, pero que juntos tratan de solucionar los problemas de salud del individuo, familia y comunidad. El Plan de Cuidados de Enfermería es el instrumento que dirige, en forma ordenada y continua, las actividades de

enfermería, hacia metas u objetivos establecidos específicamente para realizar con un individuo. Debe ser elaborado por la enfermera. El personal no profesional de enfermería puede contribuir en la elaboración del plan, pero es la enfermera quien lo elabora, lo interpreta, coordina y delega actividades y lo evalúa.

ESTABLECER PRIORIDADES

Prioridad es algo que de acuerdo a su posición, es considerado el más importante entre los varios elementos. Se trata de un proceso de decisión que clasifica el orden de los diagnósticos de enfermería en términos de importancia para el cliente.

Directrices para el establecimiento de prioridades:

1. Situaciones que amenazan la vida se debe dar máxima prioridad.
2. Utilice el principio de la cadena ABC (vía aérea, respiración, circulación)
3. Utilice jerarquía de necesidades de Maslow.
4. Tenga en cuenta algo que es muy importante para el cliente.
5. Problemas reales tienen prioridad sobre los posibles problemas.
6. Los clientes con condiciones inestables se debe dar prioridad a aquellos con condiciones estables.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si

el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

ELABORACIÓN DE OBJETIVOS

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos usted mide el éxito de un plan determinado, al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y son factores de motivación, al generar numerosas acciones en las enfermeras.

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema, y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos.
2. Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes.

DETERMINAR LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos, y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud

señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

1. ¿Cuál es el problema?
2. ¿Cuáles son sus factores relacionados o de riesgo?
3. ¿Qué se debe valorar antes, durante y después de realizar las acciones de enfermería?
4. ¿Qué acciones de enfermería específicas se tienen que realizar para prevenir o tratar la etiología del problema?
5. ¿Qué acciones de enfermería se tienen que incluir para consultar y derivar al usuario al profesional de la salud adecuado? Y ¿en qué momento?
6. ¿Qué anotaciones de enfermería se deben realizar?

Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen: el problema de salud encontrado, objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana, y el otro a una respuesta fisiopatológica; y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Son características de los planes de cuidados:

La individualidad, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/riesgo específicos, la participación del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la actualización con respecto a

los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la fundamentación científica de las acciones con fines didácticos y ser fuente de comunicación entre los profesionales de la enfermería.

1.8 EJECUCIÓN DE CUIDADOS

En la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener su salud, para recuperarse de la enfermedad (o a tener una muerte pacífica).

Las fases de planeación y ejecución tienen una relación muy estrecha y en la práctica se pueden encontrar dificultad en marcar la diferencia, la clave está en que durante la planificación se proponen las actividades, y en la ejecución se ponen en práctica; en los registros del plan de cuidado se anotarán las respuestas del paciente a las actividades de enfermería.

PREPARACIÓN

La planificación dirige la ejecución, que a su vez está determinada por la valoración continua del paciente.

INTERVENCIÓN

La fase de implementación del proceso enfermero es el inicio real del plan de cuidados enfermero. Los resultados del usuario se alcanzan mediante la ejecución de las intervenciones enfermeras. Durante esta fase la enfermera continúa valorando al usuario para determinar si las intervenciones son efectivas.

DOCUMENTACIÓN

La enfermera debería utilizar las herramientas de la institución para documentar y registrar los resultados de implementar las intervenciones enfermeras. La documentación también es necesaria por razones legales, porque en caso de conflictos legales si no se registró no se hizo.

1.9 EVALUACIÓN

La evaluación se hará según el grado de capacidad de actuación independiente. El niño y el inconsciente no pueden ser independientes por sí mismos, pero la madre y los familiares, si pueden aprender a darles los cuidados que necesitan de manera independiente, si reciben la orientación educativa oportuna por parte de la enfermera. Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. A la etapa de evaluación se le da el quinto lugar en el proceso de enfermería porque es el que le corresponde siguiendo un orden lógico en el ordenamiento de las etapas. En la práctica, puede decirse que es un proceso que inicia desde la etapa de valoración y retroalimentación cada una de las otras etapas. La evaluación del logro o no logro de los objetivos, es la clave para determinar la efectividad del plan. Esta evaluación o valoración, se debe hacer junto con el paciente. En la aplicación del modelo de Henderson, la evaluación se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto de los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados. La planificación del alta del paciente debe iniciarse tan pronto como sea posible en el plan de cuidados. Para que el paciente se prepare emocionalmente y para

determinar las acciones necesarias para la salida, con el menor riesgo de retroceder en el estado de salud.⁸

1.10FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson es una enfermera norteamericana. Nació en 1897, desarrolló su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingresó a la escuela de enfermería de la armada en Washington D.C. graduándose tres años más tarde. Inicó su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería. Cinco años después regresó a la universidad, donde obtuvo el grado de maestra en artes con especialización en docencia de enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica, volvió a la universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico y práctica clínica, por el periodo de 1930-1948.

Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Bertha Harem, que se publicó en español con el nombre de tratado de enfermería teórica y práctica y que sirvió de libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería.

El modelo de enfermería de Virginia Henderson ha sido calificado por las teoristas, en el grupo de la enfermería humanística, porque considera a la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.

⁸ Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de los cuidados Escrito por Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig; 7ma edición; ELSEVIER MOSBY; 2007; 1323 pp.

Supuestos

Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud. Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible. Cada individuo es una totalidad compleja (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales.

La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término éstas, para poder acceder a las demás áreas.

Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente. El termino independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios, para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.

Valores

La enfermera tiene una función propia, aunque comparte ciertas funciones con otros profesionales. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudara a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud. Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada. La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo como la enfermera. La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicios.

Concepto de enfermería

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

Henderson dice que la enfermera trabaja en una relación de interdependencia con otros profesionales de la salud, y compara las porciones de una tarta, con el grado de participación de los profesionales del equipo de salud en la atención del paciente. Las porciones de la tarta representa la porción más grande de la tarta al ir recuperando su independencia.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería. Ubica estos cuidados básicos en 14 componentes, o necesidades del paciente, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

Catorce necesidades básicas del paciente

- Respirar normalmente
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- Moverse y mantener una buena postura.
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal, dentro de límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de piel.
- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- Comunicarse con otros para expresar sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- Jugar y participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Persona

El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y su familia conforman una unidad.⁹

Salud

La considera un estado de independencia o satisfacción de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades. La salud. “Es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”.

Fuerza

La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no sólo fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

⁹El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería; María de Jesús García González; Editorial Progreso; México, D.F; 2002; 146 PP.

Voluntad

La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

Conocimiento

Hay conocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

Entorno

El medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Virginia Henderson, afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia. “La enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo.

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

1. La enfermera como sustituto del paciente.
2. La enfermera como ayuda del paciente.
3. La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

1. En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente”.
2. Como ayuda del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.
3. Como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, y junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

Henderson dice que “la enfermera es temporalmente, la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven”.

Henderson afirma: “para que una enfermera ejerza como experta por derecho propio y haga uso del enfoque científico para perfeccionarse, ha de tener el tipo de formación que solo se da en las instituciones de educación superior y en las universidades”. Esto es, la formación de nivel licenciatura, o el equivalente. Porque “la educación de la enfermera exige un entendimiento universal de los diversos seres humanos”.¹⁰

¹⁰El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson: propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería; María de Jesús García González; Editorial Progreso; México, D.F; 2002; 146 PP.

1.11 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento se define como la transformación del organismo humano tras la edad de la madurez física, de forma que las probabilidades de supervivencia disminuyen constantemente, lo que se acompaña de una permanente transformación del aspecto, la conducta, la experiencia y los roles social. La suposición de base de todos los especialistas de la teoría del envejecimiento es que todo lo que se observa o describe cambiará de alguna forma con el tiempo, la experiencia y la exposición al medio ambiente. El crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento se caracterizan por cambios; el estancamiento no es una característica vital.

Los científicos sociales coinciden por lo general en que la genética, es decir la herencia, es un factor importante para determinar la duración de la vida humana, aunque el entorno desempeña un papel importante en la modificación de las expectativas vitales. Dentro de los límites de la herencia, y a pesar de los factores ambientales que influyen en la vida, los científicos reconocen que las características controladas por la genética interaccionan con las características controladas por la genética interaccionan con las características biológicas de los individuos y con su conocimiento y actitudes sobre la vida: las características resultantes se conocen como cultura. La cultura se puede considerar como el ADN de la sociedad, es decir, el conjunto de roles, creencias y conductas que se transmiten de una generación a otra.

La literatura psicosocial de la gerontología contiene muchas opiniones estrechamente relacionadas, aunque diferentes, sobre el envejecimiento. Estas diferentes perspectivas coinciden en que, a medida que las

personas envejecen, cambian sus conductas, sus interacciones sociales y las actividades en las que participan.

En este punto, las visiones comunes divergen en una gran variedad de teorías, dos de las cuales se centran en sus interacciones sociales individuales (teoría del desligamiento) o en las actividades individuales (teoría de la actividad, denominada en un principio teoría implícita)

El personal de enfermería debe analizar detenidamente las teorías existentes para desarrollar ideas más específicas y reducir la complejidad y superposición entre las teorías definidas. El personal de enfermería debe mantener, y aumentar, el énfasis en la calidad de vida de los adultos mayores.

La sociedad debe desarrollar una opinión positiva sobre los adultos mayores y sus posibilidades de contribuir al desarrollo social, aunque al mismo tiempo se reconozca de manera realista la progresiva reducción de sus fuerzas.

El personal de enfermería debe incorporar el concepto de la individualidad de cada persona mayor, respetando la exclusividad de un ser humano cuya vida engloba valiosas experiencias y recuerdos que deben ser utilizados. El personal de enfermería debe reconocer las pérdidas físicas, psicológicas y sociales que experimentan todas las personas mayores.

ROLES FAMILIARES

Los importantes cambios experimentados en la composición de las familias, como el descenso en el tamaño de las mismas a causa de la menor cantidad de hijos, los cambios provocados por el número cada vez

mayor de divorcios y de segundos matrimonios y el número cada vez mayor de mujeres en la población activa, padres solteros y de familias unipersonales, harán necesario que se produzca adaptaciones en las vidas de los adultos mayores. Aunque estos cambios pueden parecer mareantes, es conveniente pensar que los adultos mayores de 70, 80 o más años han sobrevivido y se han adaptado a la depresión.¹¹

Pietro de Nicola (1979), cuando habla de la edad de interés geriátrico hace la siguiente clasificación:

1. 45-60 años: edad crítica o presenil.
2. 60-72 años: senectud gradual.
3. 72-90 años: vejez declarada.

La concepción de la salud que plantea una visión sistémica, considera al individuo como un elemento integrante de un todo y, a la vez, como un conjunto de elementos que interactúan para conseguir un objetivo común: el equilibrio. Este todo no es más que la suma de los elementos, y la interacción armónica de todos ellos permitirá al individuo mantenerse en salud.

En el hombre a lo largo del proceso de envejecimiento y debido a la propia evolución biológica reproducen unos cambios considerados normales, que será preciso conocer para diferenciarlos de cualquier proceso capaz de alterar la salud. Estas modificaciones constituyen uno de los principales motivos de atención de las enfermeras que cuidan a personas ancianas, ya que cualquier pequeña causa es capaz de romper el

¹¹Enfermería Gerontológica; cuidados integrales del adulto mayor; Mary M. Burke; 2da edición; Harcourtbrace; Madrid; España; 1998, 620 PP.

equilibrio funcional individual, dejando al anciano en una situación de inestabilidad o fragilidad.

