



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON SECUELAS
NEUROMUSCULARES POR ENFERMEDAD VASCULAR
CEREBRAL UTILIZANDO EL ENFOQUE TEÓRICO DE
VIRGINIA HENDERSON.”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

ORTEGA ESTRADA JULIO CESAR

No. DE CUENTA 308103348

DIRECTOR ACADÉMICO

DRA. CARLOTA M. HERNÁNDEZ ROSALES



CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2017



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.

DEDICATORIAS

*A mi madre Olga, que ha sido y será siempre
mi principal motivación para alcanzar cualquier meta.*

Ningún sacrificio ha pasado desapercibido.

AGRADECIMIENTOS

No habría podido alcanzar esta meta de no haber contado con el apoyo incondicional de mi madre. Ella me proporciono los recursos para llegar a este punto, inculcando las exigencias para desarrollar la ambición y determinación necesarias para poder concluir una preparación profesional.

Gracias por el amor incondicional, ejemplo de vida y valores inculcados.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser motivo de orgullo durante ocho años y haberme brindado los elementos necesarios para mi formación académica,

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por haber sido el espacio donde adquirí los conocimientos necesarios para desarrollarme como profesional.

CONTENIDO

	Página
DEDICATORIAS	I
AGRADECIMIENTOS	II
1. JUSTIFICACIÓN	1
2. INTRODUCCIÓN	3
3. OBJETIVOS	6
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivo específico	
4. METODOLOGÍA	7
5. MARCO TEÓRICO	
Antecedentes y perspectivas del cuidado de enfermería	9
5.1 Naturaleza del cuidado como objeto de estudio de enfermería	9
5.1.1 Enfoque humanista	11
Definición del proceso de enfermería y sus etapas	15
5.2 Generalidades del Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.)	15
5.2.1 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	17
Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson	20
5.3 El modelo de Virginia Henderson	20
5.3.1 Elementos más importantes de su teoría	20
5.3.2 Metaparadigma dentro del modelo de Virginia Henderson	21
5.3.3 Concepto de Enfermería según Virginia Henderson	22
5.3.4 Las consecuencias de la intervención	23
5.3.5 Cuidados básicos	23
5.3.6 Las 14 necesidades humanas básicas según Virginia Henderson	24
5.4 Etapa de desarrollo de la persona	28
6. DESARROLLO DEL PROCESO	
Presentación del caso clínico	31
6.1 Valoración céfalo-caudal	31
6.1.1 Descripción del caso clínico con el paradigma de enfermería	32
6.2 Valoración de enfermería	33
6.3 Análisis de la información	39
6.4 Conclusión diagnóstica de enfermería (NANDA)	42
6.5 Jerarquización de necesidades afectadas y priorización de diagnósticos	44
6.6 Plan de cuidados incluyendo (NIC y NOC), ejecución y evaluación por diagnóstico	45
7. EVALUACIÓN	68
8. CONCLUSIONES	69
9. SUGERENCIAS	70
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
11. ANEXOS	
11.1 Anatomía funcional de la circulación cerebral	75
11.1.1 Enfermedad Vascul ar Cerebral	76
11.2 Hemiplejia	86
11.3 Ulceras por presión como complicación de la inmovilidad	88
11.4 Instrumento metodológico de valoración	95

1. JUSTIFICACIÓN

La implementación del Proceso Atención de Enfermería nos permite brindar un cuidado de manera progresiva e íntegra y con un fundamento científico dándonos la oportunidad de incluir nuestro conocimiento adquirido, permitiendo formar un juicio clínico basado en la estandarización de cuidados, diagnósticos y fomento a la salud. Así como diseñar un plan de cuidados individualizado que cubra las 14 necesidades de una persona, con apoyo del instrumento de valoración según el modelo teórico de Virginia Henderson.

Nos permite también aportar nuestro pensamiento crítico en la toma de decisiones al momento de realizar la planificación y la evaluación dando así una formación sólida a nuestra enseñanza y a nuestro desarrollo como futuros profesionistas, además es un instrumento que nos brinda la oportunidad de entrar al campo de investigación ya que aplicamos una metodología científica en la construcción, aplicación y documentación de nuestros cuidados enfermeros.

Desde este punto de vista la enfermería tiene una importante función centrada en la educación del paciente y su familia. Además, constituye el nexo de unión entre los diferentes miembros del equipo multidisciplinar y trabaja en colaboración para cumplir sus metas de restaurar y mantener la salud física y social, con especial énfasis en el funcionamiento, independencia y calidad de vida para la persona con Enfermedad Vasculor Cerebral y la de su familia.

Si a esto añadimos la alta incidencia de mortalidad y morbilidad que genera, además de los costos tanto humanos como económicos, el envejecimiento poblacional, la importancia de los hábitos de vida, prevención de complicaciones y secuelas, así como las diferentes manifestaciones clínicas presentadas según la localización del

ictus; permite considerarlo como un tema de importancia para la actuación enfermera.

2. INTRODUCCIÓN

En el presente estudio de caso bajo la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, describe la atención, cuidados e intervenciones, destinadas a mejorar el estado de salud, bienestar y calidad de vida brindados en el domicilio a una persona adulta de 72 años de edad quien como consecuencia de haber sufrido un Evento Vascular Cerebral presenta alteraciones de tipo neuromuscular.

Se llevó a cabo la documentación de un plan de cuidados individualizado de dicho paciente con Enfermedad Vascular Cerebral y secuelas derivadas a un Evento Vascular Cerebral. Resaltando así la importancia del Proceso Atención de Enfermería, cuyo propósito fue identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que abordaran las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que pudieran disminuir los factores de riesgo a largo plazo logrando una mejor calidad de vida.

Los problemas de salud detectados se enuncian en forma de diagnósticos enfermeros definidos por M.M. Martínez-Delgado como “interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación”. El objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría, por ello es fundamental que trabajemos en colaboración con el individuo y la familia tanto en la valoración como en la identificación de las necesidades. De igual modo queremos reflejar que las personas mejoran su estado de salud, sirviéndose de nuestro apoyo y ayuda para obtener resultados positivos. Para poder llevar a la práctica lo anterior,

se requiere del desarrollo de habilidades y características profesionales y personales.