Se considera anciano independiente aquel que es capaz de solucionar las dificultades que le presentan las actividades de la vida cotidiana, y anciano dependiente aquel que es incapaz de resolver dificultades que le genera la actividad cotidiana. Así, el anciano independiente utilizará los recursos de que disponga o que tenga a su alcance, para satisfacer sus necesidades vitales, mientras que el anciano dependiente no será capaz de ello. Si uno se toma el tiempo de sentarse junto a la cabecera de la cama de los moribundos, ellos son los que nos informan sobre las etapas del morir. Nos muestran de qué modo pasan por los estados de cólera, de desesperación, del « ¿por qué justamente yo? » y también la forma en que acusan a Dios, rechazándolo incluso durante un tiempo. Luego comercian con Él y caen seguidamente en las peores depresiones. Pero si a lo largo de estas fases están acompañados por un ser que les ama, pueden llegar al estado de aceptación.¹²

¹² Enfermería geriátrica; Misericordia García Hernández, María Pilar Torres Egea, Esperanza Ballesteros Pérez; Elsevier España ; 2da edición; 2004 ;196 PP.

2.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL SEÑOR DIEGO.

DATOS GENERALES

Se trata del señor Diego de 75 años, casado, escolaridad primaria terminada, de religión católica.

ANTECEDENTES.

Tiene como antecedente, hipertensión arterial sistémica, con 10 años de evolución controlada con enalapril 10 miligramos vía oral c/ 24 horas. El 8 de febrero del 2010 presenta Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) con hemiplejía, se interna durante 7 días en el hospital general de Zamora, es dado de alta con traqueotomía que se retira en un mes.

En septiembre del 2010 tiene caída desde su altura al levantarse al baño en su andadera, presentando fractura de cadera y evento vascular cerebral, se coloca prótesis de cadera, logra recuperarse y el día 15 de diciembre del 2010 sufre tercer evento vascular cerebral se desconoce si presentó traumatismo craneo-encefálico. Se interna en hospital general de Zamora, se traslada al Hospital Civil de Morelia, donde le realizan drenaje de hematoma cerebral, gastrostomía y colocan catéter subclavio, dura 3 semanas y lo refieren a Zamora para manejo por máximo beneficio.

ESTADO ACTUAL.

En Zamora se realiza alta por máximo beneficio con receta médica.

La nutrióloga explica al familiar la dieta los horarios, cantidades e ingredientes y preparación, se da cita para el 8 de febrero del 2011. El día 18 de enero del 2011 inicio los cuidados de enfermería en casa.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1.-Necesidad de oxigenación: Paciente con oxígeno por catéter nasal a 2 litros por minuto con dificultad respiratoria (24 respiraciones por minuto), hay disociación toraco-abdominal, se observan secreciones verdosas purulentas por boca, con palidez de tegumentos y mucosa oral deshidratada, con descamación de la lengua, mantiene su respiración con la cavidad oral abierta, tiene un llenado capilar a un segundo, tabaquismo positivo de 50 años.

Frecuencia Cardíaca de 72 latidos por minuto, Tensión arterial de 99/58.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación: Paciente con sonda de gastrostomía instalada el 18 de diciembre del 2010, pasando dieta licuada; con 9 rebanadas de pan tostado, 175 gr., de pechuga de pollo, leche light 3 tazas, 250 gr de manzana cocida, 250 gr de chayote cocido, 10 cucharaditas de aceite, 1500 ml, para pasar en 3 tomas al día cada 6 horas 8:00,14:00 y 20:00 horas.

Padece diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 15 años, tiene glicemia capilar de 375 mg/dl. Pesa 86 Kg. y una Talla de 1.90 m.

3.-Necesidad de eliminación: Tiene sonda Foley a derivación que se retira al tercer día. Su orina es café con sedimentos, drenando de 1300 a 1600 ml., por turno, evacua cada tercer día, sus heces son consistentes y oscuras. Hay edema en miembros torácicos.

4.-Necesidad de movilidad y postura: Se encuentra postrado, en estado de estupor, con rigidez en los 4 miembros. Presenta úlceras por presión de segundo grado en área coccígea y costado derecho bajo axila.

5.-Necesidad de descanso y sueño: Por encontrarse en un estado de estupor no se puede valorar la necesidad de descanso y sueño.

6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas: Necesita ayuda para vestirse y desvestirse. Se encuentra con su pañal y cubierto con ropa de cama.

7.-Necesidad de Termorregulación: Presento febrícula 37.8 C.

8.-Necesidad de Higiene y protección: Requiere de ayuda para su higiene personal, presenta una úlcera por presión sacra en estadio II, tiene sequedad en la piel y micosis en todas las uñas de los pies.

9.-Necesidad de evitar peligros: Catéter a subclavia y la sonda Foley que se retiran a los 3 días. Requiere precauciones para prevenir caídas.

10.- Necesidad de comunicarse: Al explorar los estímulos dolorosos tiende a dirigir la mirada hacia el explorador, no obedece órdenes.

11.- Necesidad de creencias y valores: Es católico, acostumbraba asistir a misa cada domingo con su familia. Tiene una hermana religiosa que lo visita y le ofrece la comunión espiritual por medio de oración todos los días.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse: Esposo, padre de familia, trabajaba en su casa fabricando mosaico y mármol, hasta hace 11 meses antes del inicio de su padecimiento.

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas: Le gustaba ir con su hijo a comprar tickets de pronósticos, jugar con sus nietos fútbol y cuidar a su nieta.

14.- Necesidad de aprendizaje: Los familiares contratan el servicio de enfermería por sentirse inseguros para cuidarlo en casa, quedando a cargo de su cuidado un hijo.

ANÁLISIS DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

<i>NECESIDADES</i>	<i>DATOS SUBJETIVOS</i>	<i>DATOS OBJETIVOS</i>
1.- Oxigenación	Tabaquismo desde hace 50 años. Secreciones verdosas en boca, palidez de tegumentos, mucosa oral deshidratada, descamación de la lengua, respiración con la cavidad oral abierta.	Catéter nasal a 2 litros por minuto. F/C 72 por min., T/A 99/58, F/R 24 por min., tiene un llenado capilar a un segundo.
2.- Nutrición e Hidratación	Sonda de gastrostomía.	Hipertenso hace 10 años, con diabetes hace 15 años. Glicemia capilar de 375 mg/dl. 86 Kg, 1.90 m.

3.- Eliminación	Sonda Foley a derivación, orina oscuro con sedimento. Heces consistentes.	Drenaje urinario de 1300 a 1600 ml., por turno.
4.- Movilidad y postura	Postrado con rigidez de los 4 miembros.	Ulceras por presión de II grado en área coccígea, y costado derecho bajo axila.
5.- Descanso y sueño	Estuporoso	
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	Se encuentra con pañal y ropas de cama.	
7.-Termorregulación	Febrícula	Temperatura de 37.8°C
8.- Higiene y protección de la piel	Sequedad en la piel, micosis en todas las uñas de los pies.	
9.- Evitar Peligros.	Requiere medidas de seguridad para evitar caídas	

10.- Comunicación	Dirige la mirada, al realizar estímulos dolorosos.	
11.- Creencias y valores	Católico, acostumbraba asistir a misa cada domingo con su familia	
12.- Trabajo y realización	Esposo, padre, abuelo. Trabajaba en su marmolería	
13.- Jugar y participar en actividades recreativas.	Le gustaba ir con su hijo a comprar tickets de pronósticos, jugar con sus nietos futbol.	
14.- Aprendizaje	Contratan el servicio de enfermería para sentirse seguros con sus cuidados en casa. Quedando a cargo de su cuidado un hijo.	

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDADES	JERARQUIZACIÓN	CONDICIÓN
1.- Oxigenación	1.- Oxigenación	Dependiente por falta de fuerza
2.- Nutrición e hidratación	2.- Nutrición e hidratación	Dependiente por falta de fuerza
3.-Eliminación	3.- Termorregulación	Dependiente por falta de conocimiento.
4.- Movilidad y Postura	4.- Higiene y Protección	Dependiente por falta de fuerza y voluntad.
5.-Descanso y sueño	5.- Movilidad y Postura	Dependiente por falta de fuerza, voluntad.
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	6.-Eliminación	Dependiente por falta de fuerza.
7.- Termorregulación	7.-Evitar Peligros	Dependiente por falta de conocimiento y voluntad.

8.- Higiene y Protección	8.- Usar prendas de vestir adecuadas	Dependiente por falta de fuerza.
9.-Evitar Peligros	9.- Aprendizaje	Dependiente por falta de voluntad
10.-Comunicación	10.- Comunicación	Dependiente por falta de fuerza
11.- Creencias y Valores	11.- Creencias y Valores	Dependiente por falta de voluntad y conocimiento.
12.- Trabajo y Realización	12.- Descanso y sueño	Dependiente por falta de fuerza.
13.- Jugar y Participar en actividades recreativas	13.- Jugar y Participar en actividades recreativas	Dependiente por falta de fuerza.
14.- Aprendizaje	14.- Trabajo y Realización	Dependiente por falta de fuerza.

JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES Y DIAGNÓSTICOS
DE ENFERMERÍA

<i>NECESIDAD</i>	<i>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</i>
1. Oxigenación	<p>Domino 11, clase 2, numero 00031.</p> <p>Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C movimientos limitados del propio usuario M/P mucosidad excesiva. (NANDA 2010-2011:315)</p>
2. Nutrición y Hidratación	<p>Dominio 2, clase 1, numero 00002.</p> <p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C daño cerebral, gastrostomía M/P incapacidad para ingerir los alimentos. (NANDA 2010-2011:75).</p> <p>Dominio 11, clase 2, numero 00046.</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea R/C incapacidad para la movilidad física M/P úlceras por presión en zona sacra y cadera de II grado. (NANDA 2010-2011:310).</p>

<p>3. Termorregulación</p>	<p>Dominio 11, clase 6, numero 00007.</p> <p>Hipertermia R/C enfermedad inflamatoria cerebral M/P temperatura de 37.8 °C.</p> <p>(NANDA 2010-2011:340).</p>
<p>4.- Higiene y Protección.</p>	<p>Dominio 11, clase 1, numero 00004.</p> <p>Riesgo de infección R/C catéter de gastrostomía.</p> <p>(NANDA 2010-2011:303).</p> <p>Dominio 11, clase 2, numero 00045</p> <p>Deterioro de la mucosa oral R/C barreras para el autocuidado M/P descamación, exudado blando.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 316).</p> <p>Dominio 12, clase 1, numero 00214</p> <p>Disconfort R/C incapacidad para moverse y adquirir una posición M/P fruncir ceño, gemidos, inquietud.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 348).</p>

	<p>Dominio 4, clase 4, numero 00108</p> <p>Déficit de autocuidado: Baño/Higiene R/C deterioro neuromuscular M/P estado de estupor.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 152).</p>
5.-Movilidad y Postura	<p>Dominio 4, clase 2, numero 00091</p> <p>Deterioro de la movilidad en cama R/C deterioro cognitivo M/P incapacidad para cambiar de posición por sí mismo en cama.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 124).</p>
6.-Eliminación	<p>Dominio 3, clase 1, numero 00016</p> <p>Deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo motor M/P incontinencia.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 91).</p> <p>Dominio 3, clase 2, numero 00014</p> <p>Incontinencia fecal R/C deterioro cognitivo M/P incapacidad para avisar.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 107).</p>

7.-Evitar Peligros	<p>Dominio 11, clase 2, numero 00155</p> <p>Riesgo de caídas R/C neuropatía.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 306).</p>
8.- Usar prendas de vestir adecuadas	<p>Dominio 4, clase 5, numero 00109</p> <p>Déficit de autocuidado: Vestido R/C deterioro cognitivo M/P incapacidad para ponerse y quitar prendas de vestir.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 154).</p>
9.- Aprendizaje	<p>Dominio 7, clase 7, numero 00061</p> <p>Cansancio del rol cuidador R/C responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas cuidador primario M/P falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 199).</p>
10. Comunicación	<p>Dominio 5, clase 5, numero 00051</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal R/C alteración de las percepciones M/P no poder hablar.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 176).</p>

	<p>Dominio 1, clase 2, numero 00080</p> <p>Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar R/C complejidad del sistema de cuidados de salud manifestado por actividades familiares inapropiadas para alcanzar objetivos de salud.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 67).</p>
<p>11.- Creencias y valores</p>	<p>Dominio 10, clase 3, numero 00066,</p> <p>Sufrimiento espiritual R/C incapacidad para participar en actividades religiosas M/P pérdida de habla y movimientos, daño neurológico.</p> <p>(NANDA 2010-2011: 298).</p>

PLAN DE CUIDADOS INTERDEPENDIENTE

DEL 18 DE ENERO AL DE 18 DE FEBRERO DEL 2011

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnóstico.- -Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C movimientos limitados M/P mucosidad excesiva.

Domino 11, clase 2, numero 00031, pagina 315.

Objetivo. El usuario Diego mantendrá la vía aérea libre de secreciones.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Aspiración de secreciones y limpieza de narinas.	La movilización periódica influye en la circulación, respiración, eliminación, apetito y estado anímico. (Fundamentos de enfermería; Susana Rosales Barrera; 3ra edición; pág.130.)	Se mantuvo la vía aérea libre de secreciones, logrando una respiración eficaz.
-Administración de oxígeno a 2 litros por minuto.	El catéter nasal suministra una concentración de 24% a 45%. (Kozier; 2002:11: 5ta edición).	El usuario logró autonomía para respirar, se inicia el destete del oxígeno.

<p>-Mantener en posición fowler o semifowler.</p>	<p>Facilita la máxima expansión pulmonar esto evita la elevación de la presión intracraneana. (Brunner, 2001: p. 569,579)</p>	<p>El usuario mejoró su respiración, y se mantuvo estable.</p>
<p>-Palmopercusión</p>	<p>Las secreciones retenidas impiden el intercambio de gases, pueden provocar neumonía y si no se resuelve puede ocasionar una septicemia o un paro cardiorrespiratorio por hipoxia. (Brunner, 2001: p. 603)</p>	<p>El usuario presenta campos pulmonares sin ruidos, mejoró su estado respiratorio, expulso secreciones durante los primeros días de la terapia. Se continúa la terapia, por su riesgo de movimiento.</p>

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico.- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C daño cerebral, gastrostomía. M/P incapacidad para ingerir los alimentos

Dominio 2, clase 1, numero 00002, pagina 75.

Objetivo.- El usuario Diego llevará control con el departamento de nutrición para valorar su estado nutricional, calidad de alimentación, nutrición e hidratación adecuada.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-El usuario Diego recibirá consulta el día 8 de febrero por nutrición.	Las tasas metabólicas disminuyen con la edad, cuando lo más frecuente es que disminuya la actividad física; por tanto los ancianos requieren menos calorías de las que necesitaban antes de llegar a esta fase de su vida. La pérdida del cónyuge, la ansiedad, la depresión, la dependencia de los demás y la disminución	El 8 de febrero recibió consulta por la nutricionista, la cual lo valoró y lo encontró en buen estado. El paciente tolera bien su dieta de 1500 Kcal.
-El día 26 de febrero revaloración por nutrición.		Mejoró su nutrición el usuario, tomo una buena coloración

	<p>de los ingresos son factores que influyen en gran medida en los hábitos alimentarios. (Fundamentos de enfermería; Kozier; vol.2; pág.1101).</p>	<p>ya que se encontraba pálido. Aumento la grasa subcutánea, se percibe menos el hundimiento de la cara.</p>
<p>-Cuidado de la sonda de gastrostomía</p>	<p>Es para establecer una vía para alimentar al paciente que no puede nutrirse por la boca y sea a largo plazo.</p> <p>(Dugas, 2000: p. 239)</p>	<p>El usuario no muestra datos de infección en la estoma.</p>
<p>-Posición semifowler.</p>	<p>El elevar la cabecera del paciente ayuda a que la alimentación fluya por gravedad.</p> <p>(Dugas, 2000: p. 239)</p>	<p>Se logró la recepción, contención y absorción de una dieta líquida. La posición semifowler ayudo a evitar el riesgo de presentar reflujo y broncoaspiración.</p>

<p>-Calentar el alimento a temperatura ambiente.</p> <p>-Dieta licuada inicial 1500 ml.</p> <p>-El día 8/02/11 se incrementa a 1800 ml.</p>	<p>Los alimentos calientes dan lugar al crecimiento de microorganismos y si esta fría disminuye los jugos digestivos causando vasoconstricción y puede provocar vaso espasmos.</p> <p>(Kozier, 2005: p. 1325)</p>	<p>El usuario Diego ha tolerado la alimentación, no presenta distensión abdominal, ni se perciben facies de dolor.</p>
<p>-Irrigar la sonda de gastrostomía con agua de 25 a 30 ml.</p>	<p>El objetivo es lavar su luz para conservarla permeable.</p> <p>(Dugas, 2000: p. 241)</p>	<p>La irrigación mantuvo permeable la sonda de gastrostomía.</p>
<p>-Toma de glicemia capilar cada 72 horas.</p> <p>-Ministración de medicamentos (metformina, glibenclamida).</p>	<p>Se puede producir hiperglucemia cuando el contenido en azúcar es demasiado elevado.</p> <p>(Fundamentos de enfermería; Kozier; vol.2; pág.1108).</p>	<p>Mantuvo niveles de glucosa ligeramente elevados.</p> <p>18/01/11=375mg/dl 21/01/11=205mg/dl 24/01/11=175mg/dl 27/01/11=180mg/dl 30/01/11=172mg/dl 2/02/11= 168mg/dl 5/02/11=164mg/dl 8/02/11=125mg/dl 11/02/11=140mg/dl 14/02/11=115mg/dl 17/02/11=107mg/dl</p>

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Diagnóstico. Hipertermia relacionado con enfermedad inflamatoria cerebral manifestado por presentar una temperatura de 37.8 °C.

Dominio 11, clase 6, numero 00007, pagina 340.

Objetivo.- El usuario Diego mantendrá dentro de los parámetros normales la temperatura corporal.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Valoración de los signos vitales.</p> <p>-Control térmico.</p>	<p>Para mantener los procesos fisiológicos normales del cuerpo.</p> <p>Cuando hay fiebre se debe tomar la temperatura corporal cada hora para evitar el riesgo de convulsiones.</p> <p>(Kozier, 2005: p. 543)</p>	<p>La fiebre la presentó en los primeros tres días de su egreso del hospital. Y por lo regular era más frecuente por las noches. Se llevó un control térmico.</p>
<p>-Eliminar el exceso de ropas.</p>	<p>Fomenta la pérdida de calor a través de la conducción y de la convección.</p> <p>(Potter, 2002: p. 703)</p>	<p>El eliminar el exceso de ropa como un recurso para disminuir la temperatura es bueno, siempre y</p>

	<p>Protegerse con la vestimenta y con las ropas de cama ayuda a las personas a protegerse del frío y a mantener la temperatura cuando su condición fisiológica es estable. (Potter, 2002: p. 703)</p>	<p>cuando esa elevación sea de un grado o menos. Temperatura inicial= 37.8°C 38.2°C- 36.3°C</p>
<p>-Ministrar Paracetamol 500mg por sonda de gastrostomía.</p>	<p>Está indicado en el tratamiento sintomático del dolor agudo y crónico de diversa etiología de intensidad leve a moderada como la cefalea, odontalgias, dolor muscular, lumbalgias, adyuvante en el tratamiento de la migraña, artritis y artrosis, así como en el síndrome febril. (PLM, CD interactivo)</p>	<p>Al administrar el medicamento se obtuvo una mejoría en un promedio de una hora, la temperatura disminuyó a 36.3 °c.</p>

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN

Diagnóstico. -Riesgo de infección R/C catéter de gastrostomía.

Dominio 11, clase 1, numero 00004, pagina 303.

Objetivo.- Se mantendrán las medidas asépticas en cada procedimiento invasivo en la sonda de gastrostomía.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Curación diaria de la zona de estoma, cubrir con gasas.</p> <p>-Manipulación con guantes.</p> <p>-Los 5 correctos en la ministración de los medicamentos por la sonda.</p>	<p>En las gastrostomías el cirujano coloca una sonda de plástico o catéter en el estomago. La abertura quirúrgica se sutura fuertemente alrededor de la sonda o catéter para impedir las pérdidas. La atención de esta herida quirúrgica antes de su cicatrización requiere asepsia quirúrgica.</p> <p>(Fundamentos de enfermería; Kozier; vol.2; pág.1109).</p>	<p>El usuario Diego se ha mantenido estable, con buena coloración en la zona de gastrostomía, y con temperatura normal, sin datos objetivos de infección.</p>

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN

Diagnóstico.- Deterioro de la mucosa oral R/C barreras para el autocuidado M/P descamación, exudado blando.

Dominio 11, clase 2, numero 00045, pagina 316.

Objetivo.- El usuario mantendrá su mucosa oral hidratada y limpia.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Colutorios diarios con bicarbonato de sodio. -Hidratación con gasa mojada.	Los clientes que sufren enfermedades graves, desorientados o en estado de coma, administración de oxígeno, es probable que desarrollen sequedad de las mucosas de la cavidad oral. (Kozier; vol.1; pág.799).	El usuario Diego mantiene su mucosa oral limpia, hidratada y sin heridas. La descamación se logró eliminar.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN

Diagnóstico. - - Disconfort R/C incapacidad para moverse y adquirir una posición M/P fruncir ceño, gemidos, inquietud.

Dominio 12, clase 1, numero 00214, pagina 348.

Objetivo.- El usuario Diego se mantendrá en el máximo confort

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Cambio de posición.	La movilización periódica influye en la circulación, respiración, eliminación, apetito y estado anímico. (Fundamentos de enfermería. Susana Rosales Barrera; 3ra edición; pág.130.)	El usuario con la movilidad se estimulo la circulación.
-Cambio de pañal constante.	La orina y las heces fecales producen humedad en la piel y existe el riesgo de infección. (Carpenito,2005: p. 447)	Manteniendo seco al usuario se favoreció a su confort.
-Ministración de analgésicos.	Los fármacos no opiáceos incluyen los fármacos antiinflamatorios no	Los analgésicos ayudaron a mantener al

<p>-Ministración de lidocaína en espray en curación de úlceras.</p>	<p>esteroideos, como paracetamol. Alivian el dolor actuando sobre las terminaciones nerviosas periféricas en la zona de la lesión, y disminuyendo el nivel de mediadores de la inflamación generados en la zona de la lesión.</p> <p>(Fundamentos de enfermería; Kozier; vol.2; pág.1055.)</p>	<p>usuario sin dolor.</p> <p>El usuario disminuyó las facies de dolor durante las curaciones con la utilización de lidocaína.</p>
<p>-Hablarle al usuario y proporcionarle un ambiente de seguridad y confianza.</p>	<p>El adulto mayor puede percibir el dolor como parte del proceso de envejecimiento. Puede tener una disminución en la sensibilidad o en la percepción del dolor.</p> <p>(Fundamentos de enfermería; Kozier; vol.2; pág.1041.)</p>	<p>Se ha mantenido una comunicación respetando al Sr. Diego su individualidad expresándole que se encuentra su familia.</p>

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN

Diagnóstico.- Déficit de autocuidado: Baño/Higiene R/C deterioro neuromuscular M/P incapacidad para lavarse el cuerpo.