Al inicio del presente trabajo se encuentra una justificación que describe la finalidad por la que se desarrolla este Proceso de Atención de Enfermería, un objetivo general y objetivos específicos que serán la pauta para el desarrollo del plan de cuidados del caso clínico presentado y finalmente la metodología utilizada.

El marco teórico consta de la descripción de cada uno de los puntos que conforman el Proceso de Atención de Enfermería, la filosofía del pensamiento de Virginia Henderson, las 14 Necesidades y los factores que las influyen, así como observaciones de las mismas.

Para finalizar se presenta la descripción de la patología del diagnóstico médico, una descripción breve del caso clínico valorado desde la perspectiva enfermera, continuando con la valoración de las 14 necesidades del paciente según el modelo teórico de Virginia Henderson, el plan de cuidados realizado en función de los diagnósticos de enfermería de cada una de las necesidades detectadas con alteraciones y el plan de alta dirigido al autocuidado y la educación para la salud, finalizando con las conclusiones, algunas escalas de valoración como anexos y la bibliografía consultada para el desarrollo del marco teórico y la patología.

Es por ello que el propósito del presente estudio de caso bajo la metodología Proceso Atención de Enfermería es contribuir al acervo bibliográfico, convirtiéndose en una herramienta de referencia y consulta bibliográfica para los estudiantes en formación y licenciados en enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Ayudando a orientarlos en la atención de pacientes con secuelas de un

Evento Vascular Cerebral, y favorecer un pronto restablecimiento del estado de salud y calidad de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

- Llevar a cabo un Proceso Atención de Enfermería como un instrumento de cuidado holístico para un paciente adulto mayor con afección neuromuscular como consecuencia de un evento vascular cerebral identificando las necesidades reales de cuidado para implementar cuidados de enfermería óptimos con la finalidad de mejorar su calidad de vida y la de su familia considerando el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

3.2 Objetivos específicos:

- Recabar datos que conciernen a la persona, su familia y entorno por medio de una valoración, posteriormente identificar las necesidades alteradas que interfieren en su salud y bienestar.
- Formular y jerarquizar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas.
- Planificar estrategias de enfermería diseñadas para mejorar la calidad de vida del paciente y corregir o reducir los problemas de salud detectados.
- Ejecutar las estrategias de enfermería planificadas según corresponda a la necesidad alterada, retomando para esto el modelo de Virginia Henderson.
- Evaluar la respuesta del paciente con las acciones ejecutadas.
- Reevaluar dichas acciones con el fin de mantenerlas o mejorarlas.

4. METODOLOGÍA

El presente estudio de caso se aplicó a un paciente con secuelas de un Evento Vascular Cerebral, se trata de un masculino de 72 años de edad quien se encontraba en su domicilio, que se ubica en, U Hab. Integración Latinoamericana col. Romero de Terreros.

La elección del Estudio de Caso se llevó a cabo durante el periodo de pasantía como servicio social, teniendo la oportunidad de brindar la atención de enfermería en el hogar al paciente seleccionado. Y que comprendió los siguientes límites:

a) Tiempo: Únicamente los días lunes, miércoles y viernes dentro del periodo que comprende del 11 de febrero al 17 de abril del 2015

b) Lugar: Domicilio del paciente

Para la actuación de modo sistemático y la planificación ordenada de las intervenciones de enfermería del presente estudio de caso se siguieron las 5 etapas del Proceso de Atención de Enfermería (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Se tomó como referencia teórica y guía de la actuación profesional de enfermería, el modelo de las 14 necesidades que Virginia Henderson desarrolló.

La recolección de datos se obtuvo de forma indirecta a través de la entrevista realizada a la esposa del paciente, de forma directa mediante la observación sumada a la exploración física y la historia clínica del paciente. Se utilizó como herramienta de valoración (Anexo I), un instrumento que identifica aspectos relevantes de las necesidades básicas que el ser humano debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica, según la teoría de Virginia Henderson.

En base a los resultados obtenidos de esta valoración se identificaron los riesgos que pueden originar un problema real o potencial estableciéndose diagnósticos de salud, de riesgo y reales. Para la definición de los diagnósticos enfermeros se utilizó la Taxonomía Diagnóstica de la NANDA.

Posteriormente se estableció el plan de cuidados de enfermería, en el cual se plasman las intervenciones de enfermería para reducir o corregir las respuestas alteradas. Para la estructuración de los planes de cuidado se utilizaron las taxonomías de resultados NOC, así como la taxonomía de intervenciones de enfermería NIC.

Posteriormente los cuidados de Enfermería.

Se implementó la evaluación en su domicilio, donde al paciente se le dio seguimiento con cada sesión de cuidado domiciliario, así mismo durante los días posteriores a su implementación y mediante el seguimiento del expediente.

Por último se realizó la etapa de evaluación del P.A.E., que abarca las 4 etapas del P.A.E.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Naturaleza del cuidado como objeto de estudio enfermería

La enfermería es considerada como una disciplina profesional, que contiene como tal dimensión histórica, antropológica, filosófica valores propios, principios éticos y un marco legal, que la lleva a poseer un conocimiento propio que respalda la práctica de la enfermería¹.

Con frecuencia en la literatura se identifica esta disciplina como una ciencia y un arte; ciencia por el conocimiento teórico conceptual surgido de la investigación y arte por la necesidad de las enfermeras de sensibilizarse a la experiencia humana tanto de las personas que cuida como de ella misma al momento de interrelacionarse.

Actualmente hablar del cuidado nos lleva inmediatamente a pensar en este concepto como el eje de la profesión de enfermería. Sin embargo el origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en este sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad².