Dominio 4, clase 4, numero 00108, pagina 152.

Objetivo.- El usuario Diego recibirá ayuda para la realización de su aseo personal.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Realizar baño de esponja.	El baño se elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células cutáneas muertas y algunas bacterias, estimula la circulación; aporta una sensación de bienestar. (Kozier, 2005: p. 768)	Favoreció el bienestar físico, aparte de mejorar el aspecto personal.

<p>-Mantener la temperatura ambiente de la habitación se encuentre entre 22 a 26 grados C.</p>	<p>Los pacientes con el daño neurológico son más susceptibles a la pérdida de calor corporal. (Potter, 2002: p. 1103)</p>	<p>Se utilizó agua caliente para estabilizar la temperatura de la habitación. No presentó hipotermia.</p>
<p>-Dar masaje.</p>	<p>Favorece la relajación, alivia la tensión muscular y estimula la circulación de la sangre. (Potter, 2002: p. 1103)</p>	<p>Los masajes favorecieron la circulación y evitaron la tensión muscular.</p>
<p>-Lubricar la piel, crema para diabético.</p>	<p>La aplicación de cremas puede ayudar a reducir la resequeidad. (Potter, 2002: p. 1103)</p>	<p>Se alivio la resequeidad de la piel que tenía, con lubricación diaria.</p>

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN

Diagnóstico.- Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física M/P úlceras por presión en sacro y cadera.

Dominio 11, clase 2, numero 00046, pagina 310.

Objetivos.- El usuario Diego se mantendrá en movimiento constante para favorecer la circulación de forma asistida.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Mantener la piel del usuario en todo momento limpia y seca.	La piel limpia y seca ayuda a prevenir infecciones en la piel como los hongos. (Carpenito,2005: p. 448)	La piel se mantuvo en buenas condiciones.
-Realizar cambios posturales cada 4 horas.	Se realiza para evitar úlceras por decúbito en las prominencias óseas donde se encuentra la mayoría del peso del cuerpo. (Carpenito, 2005: p. 448)	Esto ayudo a que descansara en varias posiciones y que el peso no estuviera en un sólo lado del cuerpo.
-Protección ósea con almohadillas.	Los protectores y almohadillas reducen la presión sobre los talones	Se logró proteger las zonas de riesgo de presentar

<p>-Colocación de colchón de agua.</p>	<p>cuando el cliente está en la cama. Los colchones especiales rellenos de agua, controlan la temperatura del agua. El aire forzado a presión y a una temperatura controlada circula por dentro de los millones de minúsculos glóbulos recubiertos de silicona. Disminuye la maceración de la piel por sus efectos secantes.</p> <p>(Fundamentos de enfermería; Kozier; vol.1; pág.844).</p>	<p>úlceras por presión y evitar el avance de las úlceras ya presentes.</p> <p>Una de las metas que se cumplieron fue la interacción con la familia y brindar educación para la salud.</p>
<p>-Colocación de parches hidrocoloides.</p>	<p>Hidrocoloides, son sellos adhesivos impermeables, pastas o polvos. Los sellos están diseñados para ser usados hasta 7 días y constan de dos capas.</p>	<p>Los parches utilizados fueron de gran ayuda en la protección de las heridas, en especial para no contaminarse con la orina y las heces.</p>

<p>-Debridar tejido necrótico y curación de heridas.</p> <p>-Aplicación de antibióticos tópicos.</p>	<p>La capa interna adhesiva tiene partículas que absorben el exudado y forma un gel hidratante sobre la herida; la película exterior sella el apósito.</p> <p>(Fundamentos de enfermería; Kozier; vol.2; pág.1436).</p> <p>La limpieza de las heridas tradicionalmente ha implicado la eliminación de los restos (materiales extraños, exceso de tejidos, tejidos necrosados, bacterias).</p> <p>(Fundamentos de enfermería; Kozier; vol.2; pág.1432.)</p>	<p>Las heridas se mantuvieron limpias, impidiendo su avance. No cicatrizaron por completo, se requiere continuar con las curaciones.</p>
--	--	--

NECESIDAD DE MOVILIDAD

Diagnóstico: -Deterioro de la movilidad en cama R/C deterioro cognitivo M/P incapacidad para cambiar de posición por sí mismo en cama.

Dominio 4, clase 2, numero 00091, pagina 124.

Objetivo.- El usuario recibirá ejercicios pasivos y cambios posturales para evitar la rigidez de los músculos.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Dar posición anatómica al paciente.	La alineación corporal reduce la tensión ejercida, sobre las estructuras músculo-esqueléticas, mantiene el tono muscular y contribuye a sostener el equilibrio. (Potter, 2002: p. 1009)	Esto ayudo al descanso del paciente ya que sólo en las noches se mantenía alineada de esta manera mantuvo su tono muscular y su equilibrio corporal.
-Realizar ejercicios pasivos. -Flexión y extensión.	Los ejercicios pasivos conservan la movilidad y evitan la rigidez articular. (Potter, 2002: p. 1563)	El usuario Diego logró mover su brazo derecho, y ya presenta fuerza en su brazo.

<p>-Separar los talones de la cama colocando una almohada.</p>	<p>El empleo de una almohada bajo la parte inferior de la pierna levanta los talones lo necesario como para que pase una hoja de papel entre el talón y la cama, con lo que no hay presión sobre los tejidos y el flujo sanguíneo se mantiene.</p> <p>(Potter, 2002: p. 1537)</p>	<p>Sus piernas se encuentran integras y humectadas. Mueve sus pies y sus dedos.</p>
--	---	---

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico. -Deterioro de la eliminación urinaria R/C deterioro sensitivo motor M/P incontinencia.

Dominio 3, clase 1, numero 00016, pagina 91.

Objetivo.- El usuario Diego se mantendrá limpio y seco.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Cuidado de sonda vesical Foley a derivación -Se retira sonda Foley a las 72 horas. -Colocación y cambio de pañal.	Consiste en un tubo de látex, de consistencia suave y flexible que cuenta con una luz y sirve para eliminar la orina cuando la persona tiene alguna limitación para ello. (Dugas, 2000: p. 266)	Se mantuvo con la sonda a derivación por tres días, se retira y se coloca pañal.
-Valorar las características macroscópicas de la orina.	Estos parámetros ayudan a determinar la función del tracto urinario. (Kozier, 2000: p. 1405).	La orina al inicio presentaba sedimentos y de coloración café. Ahora se encuentra color amarillo ámbar y cantidad abundante.

<p>-Administración de medicamentos; furosemida.</p> <p>-Se aplica cada 12 horas.</p>	<p>Diurético de asa de la familia de las sulfonamidas utilizado en el tratamiento del edema asociado a la insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis y enfermedad renal, incluyendo el síndrome nefrótico. También se utiliza en el tratamiento de la hipertensión ligera o moderada y como adyuvante en las crisis hipertensivas y edema pulmonar agudo. Pertenece al grupo de los diuréticos de alto techo.</p> <p>(PLM,CD interactivo)</p>	<p>Se ministro el medicamento evitando una retención urinaria y como tratamiento de la hipertensión arterial. Disminuyo su edema de miembros torácicos.</p>
--	--	---

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico.- Incontinencia fecal R/C inmovilidad y deterioro cognitivo
M/P incapacidad para avisar.

Dominio 3, clase 2, numero 00014, pagina 107.

Objetivo.- Se ayudará al usuario con su incontinencia fecal cubriendo su necesidad.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Observar las características de las heces.	Conocer las características de las heces ayuda a identificar las alteraciones. (Kozier, 2005: p. 1356)	La observación ayudó a descartar infecciones en el tracto intestinal.
-Mantener limpia la región perianal.	El aseo ayuda a evitar el riesgo de infecciones y da comodidad. (Dugas, 2000: p. 296)	Ayudo a que las heces no contaminaran y se mantuvo limpia la región perianal.
-Dar intimidad al usuario.	La intimidad es algo importante, por lo tanto hay que propiciarla. (Kozier, 2005: p. 1352).	Los familiares, sienten confianza y le proporcionan intimidad.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnóstico.-Riesgo de caídas R/C neuropatía.

Dominio 11, clase 2, numero 00155, pagina 306.

Objetivo.- El usuario Diego recibirá un ambiente de seguridad y confianza para evitar caídas

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Paciente acompañado.	El acompañante tiene la misión de servir de soporte afectivo al paciente, por tanto, las medidas preventivas de riesgos de caídas, nunca se pondrán o se quitarán, por el hecho de que el paciente este solo o acompañado. (Kozier, 2005: p. 752)	El paciente siempre está acompañado por sus familiares
-Administrar Difenilhidantoina (DFH). -Se administran 125mg cada 8 horas.	Para el control de crisis convulsivas, así como para la prevención y tratamiento de ataques ocurridos durante o posteriores a eventos neuroquirúrgicos. (CD,PLM)	Como protector neurológico. El usuario no presentó ningún accidente.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Diagnóstico.- Déficit de autocuidado: Vestido R/C deterioro cognitivo
M/P incapacidad para ponerse y quitárselas prendas de vestir.

Dominio 4, clase 5, numero 00109, pagina 154.

Objetivo.-Se ayudará al usuario con su vestido y acicalamiento

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Rasurar al usuario. -Corte de cabello. -Cambio de bata	La higiene personal, incluye la consideración de las preferencias personales del cliente, su estado de salud, y sus limitaciones. La incomodidad y el dolor disminuyen la capacidad para realizar el autocuidado. (Kozier, 2005: p. 752)	Se muestra mucho interés por la familia y cooperación. Se logró cubrir su necesidad, manteniéndose limpio y acicalado.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Diagnóstico. -Cansancio del rol cuidador R/C responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas cuidador primario M/P falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.

Dominio 7, clase 7, numero 00061, pagina 199.

Objetivo.- El cuidador primario se tomará un tiempo para él en apoyo de sus hermanos y el personal de enfermería.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Apoyo emocional</p> <p>-Apoyo en los cuidados de su familiar.</p> <p>-Delegar cuidados.</p>	<p>La enfermera de cuidados de la salud a domicilio es la proveedora del cuidado, la educadora y la abogada de los clientes y sus familias. La homeostasis psicológica o bienestar emocional se adquiere o se aprende a lo largo de las experiencias vividas. La familia es la unidad básica de la sociedad. (Kozier, Vol.1, PP. 313).</p>	<p>La familia en el inicio de los cuidados estaba con miedo, inseguridad, con la carga emocional y sin esperanzas. Y en momentos de estrés pierden fácilmente la calma, trabajé modulando las emociones. El ambiente familiar es más alegre.</p>

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Diagnóstico.- Deterioro de la comunicación verbal R/C alteración de las percepciones M/P no poder hablar.

Dominio 5, clase 5, numero 00051, pagina 176.

Objetivo.- Se promoverá la comunicación de sus familiares hacia su familiar, sin limitarse a la expresión verbal.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Valorar la conducta no verbal, el lenguaje corporal, postura, gestos.	Los sentimientos y las actividades se transmiten no sólo con palabras, sino también por la conducta no verbal. (Dugas, 2000: p. 125)	Se logró establecer una comunicación no verbal a través del tacto: brindando los cuidados con disposición de ayuda.
-Observar la expresión facial.	Esto es la forma más común de expresar sentimientos en forma no verbal ya que son un lenguaje universal. (Dugas, 2000: p. 125)	Se identificaron expresiones de dolor, molestia e incomodidad ante algunos procedimientos.

<p>-Sugerir a los familiares que le demuestren afecto al paciente.</p>	<p>La sexualidad cada vez se reconoce su importancia en el cuidado de los ancianos. Todos ellos; sanos o enfermos, necesitan expresar sus sentimientos, sexualidad no solamente incluye al acto del coito en sí, sino también el amor, el calor, el afecto, el compartir y el contacto.</p> <p>(Potter, 2002: p. 266)</p>	<p>La familia acude a visitarlo, le hablan y le dan cariños. Se mantiene acompañado.</p>
--	---	--

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Diagnóstico.-Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar R/C complejidad del sistema de cuidados de salud M/P actividades familiares inapropiadas para alcanzar objetivos de salud.

Dominio 1, clase 2, numero 00080, pagina 67.

Objetivo.- Integrará el personal de enfermería a la familia a los cuidados de su paciente.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
-Hablar con la familia y plantear la necesidad de apoyo para los cuidados y movilización de su papá.	La familia desempeña un papel importante a la hora de formar las creencias y las prácticas de salud de sus miembros. (Kozier, Vol.1, PP. 313).	Se logró hablar con tres de los hijos que no estaban integrados en los cuidados, y uno aunque no accedió por falta de tiempo integró a su esposa para apoyo de su papá.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Diagnóstico. -Sufrimiento espiritual R/C pérdida de habla y movimiento M/P dificultad para expresar su religiosidad.

Dominio 10, clase 3, numero 00066, pagina 298.

Objetivo.- El personal de enfermería acompañará a la familia para afrontar la enfermedad y el riesgo inminente de muerte.

PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Dar esperanza.</p> <p>-Orientación sobre el proceso de la enfermedad.</p>	<p>El conocimiento de la enfermedad permitirá a la familia pensar que su familiar vive con una enfermedad y no que muere con la enfermedad.</p> <p>(Potter, 2002: p. 617)</p>	<p>Se logró realizar un acompañamiento a los familiares; esposa y 5 hijos, aun falta de visitarlo el menor.</p>
<p>-Oración</p> <p>-Comunión espiritual dada por hermana religiosa.</p> <p>-Recibe visita del sacerdote.</p>	<p>El acto de orar proporciona la oportunidad de renovar su fe y la creencia de un ser superior.</p> <p>(Potter, 2002: p. 620)</p>	<p>Oran en familia y recibe la comunión espiritual por su hermana diario. Recibe el perdón por el sacerdote.</p>

CONCLUSIÓN

El proceso enfermero nos permite compartir y practicar nuestros conocimientos aprendidos, así como sensibilizarnos ante el estado de enfermedad o no enfermedad por la que el paciente está cursando, cumpliendo como enfermera diferentes roles como cuidadora, educadora, sustituta, satisfaciendo las necesidades afectadas del usuario y dar potencial a las no afectadas. Siendo nuestro principal objetivo lograr la independencia del paciente y aumentar su calidad de vida.

Fue un proceso muy personalizado, tuve la oportunidad de trabajar en su hogar y conocer a la familia.

La aplicación de enfermería se centra en las necesidades de los clientes individuales y sus cuidadores, como es el caso del Sr. Diego que es totalmente dependiente de sus familiares.

Es complicada la comunicación con el usuario y lograr identificar sus sentimientos, ya que él no puede comunicarnos su estado de dolor, de desesperanza, de confort, y por medio de los familiares, de acuerdo a sus gustos que el manejaba cuando aun no presentaba el deterioro cognitivo.

Logré apreciar su modo de supervivencia dependiente, y sin embargo en su rostro se observaba una paz interna, así como sus gestos de dolor en el momento que se realizaba algún procedimiento. Y hubo esa comunicación facial la que me permitió mantener una relación paciente-enfermera y en la que pude descubrir que como enfermera sustituta, el usuario tiene su individualidad y percibe el respeto que se le brinda.

Se mantuvo al paciente integrado a las actividades familiares, se mantenía siempre en compañía de algún familiar.

Se lograron los objetivos de educar a la familia, su cuidador primario logró realizar todos los cuidados sin dificultad, y aprendieron a vivir con la dependencia de su familiar, se detectó que el cuidador primario requería de más apoyo por sus demás familiares, y es necesario seguir trabajando el apoyo con sus demás hijos. Para evitar un problema posterior de cansancio del rol de cuidador primario.

El sufrimiento deja de ser en cierto modo sufrimiento en el momento en que encuentra un sentido, como puede serlo el sacrificio. El usuario Diego al pasar ésta enfermedad y con actitud positiva manifestada por su rostro tranquilo.

Al menos podía encontrar un sentido a su sufrimiento. Uno de los postulados, básicos de la logoterapia estriba en que el interés principal del hombre no es encontrar el placer, o evitar el dolor, sino encontrarle un sentido a la vida, razón por la cual el hombre está dispuesto incluso a sufrir a condición de que ese sufrimiento tenga un sentido.¹³

¹³ El Hombre En Busca De Sentido; Viktor E. Frankl; Barcelona; Editorial Herder; 1991; 137 PP.

2.2 ANEXOS

ÚLCERAS POR PRESIÓN

CONCIENCIA

Paciente inconsciente o comatoso

Es aquel paciente que tiene pérdida de consciencia y de sensibilidad. No responde a ningún estímulo.

Paciente letárgico

Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni el espacio. No responde a órdenes verbales pero puede responder a algún estímulo. No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo. También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad.

INCONTINENCIA

Paciente con incontinencia ocasional

Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado. Puede llevar un colector urinario.

Paciente con incontinencia urinaria o fecal

Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni dispositivo colector.

Paciente con incontinencia urinaria y fecal: Es aquel paciente que no tiene ningún control esfínter.

MOVILIDAD

Paciente con limitación ligera en la movilidad:

Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, etc.). No necesita ayuda para cambiar de posición.

Paciente con limitación importante en la movilidad:

Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas, como por causas propias (ACVA, amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejia), que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.

Paciente inmóvil o encamado 24 horas:

Es aquel paciente que tiene disminuida el máximo de su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse: es completamente dependiente.

NUTRICIÓN

Paciente con nutrición incompleta: Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteinemia). Puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso.

Tener un aporte deficiente de líquidos orales o parenterales. Por intolerancia digestiva crónica mantenida: diarrea y/o vómitos.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Realizar higiene diaria con agua y jabón neutro según procedimiento; así como baño local cuando:

- Se observe un área corporal húmeda. El paciente refiera molestias por humedad.
- Al realizar la higiene: eliminar pomadas y polvos.
- Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene.
- Aclarar y secar bien la piel, entre los dedos y pliegues.
- Aplicar vaselina tras la higiene o baño local en zonas potencialmente húmedas.
- Lubricar la piel con aceite de almendras tras el baño, utilizar compuesto lioídico tópico en zonas de riesgo.
- Masajear muy suavemente con el aceite de almendras tras la higiene. No masajear áreas rojas/eritemas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Proporcionar ropa limpia.
- Si el paciente presenta incontinencia: Aplicar sonda urinaria externa.
- Proteger con pañales absorbentes.
- Cambiar inmediatamente el pañal húmedo.

Prevenir y aliviar la presión y el rozamiento con los materiales con que cuenta el hospital: almohadas, piel de oveja, colchones, etc. Use una superficie estática si el paciente puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la úlcera por presión, o una superficie dinámica de apoyo, colchones de aire alternamente para enfermos de medio y alto

riesgo, si es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre las úlceras.

- Colocar apósitos hidrocoloides transparentes/extrafinos en puntos de fricción.
- Colocar almohadas.
- Cambiar postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche.
- Asegurar una hidratación adecuada del enfermo.
- Administrar suplementos hiperproteicos de nutrición enteral.

APÓSITOS BASADOS EN CURA HÚMEDA

Hidrocoloides/hidrorreguladores, en placa, en gránulos o en pasta (sólo ejercen su acción cuando se convierten en gel al absorber las secreciones de la herida).

Hidrogel en estructura amorfa o en placa (por su acción hidratante, facilitan la eliminación de tejidos no viables en el caso de las heridas con tejido esfacelado. Se tratan de geles acabados) y de rápida acción debridante.¹⁴

¹⁴Sáez de Parayuelo V. López E. Ginés P y otros. Prevención de las úlceras por presión con un apósito hidrocoloide extrafino. Enfermería clínica, noviembre diciembre 1995. 5(6): 243-249

2.3 PATOLOGÍA

En México, la enfermedad vascular cerebral se encuentra dentro de las primeras cinco causas de muerte. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 70 años y se asocia generalmente con otras enfermedades crónicas degenerativas como hipertensión arterial, diabetes Mellitus, síndromes coronarios y neoplasias.

Se estima que en nuestro medio aproximadamente entre el 70 y 80 % de los casos, se presenta como evento de isquemia cerebral y que su pronóstico y secuelas están relacionados con la oportunidad y precisión del tratamiento.

A nivel mundial se estima que representa el 10 al 15 % de los casos de EVC, su riesgo se incrementa con la edad y en México ocupa, la cuarta causa de muerte. Entre el 5 y 10% de los casos reportados son asociados a hemorragia subaracnoidea.

DEFINICIÓN

Se conoce como evento vascular cerebral agudo (EVC), a todos los trastornos en los cuales se daña un área del cerebro en forma permanente o transitoria a causa de isquemia cerebral o hemorragia (cerebral o subaracnoidea), y en los cuales uno o más vasos sanguíneos cerebrales presentan una alteración primaria por algún proceso patológico.

El EVC es una interrupción en el aporte sanguíneo a una región del cerebro que causa daño neurológico.

Enfermedad cerebral vascular

Infarto cerebral	Hemorragia cerebral
------------------	---------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de grandes vasos • Cardioembolismo • Enfermedad de pequeños vasos. • Infarto de causa desconocida 	Intracerebral	subaracnoideo
---	---------------	---------------

La enfermedad vascular cerebral se puede presentar de diferentes formas:

Enfermedad vascular cerebral isquémica EVCI:

La oclusión o interrupción por oclusión o estenosis de la circulación cerebral que provoca disminución en la perfusión con repercusiones dependiendo del sitio afectado.

Enfermedad vascular cerebral trombótica EVCT:

La alteración de fondo es provocada por material trombótico del sistema vascular venoso central y su presentación es similar al EVCI.

Enfermedad vascular cerebral hemorrágica EVCH:

Provocada por ruptura vascular cerebral con o sin la presencia de comunicación a los ventrículos.

Está puede ser:

Parequimatoso: Cuando existe evidencia de colección hemática dentro del parénquima cerebral y/o subaracnoidea.

Subaracnoidea: Su origen es ocasionado en su mayoría por ruptura de una malformación vascular cerebral que se localice en las cisternas de la base del cráneo y que puede extenderse al parénquima o región intraventricular o espacio subdural.