Fue en el siglo XIX cuando Florence Nightingale, quien es considerada como la madre de la enfermería moderna, en su trabajo identifico a este, “el cuidado”, como el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería. Ella reconoció que el propósito de la enfermería no se limitaba a cuidar a los enfermos en los hospitales,

¹Pinto, A. N. (2002). El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. *Avances en Enfermería*. [En línea], Num. 1. Vol. 20. pp. 43-51. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/20210/1/16312-50818-1-PB.pdf> [Recuperado el 04 de mayo de 2017].

² Colliere, F. M. (2009). *Promover la vida*. (2a. Ed.). España: McGraw-Hill. pp. 51-58.

sino que también procura ayudar a la gente a vivir. Su marco de trabajo enfatizaba la utilidad del conocimiento empírico y la sistematización del registro de datos para mejorar la calidad del cuidado brindado.

El desarrollo del concepto de cuidado de enfermería ha sido espectacularmente notorio en las dos últimas décadas, haciendo énfasis en aquello que hasta ahora había permanecido invisible en el quehacer de la profesión: “el arte de la enfermería”, es decir, los aspectos de interrelación de la enfermera-usuario como elemento esencial del mismo, coincidiendo en afirmar esto tanto teóricos como investigadores.

En su libro *Notas de Enfermería (1859/1990)*. Nigthingale estableció la manipulación del ambiente como elemento central del proceso de cuidado, afirmando que de él dependía el proceso sanador de la persona; por este motivo se ha denominado a su trabajo “Teoría de enfermería del medio ambiente”. Aun cuando en sus escritos no se menciona directamente el proceso de interrelación enfermera-paciente, se puede identificar que lo considera parte del mismo ambiente, haciendo énfasis en que la observación, el interrogatorio y la información son el foco de este proceso de interrelación³.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de

³ Hernández, C. (2000). *Fundamentos de la enfermería, teoría y método*. (2a. Ed.). España: McGraw-Hill. pp. 40-45.

reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad).

Cuidar es por tanto “conservar la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables”, que se manifiestan de diferentes maneras según los grupos y civilizaciones⁴.

5.1.1 Enfoque humanista

El humanismo se establece en la reflexión filosófica, como un fin y valor superior en el mundo, motivando con ello un interés centrado en el hombre y en todo lo que es humano. En términos generales el humanismo se define como la actitud centrada en el interés de lo humano, en pleno desarrollo y bienestar de lo que el hombre es, desde las perspectivas biológico, psicológico, social, cultural y espiritual⁵.

Por lo tanto, el contribuir a que el hombre obtenga bienestar en los aspectos anteriormente referidos es muy importante. Para ello el hombre requiere de un comportamiento ético, con el fin de practicar ciertos valores como la justicia, la libertad, la vida, entre otros. Esto es la naturaleza propia del humano, en cuanto hace uso adecuado de la razón y su juicio.

Practicar el humanismo es reconocerse a sí mismo; el auto concepto reflejado en la otra persona. Cada hombre será mejor si se reconoce en la dignidad de los demás. El humanista, es aquel que comprende la vida y entiende al semejante. El humanismo implica el respeto a la libertad interna del propio hombre para pensar, sentir y creer.

⁴ Colliere, F. M., op. cit., pp. 214-221.

⁵Haring, B. (1985). *Ética de la manipulación. en medicina, en control de la conducta y en genética.* (2ª ed.) Barcelona: Herder.

El personal de la salud jerarquiza desde los tiempos de Hipócrates, dos principios fundamentales:

- Hacer el bien (principio de beneficencia). Este principio se define que todos los actos que están orientados a hacer el bien estén justificados en sí mismos.
- No dañar (principio de la no maleficencia). Este principio define que ninguna acción del profesional debe ir orientada a hacer el mal, debe evitar el daño a los pacientes. Es considerado como el otro elemento del par dialéctico beneficencia-no maleficencia^{6, 7}.

La ética de enfermería es la adecuación de los principios éticos que rigen en la sociedad, al ámbito de los profesionales de la salud, vinculados a las características particulares de la profesión. Desde el surgimiento de la enfermería como profesión con Florence Nightingale en la segunda mitad del siglo XIX, esta profesión incorporó dos principios éticos a su actuar.

- La fidelidad al paciente. Entendida como el cumplimiento de las obligaciones y compromisos adquiridos con el paciente sujeto a su cuidado, entre los cuales se encuentra guardar el secreto profesional acerca de las confidencias hechas por el paciente.
- La veracidad. Principio de obligatorio cumplimiento aun cuando pueda poner en situación difícil al propio profesional, como es el caso de admitir errores por su acción u omisión.

En la relación enfermera-paciente-familia-comunidad, el principio de respeto al otro expresa en el reconocimiento de la diferencia. Un ser humano no es igual a otro se

⁶ Tanur, T. B. (1999). *Por una medicina humanística*. Revista CONAMED, pp. 7-10. [En línea], N° 12. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/Contenidos_rev_CONAMED.pdf [Recuperado el 05 de mayo de 2017]

⁷López C. (2004). *Ética e investigación enfermera*. Cuidados enfermeros. Barcelona: Elsevier-Masson. pp. 41-57.

expresa en el reconocimiento de la diferencia. Un ser humano no es igual a otro, aunque tengan las mismas costumbres sociales, pertenezcan a la misma formación socio-económica y tengan la misma enfermedad. De igual modo, puede decirse que la misma persona a través del ciclo de evolución de su vida, en cada una de sus etapas, tiene características diferentes. Por lo que la enfermería es sin duda, la profesión del equipo de salud que más decidida y profundamente puede impactar en las personas⁸.

Finalmente la enfermera (o), es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales, que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna.

Aspecto importante ligado a lo anterior es que ese cuidado sea reconociendo la dignidad intrínseca de todo ser humano, identificándolo como un ser único, y reconociendo sus diversas dimensiones, es decir su dimensión holística, lo que implica en el personal de enfermería el abandono de posturas reduccionistas que convierten al paciente en una patología, en el paciente de la cama o del expediente número uno; respetando la dignidad humana y no permitiendo que lo negativo que sucede en la sociedad en general y el empleo de las tecnologías influyan en la

⁸Arroyo de Cordero, G. (2000) *Humanismo en Enfermería*. Revista de Enfermería IMSS, 8 (2), pp. 61-63.

pérdida de valores humanos, al contrario, se debe aprovechar lo positivo de estas y no perder los valores humanos de los cuidados profesionales de enfermería⁹.