ETIOLOGÍA

La EVC es de origen multifactorial y tiene su origen de acuerdo al tipo y variedad clínica de presentación. Algunos autores han clasificado al EVC dependiendo de la causa que origina la oclusión o interrupción de la circulación.

EVC isquémico

Arterial y/o aterotrombótico: causado por trombos de fibrinoplaquetaria, generalmente asociada a disminución de la perfusión periférica, generalmente son de origen arterial.

Cardíaco: La alteración en la circulación es consecuencia de la liberación de émbolos que provienen del corazón. Están asociados con la presencia de arritmias, infarto de miocardio, hipertensión arterial y RCCP.

Lacunares: Producidos por pequeños émbolos que producen infartos no mayores de 1.5 cts. Raramente están asociadas lesiones vasculares.

Causa desconocida: en 5 a 10% pacientes que desarrollaron EVC se llega a desconocer.

EVC trombótico

Aún cuando su etiología no está perfectamente definida, se estima que entre 25 y 30 % de los casos, se asocia con infecciones localizadas o sistémicas, en pacientes embarazadas y en puerperio, asociadas al uso de fármacos, neoplasias y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Principalmente y con mayor frecuencia se asocia a pacientes con trauma y de ellos el paciente con fracturas es el más estudiado.

EVC hemorrágico

Se clasifica considerando factores de enfermedades subyacentes:

Hipertensión arterial sistémica: causado por descontrol o presencia de emergencia hipertensiva. Es más frecuente en pacientes mayores de 50 años.

Malformación vascular cerebral: Se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, puede estar asociado con estrés o incremento de actividad física, se asocia a coagulopatías o empleo de fármacos (fibrinolíticos, dicumarínicos, heparina y antiagregantes).

Aún cuando existe un % importante relacionado con trombopenia primaria o secundaria.

Tumores: generalmente tumores primarios o secundarios ocasionada por metastásicos.

Quirúrgico (hiperaflujo): Causado por descontrol o presencia de emergencia hipertensiva. Es más frecuente en pacientes mayores de 50 años.

Arteriopatía amiloide: Es la causa que con más frecuencia se presenta en cirugía de malformaciones arteriovenosas.

Otras causas/misceláneos: Dentro de esta miscelánea se presenta en trombosis venosa profunda, asociado con el empleo de drogas (cocaína y alcohol).

Se clasifica

La EVC se clasifica según su presentación, mecanismo etiológico y tiempo de evolución. Se acepta definirla como:

EVC isquémico:

1. Infarto cerebral: Su inicio es agudo el cual persiste por más de 24 horas con la presentación de síntomas focales asociados a la disminución de circulación sanguínea y aporte de oxígeno a una zona del cerebro (SNC) y que se manifiesta por pérdida o alteración de alguna función cerebral.
2. Isquemia cerebral transitoria: Alteración aguda de duración inferior a 24 horas, generalmente menor de una hora. Se caracteriza por un evento de déficit focal neurológico o retiniano y que es producido por una disminución de circulación.

EVC trombótico:

1. Insuficiencia vascular venosa cerebral: Generalmente su presentación clínica es con síntomas precoces como cefalea. Se

acompaña de datos progresivos asociados a hipertensión endocraneana. Cuando se instala aparecen signos súbitos de déficit neurológico focal y/o crisis convulsivas que se parecen en su presentación a una oclusión arterial.

EVC hemorrágico:

1. Hemorragia cerebral parenquimatosa: Se presenta en forma súbita con déficit neurológico importante, el cual puede progresar en minutos u horas. No hay cambios o datos de mejoría y con frecuencia se presenta en pacientes despiertos o vigilia.
2. Hemorragia subaracnoidea: La cefalea intensa aparece de forma brusca, en forma secundaria con frecuencia se presenta náuseas y vómito, así como síndromes meníngeos, que pueden ser tardíos. Habitualmente es secundaria a la ruptura de una malformación vascular, que suelen localizarse en la base del cráneo con extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo.

FISIOPATOLOGÍA

El EVC isquémico agudo resulta de una interrupción abrupta del flujo cerebral focal. Angiográficamente el émbolo visible o la oclusión trombótica se han identificado como causa de EVC en un 70 a 80 % de los pacientes con síntomas muy severos.

La tasa visible de oclusión es probablemente más baja, en pacientes con EVC leves o síndromes lacunares clásicos. Otras causas de una disminución abrupta del flujo cerebral incluyen la oclusión de pequeñas arterias penetrantes o arteriolas, las estenosis arteriales únicas o múltiples de alto grado con pobre flujo colateral, la arteritis, la disección arterial, la oclusión venosa, la anemia profunda y la hiperviscosidad profunda.

La observación en modelos animales de isquemia global, ha demostrado que algunas neuronas del hipocampo que se deprivan de oxígeno, no mueren instantáneamente. Esta muerte celular retardada se ha confirmado en humanos. Es por ello de los esfuerzos de neuroprotección.

La cantidad normal de perfusión para la materia gris del cerebro es 60 a 70 ml/min/100gr de tejido. Cuando disminuye a menos de 25 ml, la neurona no es capaz de mantener el metabolismo aeróbico, desviándose hacia metabolismo anaerobio y generando ácido láctico, lo cual causa un cambio local en el pH extracelular; no se produce el ATP necesario para mantener las bombas iónicas y fracasan las bombas para mantener el equilibrio de Na, K, Cl. El edema celular ocurre por la entrada de agua y sodio, proceso conocido como edema citotóxico que puede medirse indirectamente por resonancia magnética con difusión de peso, y que se observa como una hipodensidad en la tomografía, representando uno de los primeros cambios diagnósticos medibles en un EVC agudo.

Las regiones isquémicas con perfusión preservada o restaurada experimentan un incremento en la producción de citocinas, lo que provoca respuestas dañinas y llevan a inflamación (FNT, IL-1); la producción de moléculas de adhesión intercelular resulta en la adhesión de leucocitos al endotelio vascular, produciendo interrupción de la

barrera hemato-encefálica y la potencial oclusión de la microvasculatura.

Estos descubrimientos continúan para elucidar el complicado proceso de muerte neuronal y las intervenciones futuras.

En la cascada isquémica el primer frente de onda es la reducción del flujo sanguíneo; el segundo, la liberación de glutamato y otros neurotransmisores; la tercera onda es la entrada de calcio; la cuarta es la activación de enzimas dependientes del calcio; la quinta es la producción de radicales libres; la sexta es la expresión de genes, y la última es la inflamación.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El reconocimiento temprano del EVC depende fuertemente del paciente, de los miembros de la familia o espectadores. Los síntomas y signos de un ataque isquémico transitorio (TIA) y de EVC se describen como:

- Parálisis unilateral, manifestada como debilidad, torpeza, pesantez que generalmente involucran a un lado del cuerpo.
- Entumecimiento unilateral (insensibilidad), pérdida sensitiva, comezón, o sensación anormal que involucra generalmente a un lado del cuerpo.
- Trastornos del lenguaje manifestado por problemas para el entendimiento, para el lenguaje hablado (afasia), o lenguaje arrastrado (disartria).

- Ceguera monocular, manifestado por pérdida no dolorosa de la vista en un ojo, con frecuencia descrita como “caída de cortina”.
- Vértigo, manifestado como sensación de girar o de estar dando vueltas, que persiste en reposo. El vértigo aislado también se presenta en padecimientos no vasculares. Por lo tanto, al menos debe haber otro síntoma de TIA o EVC.
- Ataxia, como equilibrio pobre, marcha con tropiezos, titubeante e incoordinación de un lado del cuerpo.¹⁵

DIAGNÓSTICO

En base a algunas alteraciones clínicas se puede suponer que el territorio de la circulación está afectado y dependiendo del tipo de evento de que se trate. Las hemorragias sub aracnoides según Fisher, se clasifican de acuerdo a la intensidad y distribución tomográfica.

Escala de Fisher

Correlación entre cantidad de sangre y riesgo de vasoespasmio. Tomado de Neurosurgery 1980.

Grupo 1: Sangrado no detectado.

Grupo 2: Evidencia de sangrado difuso o vertical menor de 1 mm de espesor.

¹⁵Protocolo De Atención Del Paciente Grave: Normas, Procedimientos Y Guías De diagnóstico y tratamiento; Fortuna; Rivera; editorial panamericana; México; 2008; 483 PP.

Grupo 3: Trombo localizado y/o sangrado vertical igual o mayor a 1 mm.

Grupo 4: Trombo intracerebral o intraventricular con presencia de hemorragia subaracnoidea o hemorragia difusa.

Tomografía computarizada (TC)

Es el estudio indicado por su disponibilidad, sin embargo en la fase aguda o inicial puede ser el estudio normal y tener que considerarse los datos clínicos y programar por lo menos entre 24 y 48 horas el estudio de control.

Aproximadamente el 50% de las TC son pequeñas pistas en las primeras 6 horas, por lo que considere que en la fase hiperaguda el estudio puede ser normal, por lo que es conveniente valorar signos indirectos como hiperdensidad de segmentos, borramiento de surcos, pérdida de diferenciación de los ganglios basales, alteraciones en la diferenciación entre sustancia gris y sustancia blanca y en algunos casos efectos de masa.

El uso de medio contraste, se recomienda en pacientes en EVC por infarto o hemorragia durante el control tomográfico para poder determinar si existe revascularización.

Este procedimientos radiológico, que computariza la absorción ofrecida por el cerebro, el LCR y el cráneo a más de 30 000 haces de rayos X de 2 a 4 mm. Y permite la visualización de los ventrículos, el espacio subaracnoideo y las principales fisuras cisternales y surcos en varios planos horizontales.

Otros estudios útiles son:

Angiografía: estas pueden realizarse en la fase aguda con las cuales puede demostrarse la oclusión arterial hasta en el 75% de los casos.

TRATAMIENTO

Cuando sea necesaria una sonda nasogástrica o duodenal para proveer alimentación y medicamento debe ser instalada a la brevedad posible. La alimentación intravenosa raramente es necesaria, algunas investigaciones indican que la colocación percutánea de un tubo endogástrico es mejor que la sonda nasogástrica.

La movilización temprana y las medidas para prevenir complicaciones subagudas del EVC (aspiración, desnutrición, neumonía, trombosis venosa profunda, úlceras de decúbito) son fuertemente recomendadas. La administración subcutánea de anticoagulantes, o el uso de medias de compresión intermitente o aspirina si no pueden recibir anticoagulantes también son indicadas. Se recomiendan antibióticos para tratar infecciones. Reducción leve de líquidos y la hiperventilación, que es una medida de acción inmediata pero transitoria y debe suplementarse con otras. Los corticosteroides no han demostrado mejoría. El manitol y la furosemida se han usado, pero no hay ensayos que demuestre su ayuda en el evento isquémico agudo.

El daño al hemisferio cerebral derecho donde se encuentra el control autónomo simpático cardíaco puede llevar a secuelas cardíacas. El efecto del EVC sobre la presión arterial depende tanto del sitio como de las alteraciones en la autorregulación del flujo local. El incremento de la presión arterial tanto en los pacientes hipertensos y no hipertensos en el

EVC, disminuye espontáneamente y de manera no predecible de 24 horas a días de su inicio en promedio de unas 48 horas.

El manejo de la hipertensión arterial va en detrimento y reduce la perfusión requerida por la penumbra isquémica. La hipertensión arterial debe ser tratada en casos de que sea extremadamente elevada con sistólica > de 230 o diastólica > de 140 torr.