Reconocer y respetar la dignidad humana es una misión con la que los profesionales de enfermería deben estar comprometidos, sea cual sea la responsabilidad, ya que la enfermería constituye una experiencia que se vive entre seres humanos. Quien no conciba así el cuidado profesional de enfermería, urge retomar el aspecto humano de su práctica asistencial, reforzándola con los distintos modelos y teorías sobre la enfermería que son altamente humanísticos y en lo que uno de ellos sobresale, el pensamiento de una teórica diciendo “el paciente debe ser el centro de nuestra atención” y que para saber los que realmente necesita, la enfermera debe “meterse en la piel del paciente”¹⁰.

Se destaca que para brindar un buen servicio el cuidado de la enfermería debe estar fundamentado en cuatro patrones:

- El conocimiento ético, que se refiere al respeto a la vida y los derechos humanos.
- El conocimiento científico, en cuanto a la aplicación del conocimiento.
- El conocimiento personal, que consiste en comprender las experiencias que tienen las personas sobre su salud-enfermedad.
- Conocimiento estético, que es el percibir lo que es importante para el enfermo.

La unión, comprensión y puesta en marcha de estos cuatro patrones dará un cuidado integral y efectivo del paciente.

⁹ Guillen, V. C. (2016). *Filosofía y práctica de enfermería*. México, D.F.: Manual Moderno.

¹⁰Meza, G. M. (2009). *Humanismo en enfermería*. Revista de Enfermería IMSS, pp. 109-111. [En línea], 17 (2), Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092i.pdf> [Recuperado el 05 de mayo de 2017].

“La calidad y el humanismo son los elementos indispensables que deben de poseer las enfermeras para el buen desarrollo de su profesión”, afirma la Dra. Guadalupe Cecilia Aguilar Domínguez, jefa del departamento de ciencias de la salud de la Universidad de las Américas Puebla¹¹.

Una de las características de nuestra época es el gran desarrollo tecnológico en particular en las ciencias de la salud y de la vida. Este hecho, sumado a la hegemonía de ciertos valores de nuestra sociedad, ha propiciado la pérdida de la visión central del hombre en los procesos asistenciales, llegando en ocasiones a situaciones de deshumanización que vulneran la dignidad de las personas.

En el ámbito asistencial, a menudo la tecnología y el humanismo se presentan como elementos contrapuestos o incluso excluyentes, cuando en la realidad lo que sucede es que ambos son complementarios en la asistencia sanitaria en general y en particular en los cuidados de enfermería. Las expectativas y demandas de los ciudadanos al sistema sanitario detallan que las personas piden sean atendidas con la mejor tecnología existente, pero al mismo tiempo con el mayor humanismo posible, es decir que se les aplique la tecnología sin olvidar que la persona es el verdadero centro de atención de los cuidados¹².

5.2 Generalidades del Proceso Atención Enfermería

Antes que se desarrollará el proceso de enfermería, las enfermeras tendían a ofrecer los cuidados que se basaban en prescripciones médicas y se centraban en las condiciones específicas de la enfermedad más que en la persona a la que se le

¹¹ Aguilar, D.G. (2013). *Segunda jornada de enfermería. Calidad y humanismo en enfermería*. UDLAP, México, Puebla. Disponible en: <http://blog.udlap.mx/blog/2013/01/calidadyhumanismo/> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

¹² Rodríguez, E. B. (2003). *Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente*. *Enfermería clínica*, pp. 164-170. [En línea], 13 (3), Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-humanismo-tecnologia-los-cuidados-enfermeria-S1130862103738005> [Recuperado el 05 de mayo de 2017].

cuidaba. El cuidado que se ofrecía independientemente del médico a menudo estaba guiado por la intuición y la experiencia más que por el método científico.

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso y ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de las personas. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollan un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en que se describía un proceso de cuatro fases, establecieron; valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los 70's Bloch (1974), Roy (1975) añadieron la fase diagnóstica dando lugar a un proceso de cinco fases¹³.

Al desarrollarse el proceso de enfermería tanto teórica como clínicamente, el término diagnóstico de enfermería alcanzó un considerable reconocimiento en la literatura de enfermería.

En 1982, se aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), reconociendo así la participación y contribución de las enfermeras canadienses. Este grupo ha establecido actualmente y aceptado cerca de 100 categorías diagnósticas.

“El Proceso Atención de Enfermería es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, mediante un método sistemático y organizado para brindar cuidados individualizados de acuerdo con el enfoque básico

¹³ Iyer, P. W., Tapich, B. J. (1999). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. (3a. ed.). México: McGraw Hill Internacional. p. 9.

de cada persona o grupo de personas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud”¹⁴.

Otra definición consultada es donde Yura y Walsh (1988) afirman que “el Proceso de Atención de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener el bienestar óptimo de la persona, y, si el estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar”¹⁵.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene como objetivo proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, la familia y la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre la persona y el profesional de enfermería, teniendo a la persona como centro de atención.

Dentro de la estructura del P.A.E. encontramos que está basada en puntos importantes que conllevan a la consecución de información dando referencias de las necesidades de la persona para poder proceder a un plan de acciones que beneficien al mismo en su calidad de vida.

5.2.1 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

Como todo método, el P.A.E. conlleva un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado,

¹⁴Alfaro, L. R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración*. (5a. ed.). Barcelona: Elsevier. pp. 4-5.

¹⁵ Iyer, P. W., Tapich, B. J., op. cit., p. 11.

sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen¹⁶.

1. **Valoración:** el profesional de enfermería reúne los datos de salud de la persona.
2. **Diagnóstico:** se analiza la información recabada en la valoración para la realización de diagnósticos.
3. **Planificación:** el profesional de enfermería desarrolla un plan de cuidados que prescribe actuaciones para conseguir los resultados esperados.
4. **Ejecución:** se llevan a cabo las acciones planeadas y registradas en el plan de enfermería elaborado.
5. **Evaluación:** se evalúa la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados.

Valoración: la enfermera es responsable de recoger y examinar la información sobre el estado de salud buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud, fomentar la participación del paciente y juzgar la validez de los datos recogidos. Cuando la enfermera valora es responsable de los datos en conflicto, de datos incorrectos y de datos prejuizados¹⁷.

Diagnóstico: durante la segunda fase la enfermera es responsable de la identificación de problemas; analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

¹⁶ Iyer, P. W., Tapich, B. J., op. cit., p. 9.

¹⁷ Alfaro, L. R., op. cit., p. 5.

Planificación: consta de cuatro pasos

- a) determinar las actividades inmediatas ¿Qué problemas requiere de una atención inmediata? ¿Cuáles pueden esperar? ¿En cuáles deben centrarse la enfermera? ¿Cuáles se pueden delegar a otras personas? ¿Y cuáles requieren de un enfoque multidisciplinario?
- b) fijar los objetivos (resultados) esperados. Exactamente, ¿Cómo se beneficiará la persona de los cuidados enfermeros?
- c) determinar las intervenciones. ¿Qué intervenciones se llevarán a cabo para prevenir y tratar los problemas y lograr los objetivos?
- d) anotar o individualizar el plan de cuidados escribir y registrar todo lo que el paciente debe hacer.

Ejecución: puesta en práctica del plan; reflexión acerca de lo que se está haciendo.

- a) valorar el estado de salud actual de la persona antes de actuar.
- b) llevar a cabo las intervenciones y volver a valorar para determinar la respuesta inicial.
- c) informar y registrar

Evaluación: Determinar en qué grado se han logrado los objetivos y decidir si hay que introducir cambios.

- a) ¿Cuál es el estado de salud y la capacidad funcional de la persona en comparación de los resultados esperados?
- b) ¿Se han logrado los objetivos, está la persona preparada para cuidar de sí mismo?

5.3 El modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería¹⁸.

El modelo de Virginia Henderson está influenciado por la corriente de pensamiento de la integración y, según Meleis (1997), se incluye dentro de la escuela de necesidades. “esta se basa en las teorías sobre las necesidades y desarrollo humano (A. Maslow, E. H. Erickson, J. Piaget) lo que la impulso a desarrollar su modelo el cual se enfoca a clarificar la función propia de las enfermeras”¹⁹.

5.3.1 Elementos más importantes de su teoría

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la pirámide de necesidades de Maslow , las primeras 7 necesidades están relacionadas con la fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

¹⁸Marrier T. A., (2011), *Modelos y teorías de enfermería*. (7a ed.). Barcelona: Elsevier.

¹⁹Luis, R. M., (2005), *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. (3a. ed.), Barcelona: Elsevier., p. 35.

5.3.2 Metaparadigma dentro del modelo de Virginia Henderson

María Teresa Luis Rodrigo en su libro De la teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, describe que las enfermeras teorizadoras, en su afán de delimitar esta área de conocimientos, han destacado los conceptos del Metaparadigma de Virginia Henderson como sigue²⁰:

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

Considera la salud como la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.

Entorno: Según Henderson, es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona. Con esto, la enfermera se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud.

Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

²⁰ Luis, R. M., op. cit., pp. 35-36.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Cuidado: Consiste en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la realización de sus actividades relacionadas con la satisfacción de las necesidades.

5.3.3 Concepto de enfermería según Virginia Henderson

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"²¹.

Virginia Henderson afirma que la enfermería 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 básicas del paciente, que abarcan todas las posibilidades funcionales de la enfermera.

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades 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

²¹ Marrier T. A., op. cit., pp. 55-56.

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”²².

5.3.4 Las consecuencias de la intervención

De acuerdo a las 14 necesidades básicas tomadas por Virginia se debe tomar en cuenta que estas necesidades son universales. “Especifica universales porque en tanto son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especifica porque se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona”²³.

5.3.5 Cuidados básicos

Se refiere al conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en el juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona²⁴.

- **Independencia.**

Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo a su situación de vida. Situación de vida se refiere al aquí y ahora de la persona, incluyendo tanto aspectos biofisiológicos (edad, sexo, etapa de desarrollo, funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas, etc.) como los socioculturales (experiencias previas, nivel cultural, entrono físico y social en que vive, etc.) y espirituales (ideas, creencias y valores).

²²García, G. M., (2004), *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. (2a. ed.), México: Progreso.

²³ Luis, R. M., op. cit., p. 38.

²⁴ Luis, R. M., op. cit., pp. 39-40.

- **Dependencia.**

Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer sus necesidades básicas en el presente y en el futuro, de acuerdo a su situación de vida a causa de la fuente de la dificultad (fuerza, voluntad, etc.). Será la enfermera quien, basándose en sus conocimientos, experiencia y situación en la que la persona se encuentre, decidirá en cada caso si es o no suficiente el desarrollo del potencial de la persona.

- **Autonomía.**

Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

- **Agente de Autonomía Asistida.**

Con este nombre se designa a la persona, familiar o allegado que, cuando el usuario carece de autonomía, hace ciertas acciones, encaminadas a la satisfacción de las necesidades básicas con cierto grado de suplencia: comer, beber, moverse, etc. y así procurar un entorno seguro.

5.3.6 Las 14 necesidades humanas básicas según Henderson

Dentro de la teoría de Virginia Henderson encontramos que ella toma como referencia 14 necesidades básicas, en las que se describe cada uno de los aspectos que se deben evaluar y de qué manera se manifiestan en la vida de la persona.

Cabe señalar que cada uno de los puntos está enfocado en el bienestar de la persona, y que si alguno de ellos está alterado, será prioridad de la enfermera el satisfacer esta necesidad, para mejorar la calidad de vida del paciente.²⁵

Dentro de ellos se abordará el enfoque de los factores que determinan la satisfacción o la ausencia de la necesidad siendo los más importantes los biofisiológicos, psicológicos y socioculturales.