Son preferibles los agentes como nitroprusiato o labetalol, y otros que reducen más gradualmente como el enalapril. Los agentes bloqueadores de los canales de calcio deben evitarse ya que producen mayores caídas de la presión arterial con hipoperfusión cerebral secundaria.¹⁶

DIABETES MELLITUS

La diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que requiere de atención médica a largo plazo. Actualmente se estima que en México existen 4.5 millones de pacientes diabéticos y que un 8.2% de la población de 20 a 69 años presenta la enfermedad. En nuestro país, la DM representa la tercera causa de mortalidad, en las mujeres ocupa el tercer lugar. Los pacientes portadores de diabetes Mellitus (DM) desarrollan dos complicaciones metabólicas agudas, graves y potencialmente letales como son la cetoacidosis diabética y el estado hiperosmolar hiperglicémico. La primera es considerada como una complicación aguda de la DM 1, mientras que la segunda suele

¹⁶Protocolo De Atención Del Paciente Grave: Normas, Procedimientos Y Guías De diagnóstico y tratamiento; Fortuna; Rivera; editorial panamericana; México; 2008; 483 PP.

presentarse en pacientes con DM2. Son dos condiciones extremadamente graves, siendo consideradas verdaderas emergencias metabólicas y representando el primer motivo de admisión.

La diabetes mellitus como trastorno de la utilización de la glucosa, por una falta relativa o absoluta de insulina. Desde luego, en el concepto de DM debemos tener presente que la duración de la hiperglucemia y su gravedad son los factores más importantes en la aparición a medio y largo plazo de complicaciones de muy diversa índole. Aunque hay una afectación universal del organismo, las manifestaciones clínicas más evidentes son las siguientes: pérdida de visión que puede llegar a insuficiencia renal terminal que precise hemodiálisis y trasplante renal, afectación de los grandes vasos que puede condicionar patologías más importantes como la insuficiencia arterial de extremidades inferiores que terminaría en la amputación a diversos niveles, cardiopatía isquémica con infarto de miocardio como manifestación más frecuente y, por supuesto, también un incremento de la enfermedad vascular cerebral o una mayor incidencia de enfermedad isquémica intestinal. Sin embargo, el grupo de complicaciones más prevalentes son las que acontecen en el sistema nervioso, tanto en el sistema nervioso periférico como en el autonómico e incluso en el central. La falta de acción insulínica, sea de la etiología que sea, inducirá una mala utilización de la glucosa que dará lugar, sobre todo, a la tríada clásica de poliuria, polidipsia y polifagia, pero, junto a estos síntomas, existirá un espectro clínico muy amplio que puede ir desde manifestaciones puramente catabólicas como la pérdida de peso, a otras que son la consecuencia de la afectación progresiva de los diferentes órganos y aparatos. De esta forma, la pérdida de visión, la aparición de hipertensión arterial o el dolor isquémico o neuropático de las extremidades, entre otros, son manifestaciones comunes de la DM.

Conforme disminuye la acción insulínica y aumenta la hiperglucemia, superando el dintel renal de reabsorción de glucosa, la clínica de la enfermedad se hace patente y el paciente notará lo que conocemos como síntomas cardinales de la DM, poliuria, polidipsia y polifagia, pero, conceptualmente, tenemos que tener claro que, hasta que esto ocurre, sobre todo, en la DM tipo 2, hay un periodo más o menos largo (5 a 10 años) de hiperglucemia asintomática, en la que el paciente también queda expuesto a la aparición de complicaciones crónicas de la DM. Tanto es así, que en el momento del diagnóstico, el diabético tipo 2 ya puede presentar complicaciones de diferente índole, no siendo infrecuente que sea el oftalmólogo el que diagnostique la enfermedad al encontrar lesiones típicas de retinopatía diabética o que el diagnóstico se haga a raíz de otro proceso relacionado o no con la propia DM.

FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES TIPO 2

La historia natural de la diabetes mellitus tipo 2 comprende el deterioro progresivo de la función de células β asociado a la pérdida de su masa celular, todo ello en el contexto de resistencia a la insulina.

Resistencia a la insulina

El concepto de resistencia a la insulina se refiere a la disminución de la capacidad de la insulina para ejercer sus efectos biológicos en tejidos diana. Implica la reducción de la capacidad de la insulina para estimular la utilización de la glucosa por el músculo esquelético y, en el tejido adiposo, la reducción de la supresión de la lipólisis induciendo la elevación de las concentraciones circulantes de ácidos grasos libres (AGL) no esterificados. La mayoría de los pacientes con DM2 son obesos. En especial, en aquellos que presentan grandes depósitos de

grasa visceral existe una mayor circulación de AGL y aumento de las citocinas pro-inflamatorias, como TNF- α e IL-6, y activación del sistema inmune innato. El TNF- α incrementa la lipólisis en los adipocitos, lo que implica la elevación de AGL que tendrá, a su vez, efectos negativos sobre la cascada de señal de la insulina. La IL-6 inhibe la señal de insulina mediante el aumento de la expresión de proteínas supresoras de la señal de citocinas (SOC), que se encargan de degradar a la proteína IRS. Por ello, la obesidad se asocia con inflamación crónica de bajo grado. Esta inflamación es el mecanismo de unión entre los factores de susceptibilidad a la DM2 y los factores responsables de la resistencia a la insulina, como una dieta rica en grasas, actividad física reducida, incremento de la grasa visceral, tabaco, embarazo, ciertas medicaciones y glucotoxicidad.

Disminución de la función de las células β :

Con las evidencias actuales se considera que la disfunción de las células β es el defecto necesario para la aparición de hiperglucemia. Entre los factores implicados en la pérdida progresiva de función y masa de células β se consideran:

La glucotoxicidad definida como la disfunción tisular debido a un ambiente hiperglucémico. Los mecanismos bioquímicos y moleculares propuestos para la inducción de disfunción en las células β por la hiperglucemia conllevan el depósito de grandes cantidades de “reactive oxygen species” (ROS) que dañan distintos componentes celulares y producen apoptosis de la célula β .

La lipotoxicidad. Los niveles circulantes elevados de AGL de forma persistente contribuyen también al fracaso progresivo de la célula β . Sin

embargo, no siempre la exposición a glucosa y AGL implica toxicidad sino que es la duración de esta exposición lo que determina los efectos anti o pro-apoptósicos.

TRATAMIENTO

Consiste en educación sobre pautas de estilo de vida saludables, evaluación de la posibilidad de complicaciones micro y macro vasculares, normalización de la glucemia, reducción de los factores de riesgo cardiovasculares y omisión de fármacos que pueden agravar las anomalías del metabolismo insulínico y lipídico

Educación diabetológica

Las pacientes con DM deben recibir educación diabetológica a partir del momento del diagnóstico de su enfermedad y este apoyo educacional debe ser parte integral del programa de tratamiento de su DM. Los cambios en el comportamiento llevados a cabo por el paciente son la clave del éxito de la educación diabetológica y deben medirse y controlarse como parte del cuidado médico. Hay que indagar sobre problemas psicosociales, como depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y alteraciones cognitivas cuando la adherencia al tratamiento médico no es apropiada. El asesoramiento de las situaciones psicológicas y sociales debe incluirse en el manejo médico de la diabetes.

Terapia nutricional y actividad física

Estas recomendaciones deben ser personalizadas y adaptarse a las posibilidades económicas, preferencias culturales, gustos y tratamiento médico que el paciente recibe. La actividad física y las modificaciones en el comportamiento son factores importantes de los programas de

adelgazamiento y son fundamentales a la hora de mantener la pérdida de peso. Para perder peso, tanto las dietas bajas en carbohidratos como las dietas con restricción de calorías grasas pueden ser efectivas a corto plazo. En los pacientes con dietas bajas en carbohidratos se debe controlar el perfil lipídico, la función renal y la ingesta de proteínas (en aquellos con nefropatía) para ajustar la terapia hipoglucemiante.

Controlar los carbohidratos, ya sea contándolos, a través de intercambios o mediante estimaciones basadas en la experiencia, es la clave estratégica importante para conseguir el control glucémico. En los pacientes diabéticos, el uso del índice glucémico puede proporcionar un pequeño beneficio adicional en el control de la glucemia al obtenido cuando únicamente se considera la ingesta total de carbohidratos.

Otras recomendaciones nutricionales aconsejarían limitar el consumo de grasas saturadas a <7% del total de calorías, debiéndose minimizar la ingesta de grasas trans. Si los adultos con diabetes beben alcohol, la ingesta diaria debe limitarse a una cantidad moderada (1 bebida diaria o menos en las mujeres adultas y 2 bebidas diarias o menos en los hombres adultos). Se recomienda de igual manera el consumo de fibra en la dieta (14g de fibra/1,000 Kcal) y de alimentos que contengan grano entero. Los suplementos con antioxidantes, como la vitamina E y C y los carotenos, no se aconsejan por la falta de evidencia de su eficacia y el desconocimiento de la seguridad a largo plazo. Se deben aconsejar a los pacientes diabéticos actividad física aeróbica de moderada intensidad, al menos, durante 150 minutos/semana (al 50-70% de la frecuencia cardíaca máxima). Si no hay contraindicaciones, debe animarse a los pacientes con DM2 a hacer ejercicios de resistencia 3 veces por semana.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento inicial en la mayoría de los pacientes con DM2, además de consejo dietético y actividad física, debe incluir metformina, ya que este tratamiento puede inducir la normo glucemia si el cumplimiento es óptimo. Es concreto, La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y Sociedad Europea de Diabetes (ESAD) han recomendado que la metformina debiera ser iniciada al mismo tiempo que los cambios en el estilo de vida en el momento del diagnóstico de la DM2 si no hay contraindicaciones específicas. La dosis de metformina debe aumentándose hasta la máxima dosis efectiva (de 2.000 a 2.500 mg/día en varias dosis) durante 1 o 2 meses, si se tolera. Si hay contraindicaciones se podría considerar una sulfonilurea de corta duración, como terapia inicial, acompañada de cambios en el estilo de vida en el momento del diagnóstico, de cara a contrarrestar la ganancia de peso que, generalmente, se asocia al tratamiento con sulfonilureas. Después de una respuesta inicial positiva a esta terapia, la mayoría de los pacientes ganan peso y muestran elevaciones de sus perfiles glucémicos y de la HbA1c, por lo que requieren una terapia adicional (más agentes orales, combinación de agentes orales e insulina o insulina en monoterapia). La asociación de HTA y diabetes es una combinación de alto riesgo la ausencia de tratamiento o un mal control de la presión pueden alterar el desarrollo de micro y macrovasculares. Varios meta-análisis han demostrado que la reducción de las cifras de presión arterial disminuye los eventos cardiovasculares, independiente del fármaco utilizado.¹⁷

¹⁷ La diabetes Mellitus en la Práctica Clínica; Massó; Escobar Jiménez F.; Editorial medica Panamericana; Buenos Aires; Madrid; 2009; 520 PP.

REHABILITACIÓN

Es el restablecimiento de una persona hasta la utilidad física, mental, social, vocacional y económica más completa posible. Los usuarios precisan rehabilitación después de una enfermedad física o mental, una lesión o adicción química.

La rehabilitación está disponible principalmente para usuarios con enfermedades o lesiones del sistema nervioso y/o el sistema musculoesquelético, pero el sistema de prestación de cuidados sanitarios ha ampliado el alcance de estos servicios. En el contexto de los cuidados de rehabilitación el reto de la enfermería de familia es intentar mantener las capacidades funcionales de los clientes dentro del contexto de la familia.