Debe tenerse en cuenta que son universales a la vez que específicas: universales en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y específicas porque se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona²⁶.

1. Necesidad de respirar normalmente.

Función vital mediante la cual el organismo absorbe oxígeno y elimina dióxido de carbono, proceso fundamental para mantener la vida y sin el cual, el resto de necesidades no tendría sentido alguno. Engloba también el control de algunos aspectos ambientales, tales como sustancias irritantes y olores. Hace referencia al funcionamiento cardíaco y al control mantener una adecuada ventilación.

2. Necesidad de comer y beber adecuadamente.

Tras conseguir el oxígeno requerido para las funciones vitales, el organismo necesita hidratarse y nutrirse de manera adecuada para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. La alimentación requerida dependerá del ritmo y estilo de vida de la persona. La enfermera debe conocer los hábitos de la alimentación y establecer una supervisión sobre la misma.

²⁵ Fernández, F. C., (1993), *Proceso de atención de enfermería*. México: Masson.

²⁶ Luis, R. M., op. cit., pp. 38-39.

3. Necesidad de eliminar por todas las vías.

El cuerpo procesa y elimina aquello que no necesita y que una vez usado se convierte en desecho. Nuestro organismo tiene diversas maneras de eliminar productos de desecho: heces, orina, sudor, etc. La enfermera deberá observar si la eliminación es normal, sus características y frecuencia, también incluye la protección de la piel contra la irritación.

4. Necesidad de moverse y mantener la debida postura.

La limitación del movimiento en una persona, sea en mayor o menor grado, propicia se vea obligada a pedir ayuda para actividades de su vida cotidiana. En caso de ser necesario, la enfermera deberá elaborar un plan de cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. Necesidad de dormir y descansar.

Hace referencia al sueño reparador de la noche o los pequeños descansos en el día, el número de horas y el tipo de descanso, y al uso indiscriminado de somníferos.

6. Necesidad de seleccionar ropa adecuada al vestirse y desvestirse.

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas como lo es la capacidad de vestirse y desvestirse por sí mismo, como sinónimo de independencia.

7. Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales.

Regular la temperatura corporal mediante el uso de ropas adecuadas acorde a la temperatura ambiente según sea frío o calor, y la modificación de la temperatura

ambiente. Hace referencia también al control de la temperatura ambiente y la ventilación.

8. Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel.

Tiene en cuenta la acción de lavarse el cuerpo, así como el número de baños completos, los cuales deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente además de los cuidados, de hidratación y prevención de lesión de la piel.

9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas.

Ser capaz de identificar los riesgos de la vida diaria, saber cómo actuar para prevenirlos y actuar en consecuencia para la protección de sí mismo y de las personas que le rodean además de la autoestima.

10. Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, o “sensaciones”.

Fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, como su enfermedad y aceptar aquello que no puede ser cambiado, mediante un círculo de amistades y personas en las que apoyarse.

11. Necesidad de practicar su religión.

Expresar y actuar libremente de acuerdo a las creencias o religión y valores de cada uno.

12. Necesidad de trabajar en algo que de la sensación de utilidad.

Sentirse realizado, útil y parte de la sociedad por medio del rol y la vocación que cada uno elige.

13. Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo.

La enfermera (o) puede participar y fomentar en los familiares y amigos del paciente un tiempo de distracción, disfrute y relajación.

14. Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad, afán que conduce al desarrollo normal de la salud.

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

5.4 Etapa de desarrollo de la persona

El envejecimiento es un fenómeno universal; es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales.

El envejecimiento es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo²⁷.

El proceso de envejecimiento realmente se inicia entre los 20 y 30 años de edad, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo.

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y

²⁷ Organización Panamericana de la Salud, (1993), *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.

condiciones del entorno. Sin embargo, los cambios que sufren los órganos y los tejidos durante el proceso de envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatomofisiológicas normales. Estos cambios se presentan en forma universal, progresiva, declinante, intrínseca e irreversible. Estas transformaciones se conceptúan de la siguiente manera:

- universales: porque se producen en todos los organismos de una misma especie.
- progresivos; porque es un proceso acumulativo.
- declinantes: porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- intrínsecos: porque ocurren en el individuo, a pesar de que están influenciados por factores ambientales.
- e irreversibles: porque son definitivos.

Las alteraciones físicas que produce el envejecimiento en el individuo se deben a los cambios tisulares, a la reducción de la masa muscular, orgánica y esquelética y a la disminución del volumen de líquido extracelular. Esos cambios, que se evidencian en el aspecto físico y en el funcionamiento del organismo, son los responsables de la disminución del gasto cardiaco, la fuerza muscular, el flujo sanguíneo renal, la visión, la audición y el sentido del gusto. Todos esos cambios explican la disminución de la capacidad física y la lentitud de los movimientos de las personas de edad avanzada.

El envejecimiento es un proceso altamente individual que se manifiesta de diferente manera en cada persona; el deterioro de la visión y la audición, por ejemplo, se presentan en distintas formas y etapas de la vida. El proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido; por el contrario, es irregular y asincrónico, no permite

formular predicciones exactas y sus manifestaciones varían de un individuo a otro. El envejecimiento, así como las causas de la salud y de la enfermedad, es único en cada persona; este carácter individual presenta otro reto.

6. DESARROLLO DEL PROCESO

6.1 Valoración céfalo-caudal

Paciente masculino consciente, orientado en espacio y tiempo, no cooperador, de edad aparente a la cronológica. Exploración de cabeza: se encuentra simétrica, sin presencia de hematomas o abrasiones, cabello canoso. pupilas isocóricas, nariz con mucosas permeables e hidratadas, pabellones auriculares conformados e implantados adecuadamente, conductos auditivos permeables con presencia de material ceroso, boca y comisuras labiales sin alteración, piezas dentales incompletas, ausencia de segundo molar superior lado derecho y de segundo molar superior lado izquierdo, con presencia de caries en moderada cantidad y halitosis. Cuello cilíndrico, simétrico, sin ingurgitación yugular, pulsos carotídeos presentes y de buena intensidad, a la exploración sin presencia de masas o adenomegalias.

Tórax normolineo con movimientos de amplexión y amplexación normales, sin hematomas, abrasiones. A la auscultación; campos pulmonares con respiración eupneica sin ruidos anormales, se escuchan ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia,

Abdomen blando y depresible a la palpación, sin presencia de visceromegalias ni aumentos de volumen anómalos como el globo vesical. Peristalsis normoactiva.

Genitales acordes al sexo y sin lesiones aparentes.

Miembros. El paciente presenta hemiplejía del lado izquierdo.

Extremidades del hemisferio derecho integra, simétricas, eutróficas, con adecuado tono y fuerza muscular, llenado capilar de 2 segundos, con arcos de movilidad conservados. Extremidades del hemisferio izquierdo con pérdida de tono y fuerza

muscular, aunque simétricas. Arcos de movilidad con gran deterioro, llenado capilar de 3 segundos. Ambos miembros inferiores sin presencia de edema.

6.1.1 Descripción del caso clínico con el paradigma de enfermería

Persona:

Se trata de un hombre adulto de 72 años de edad. Quien se encuentra consciente y orientado, con una actitud apática y poco cooperadora. Profesa la religión católica.

Salud:

El paciente padece secuelas de un Evento Vascular Cerebral, presentando hemiplejia en el hemisferio izquierdo. Con los resultados obtenidos en la valoración se han identificado alteraciones en las respuestas humanas, destacando la incapacidad de moverse con libertad, lo cual le provoca un avanzado deterioro de la capacidad para llevar a cabo sus Actividades Básicas de la Vida Diaria (A.B.V.D.) y un deterioro de la capacidad de comunicarse. Esquema de inmunizaciones completo de acuerdo a su edad, hemotipo O+.

Cuidado:

El paciente acude con regularidad a sus citas médicas, cumple con su régimen prescrito de farmacoterapia, debido a su padecimiento actual, a la afectación y deterioro de su movilidad el autocuidado se ve afectado. El cuidado y apoyo en las actividades de la vida diaria es proporcionado por personal de enfermería y su esposa.

Entorno:

Originario y actual residente de la Ciudad de México, habita en casa propia de materiales perdurables, cuenta con todos los servicios de urbanización intra y extra domiciliarios, no convive con animales en su hogar, tabaquismo positivo durante 40 años dejándolo hace 12 años aproximadamente.

6.2 Valoración de enfermería**Datos de identificación:**

El señor Rodolfo P. G. masculino de 72 años de edad originario de la Ciudad de México, casado, católico, escolaridad bachillerato.

Signos vitales:

Tensión Arterial: 130/90 mm Hg, **Frecuencia cardiaca:** 67 x', **Frecuencia respiratoria:** 21X', **Temperatura:** 36.3 Grados Centígrados, **Talla:** 165 cm, **Peso:** 75 kg, **IMC:** 27.5 (sobrepeso), **Glicemia Capilar Pre-pandrial:** 89 mg/dl

1.- Oxigenación

Nariz recta sin desviaciones en base a la línea media, ligera palidez de tegumentos, narinas húmedas, sin aleteo al respirar, saturación 94% sin puntas nasales, no se encuentra la presencia de algún tipo de lesión, frecuencia respiratoria torácica de 21 X', de patrón rítmico. Cuello cilíndrico, sin adenomegalias, pulsos carotídeos de buena intensidad sincrónicos, sin ingurgitación yugular. Tórax posterior con ligera cifosis hacia el lado izquierdo, sin lesiones aparentes con movimientos de amplexión y amplexación simétricos. A la auscultación se escucha una respiración eupneica sin ruidos

anormales, se escuchan ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, frecuencia cardiaca de 67 X'. No convive con fumadores, aunque el fumó por 40 años. ´llenado capilar de 2 segundos.

2.- Nutrición e hidratación

Mucosas orales hidratadas con buena coloración sin lesiones aparentes, lengua en línea media sin desviación, con adecuada textura y movilidad. Desviación de la comisura labial hacia la izquierda. Cavidad oral hidratada, piezas dentales incompletas, ausencia de segundo molar superior lado derecho y de segundo molar superior lado izquierdo, con presencia de caries en moderada cantidad y distribuidas por diferentes piezas dentales, adecuado reflejo nauseoso, con presencia de halitosis, paladar y piso sin alteraciones. Refiere su esposa Toma tres comidas por día con un adecuado equilibrio entre verduras y carnes, elaboradas en casa. Debido a su padecimiento actual padece de dificultad para masticar los alimentos de forma adecuada y mantener los mismos en la boca, aunque se alimenta de manera autónoma. Cepillado dental 2 veces por día, en la mañana y en la noche. En cuanto a la hidratación, ingiere en promedio de dos a tres litros de agua, ya sea de sabor o natural.

Abdomen blando depresible, sin dolor a la palpación, peristalsis normoactiva, no se palpan masas o visceromegalias.

3.- Eliminación

Genitales de acuerdo al sexo y edad, sin lesiones dérmicas o secreciones evidentes. Abdomen blando depresible sin dolor a la palpación superficial, media o profunda, sin presencia de visceromegalias ni aumentos de volumen anómalos como el globo vesical. Peristalsis normoactiva. Refiere su esposa le cambia el pañal las veces que

sea necesario, debido a que sufre de incontinencia urinaria y fecal. (Micción o evacuación). Evacuaciones de forma y consistencia normal, así como en la recurrencia, de 2 a 1 evacuación por día, con uso de pañal. En ocasiones ha presentado estreñimiento a causa de pasar largos periodos de tiempo sentado y a la falta de actividad física.

4.- Movilidad y postura

El paciente presenta hemiplejia del lado izquierdo. Extremidades del hemisferio derecho integra, simétricas, eutróficas, con adecuado tono y fuerza muscular, llenado capilar de 2 segundos, con arcos de movilidad conservados. Extremidades del hemisferio izquierdo con pérdida de tono y fuerza muscular, aunque simétricas. Arcos de movilidad con gran deterioro, llenado capilar de 3 segundos.