Las actividades de cuidado familiar podrían incluir el cuidado personal (baño, alimentación, aseo), la supervisión del cumplimiento terapéutico o de los efectos indeseables de los medicamentos, las actividades instrumentales de la vida diaria ir de compras o mantenimiento del hogar y el apoyo emocional continuado y la toma de decisiones necesarias. Siempre que un individuo depende de otro miembro de la familia para su cuidado y ayuda, existe un estrés importante que afecta tanto al cuidador como al destinatario de los cuidados. Además, el cuidador debe seguir cumpliendo las demandas de su estilo de vida habitual por ejemplo, educación de los hijos, trabajo a jornada completa u ocuparse de los problemas o enfermedades personales. Sin una preparación y apoyo adecuados por parte de los profesionales sanitarios, el cuidado familiar puede predisponer a la familia a problemas serios, como un descenso de la salud del cuidador o del familiar enfermo, alteración de las relaciones e incluso relaciones abusivas.

La dinámica interpersonal entre los miembros de la familia influye en la calidad final de los cuidados.

En este sentido, la enfermera puede desempeñar un papel importante ayudando a los miembros de la familia a desarrollar una mejor comunicación y capacidades de resolución de problemas para construir las relaciones necesarias para una atención familiar satisfactoria.

Establecer un horario de cuidados familiares permite la participación de todos los miembros de la familia, que se compartan todas las cargas financieras impuestas por los cuidadores.¹⁸

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos se definen como la atención activa y total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Es fundamental el control del dolor, de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias.

La tolerancia a la enfermedad puede estar reducida en los ancianos debido a alteraciones previas, y habitualmente progresivas, de la fisiología normal. Los cambios del sistema cardiovascular, con el envejecimiento, se produce una pérdida de miocitos en los ventrículos derecho e izquierdo.

¹⁸Patricia A. Potter; Perry; fundamentos de enfermería; vol. 1; elsevier; Mosby 5ta edición; 2002; 476 PP.

ENFERMERÍA ANTE EL FINAL DE LA VIDA

La presencia familiar, indagar como viven estos momentos los enfermos y sus familiares. Ofrecernos a apoyar todo lo positivo que manifieste el enfermo o sus allegados. También, transmitir paz, tranquilidad, sosiego, esperanza.

El enfermo, si no lo ha pasado pasará por distintas fases terminales que nos describió Elisabeth Kubler-Ross, evitemos el estrés emocional. A veces tendremos que ayudar al enfermo y familiares a buscar, tal vez a encontrar si pudiéramos, el sentido de la vida y, posiblemente, el significado de la trascendencia. Siempre con prudencia, con afecto, con los mejores deseos por nuestra parte.

Tal vez, silencio y compañía. Nuestra presencia en estas circunstancias de la vida, del final de la vida humana, ha de ofrecer más signos de vida que de muerte. Atendemos para fomentar vida, la esperanza. Intentemos despejar dudas, portadores de paz.

La persona humana es digna precisamente porque es un ser libre y se vulnera su dignidad cuando se conculca su libertad.

La vida y la muerte son para todos, para nosotros enfermeros (as), el pan agri dulce de cada día. Elisabeth Kubler-Ross diciendo: Que esta experiencia extra corporal es un acontecimiento maravilloso, que nos hace sentir felices.

La muerte revela la trascendencia del mundo y de la existencia humana.¹⁹

¹⁹ Enfermería Facultativa; Reflexiones Filosófico-Éticas; Cecilio Eseverri Chaverri; Díaz De Santos; 2006; España. 207PP.

DIETA LICUADA 1500 KCAL

INGREDIENTES:

- 200 gr. De pollo.
- 150 gr. De manzana.
- 150 gr. Chayote.
- 2 tazas de leche light.
- 10 cucharaditas de aceite de maíz.
- 10 rebanadas de pan tostado.
- Agua

PREPARACIÓN:

1. Se licua el pan tostado con las dos tazas de leche.
2. Enseguida se agrega la manzana y el chayote previamente cocidos sin corazón.
3. Agregar la pechuga de pollo cocida a la mezcla para licuar.
4. Por último agregamos las 10 cucharadas de aceite. A la mezcla final se le agrega agua para completar los 1500 mililitros.

NOTA: Se dividen en tres porciones y de brinda al paciente en tres ocasiones durante el día cada 6 horas (8-14-20 horas).

-Mantener al usuario en posición semifowler durante la alimentación.

-Pasar a temperatura ambiente, para evitar distensión abdominal.

-Al finalizar limpiar la luz de la sonda.

CRONOGRAMA

FECHA	ACTIVIDADES
18-01-11	El día 18 de inician los cuidados en el domicilio. De lunes a sábado. Horario vespertino.
24-01-11	Se valora al usuario y se retira catéter nasal para administración de oxígeno.
8-02-11	Recibe interconsulta con nutrición y se aumenta dieta a 1800 Kcal.
18-02-11	Recibe nuevamente interconsulta con nutrición continuando con el mismo manejo.
	Se continúan los cuidados en su hogar encontrando una mejora en su calidad de vida y logrando el objetivo de familiarizar a sus cuidadores primarios con los cuidados integrales del paciente.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

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 TERMOREGULACIÓN.

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: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/secas: _____

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: _____

d) 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: _____ 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: _____

GLOSARIO

CONCEPTO	DEFINICIÓN
ENFERMERA	Es una persona que ha completado un programa básico de educación en enfermería y está calificada y autorizada en su país, para proporcionar un servicio profesional, responsable y competente para la promoción de la salud. La prevención de la enfermedad, cuidado y rehabilitación.
ENFERMERÍA	Ciencia de atender al individuo sano o enfermo en sus necesidades bio-psicosociales básicas o adquiridas.
GASTROSTOMÍA	Intervención quirúrgica que consiste en la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago.
CIENCIA ENFERMERA	Conjunto de saber empírico, estético, personal y ético, resultado de diferentes enfoques metodológicos utilizados para profundizar en el campo del estudio de enfermería
CUIDADOS INTEGRALES	Método de prestación de cuidados el cual la enfermera es responsable 24 horas por día del conjunto de cuidados prodigados al cliente, desde la admisión hasta la vuelta al domicilio.



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:

CARLA JANET CAMPOS DIAZ

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA INTRA
DOMICILIARIO A ADULTO MAYOR CON ALTERACION EN
LA NECESIDAD DE OXIGENACION RELACIONADO CON
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL**

Se extiende la siguiente a solicitud de las interesadas para los usos legales que a ellas convengan en la Ciudad de Zamora Michoacán, el día 24 del mes octubre del año 2011

ATENTAMENTE

LEO. Ignacia Escalera Mora

Dirección

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnósticos Enfermeros; Definiciones y Clasificación; Nanda Internacional; 2009-2011; Librerías Odessa; España; 431 Pp.
2. María de Jesús García González; El Proceso de Enfermería y El Modelo de Virginia Henderson: Propuesta para Orientar La Enseñanza y La Práctica de Enfermería; Editorial Progreso; México, D.F; 2002; 146 PP.
3. Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig; Manual de Diagnósticos de Enfermería: Guía para la Planificación de los Cuidados; 7ma Edición; ELSEVIER MOSBY; 2007; 1323 Pp.
4. Rosalinda Alfaro-Lefevre; Aplicación Del Proceso Enfermero: Fomentar El Cuidado en Colaboración; 5ta Edición; 2003; MASSON; 246PP.
5. Mary M. Burke; Enfermería Gerontológica; Cuidados Integrales del Adulto Mayor; 2da Edición; Harcourt Brace; Madrid; España; 1998, 620 PP.
6. Patricia A. Potter; Perry; Fundamentos de Enfermería; Vol. 1; Elsevier; Mosby 5ta Edición; 2002; 476 PP.
7. García Martín-Caro Catalina; Martínez; Historia de La Enfermería; Evolución Histórica del Cuidado Enfermero; ELSEVIER; Madrid, España; 2007; 151 Pp.
8. Juana Hernández Conesa. Cuestiones de Enfermería. Mcgraw-Hill/Interamericana de España. 1996. Páginas 3-11.
9. Marlik Y Minerva Salado; Mujeres Celebres; Trillas, México DF; 2003; 96 Pp.
10. María Del Carmen Ledesma Pérez; Fundamentos de Enfermería; Limusa; Noriega Editores; 2004; México; 365 PP.

11. Marie Jaffe; Enfermería en Atención Domiciliaria: Valoración y Planes de Cuidados; 3ra Edición; Harcourt Brace;191 PP.
12. Brunner Y Suddarth; Enfermería Medicoquirúrgica Volumen 1, 9ª Edición, Editorial Mc Graw Hill, España 2001 P 541.603
13. Sáez De Parayuelo V. López E. Ginés P y Otros. Prevención de Las Úlceras por Presión con un Apósito Hidrocoloide Extrafino. Enfermería Clínica, Noviembre-Diciembre1995. 5(6): 243-249.
14. María Rosa Parentini; Historia de La Enfermería: Aspectos Relevantes desde Sus Orígenes Hasta El Siglo XX; Trilce; 2002; Uruguay; 111 PP.
15. José Antonio Paredes Atenciano; Manual Práctico de Enfermería; Mad;Octubre 2003; 1ra Edición; España; 236 PP.
16. Domingo De Agustín Vázquez; Diccionario de Enfermería; Diccionarios Oxford-Complutense; Oxford; 1ra Edición; Marzo 2001; España;(405) 695 PP.
17. Rivera; Protocolo de Atención del Paciente Grave: Normas, Procedimientos y Guías de Diagnóstico y Tratamiento; Fortuna; Editorial Panamericana; México; 2008; 483 PP.
18. Kozier Barbará; Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Práctica y Procesos; 2005; Vol. 1; Mcgraw-Hill-Interamericana; 726 Pp.
19. Susana Rosales Barrera; Fundamentos de Enfermería; Manual Moderno; 3ra Edición; 2004; 636 Pp.
20. Carpenito Linda Jual; Planes de Cuidados Y Documentación Clínica en Enfermería; Interamericana Mcgraw-Hill; 2005; 1101.

21. Misericordia García Hernández, María Pilar Torres Egea, Esperanza Ballesteros Pérez; Enfermería Geriátrica; Elsevier España ; 2da Edición; 2004 ;196 PP.
22. Bertha A, Rodríguez S.; Proceso Enfermero; Aplicación Actual; Avances Científicos; 2da Edición; Editores Cuellar; 2000; 277 PP
23. Harrison; Principios de Medicina Interna; Décima Edición; Tomo II; Mc Graw Hill;1986; 3088 PP.
24. Cecilio Eseverri Chaverri; Díaz De Santos; Enfermería Facultativa; Reflexiones Filosófico-Éticas; 2006; España. 207 PP.
25. Suzanne Kerouac; El Pensamiento Enfermero; Masson; 2005, España; PP 167.
26. Viktor E. Frankl; El Hombre en Busca de Sentido; Barcelona; Editorial Herder; 1991; 137 PP.
27. Programa de Acción Específico 2007-2012; Diabetes Mellitus; Secretaría de Salud; Subsecretaria de Prevención y Promoción de La Salud; 1ra Edición 2008; México, D.F.; 84 PP.
28. INEGI Estadísticas Vitales 2000- 2007
29. Secretaría General del Consejo Nacional de Población; CONAPO; Principales Causas de Mortalidad en México 1980 – 2007; New York; 59 PP.
30. [Http://Medigraphic.Com/Espanol/E1/Medi-Artemisa](http://Medigraphic.Com/Espanol/E1/Medi-Artemisa) (Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 50 No. 1 Enero-Febrero, 2007).