Debido a la hemiplejia no deambula, aunque tampoco utiliza algún dispositivo para desplazarse. Tiene problemas para realizar cualquier actividad que requiera trasladarse. Permanece la mayor parte del día sentado en su silla de ruedas, o es llevado a un reposet.

La fuerza muscular que presenta en el miembro superior derecho y en el izquierdo es distinta, siendo notablemente mayor en el derecho. Además, la pérdida de fuerza es mayor en la extremidad inferior que en la superior. La extremidad superior presenta espasticidad, lo que implica que el paciente tenga el brazo flexionado, ésta se acentúa cuando se intenta movilizar.

Debido a su padecimiento actual no realiza actividad física alguna.

5.- Descanso y sueño

Sueño nocturno fisiológico con duración de 8 a 9 horas aproximadamente, con repetidas siestas durante el día, aunque su esposa refiere no padecer de trastornos del sueño, también comenta que el paciente normalmente dormía en decúbito lateral izquierdo y sin embargo ahora duerme en decúbito supino y a veces con ligera intención de lateralidad hacia la derecha.

6.- Vestido

Totalmente dependiente para vestirse y desvestirse, es ayudado por el enfermero, o su esposa quienes le elijen la ropa adecuada y cómoda de acuerdo al clima. Se le realiza cambio de vestimenta todos los días.

7.- Termorregulación

En base a los reportes de enfermería la temperatura tomada de forma axilar oscila entre los 36.0 y 36.7 ° C durante el día.

8.- Higiene y protección de la piel

Piel limpia, hidratada y sin signos de edema. Realiza baño corporal cada tercer día con la asistencia de su esposa y el personal de enfermería, el cambio de pañal se realiza por turno o cada vez que sea necesario durante el día. Presenta una Ulcera Por Presión de estructuras óseas, en la parte sacra grado 2, debido a la falta de la movilización necesaria en la cama y silla de ruedas. El señor Rodolfo recibe cuidado de enfermería tres veces por semana, durante el turno matutino, el resto del tiempo depende de los cuidados de la familia. El cuidado de las uñas se le realiza de manera semanal. El lavado de manos lo realiza antes de cada comida. El cepillado dental se realiza dos veces por día.

Cabello limpio y uñas limpias y recortadas, narinas húmedas, mucosa y oídos sin alteraciones exteriores, de forma y tamaño acorde a la edad. Labios con buena coloración, hidratados y sin lesiones

9.- Evitar peligros

Su esposa refiere cuenta con esquema de vacunación actualizado. Recibe visita médica mensual de parte de su servicio médico (ISSSTE), y lo llevan a todas sus consultas médicas y de laboratorio. No es capaz de mantener su seguridad física por si solo debido a su padecimiento. Su medicación está a cargo de su esposa y el personal de enfermería, sin posibilidad de sufrir una intoxicación farmacológica, Durante la noche y los periodos que se encuentra en la cama se utilizan los barandales arriba, en la movilización sobre silla de ruedas, se utilizan los frenos de pedal. Su domicilio no cuenta con pasamanos en el baño, para darle mayor seguridad durante el baño, aunque lo realiza sentado.

Actualmente su plan terapéutico prescrito es:

Escitalopram; 10 mg V.O., Clopidogrel; 75 mg V.O., Telmisartan; 80 mg V.O.,
Glibenclamida; 5 mg V.O.

10.- Comunicación

Debido al padecimiento actual su comunicación se ve afectada, aunque no totalmente ya que su esposa ha aprendido a interpretar su lenguaje corporal y entiende lo que desea transmitirle. También refiere que debido a su padecimiento su conducta a veces se torna de completo desinterés y apática.

A la exploración Presenta un deterioro de la capacidad de pronunciar palabras y formular oraciones. Aunque es capaz de captar perfectamente lo que se le dice y contesta en la medida de sus posibilidades, pero con lentitud y de forma breve.

La familia lo describe como una persona con disciplina. Responde con frases cortas y sencillas, presenta notable bradipsiquia y disartria. No suele iniciar una comunicación a no ser que previamente se dirijan a él o necesite algo determinado, como lo es beber agua.

Se encuentra muy acompañado por su familia, su mujer se pasa el día entero con él, excepto las noches que se va a su habitación para descansar y sus hijos vienen a diario en cuanto el trabajo se los permite.

11.- Creencias y valores

Tanto el cómo su núcleo familiar es católico, cada viernes le llevan la sagrada comunión.

12.- Trabajo y realización

Actualmente es jubilado, y no realiza ninguna actividad remunerativa, debido a su padecimiento actual y a consecuencia de que es permanente está imposibilitado para realizar actividades de trabajo alguno. Es totalmente dependiente para las Actividades de la Vida Diaria. A la exploración se muestra una actitud apática y sin interés hacia las preguntas.

13.- Recreación

Su esposa refiere que realiza pocas actividades recreativas debido a su padecimiento actual, menciona le gusta ver televisión y escuchar música. Al

momento de realizar algunas terapias de lenguaje, y ocupacionales muestra poco interés o se queda dormido durante los ejercicios.

14.- Aprendizaje

El paciente no muestra interés por aprender alguna actividad o habilidad nueva, al querer insistir sobre alguna temática su estado de ánimo cambia bruscamente a apático.

6.3 Análisis de la información

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
<p>1</p> <p>OXIGENACIÓN</p>	<p>ligera palidez de tegumentos</p>	<p>Paciente sin aleteo al respirar, saturación de 94%, frecuencia respiratoria torácica de 21 X', de patrón rítmico. Tórax posterior con ligera cifosis hacia el lado izquierdo, se escuchan ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, frecuencia cardiaca de 67 X'. Llenado capilar de 2 segundos.</p>
<p>2</p> <p>ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</p>	<p>Desviación de la comisura labial hacia la izquierda. Piezas dentales incompletas, con presencia de caries en moderada cantidad y distribuidas por diferentes piezas dentales, con presencia de halitosis. Debido a su padecimiento actual padece de dificultad para masticar los alimentos de forma adecuada y mantener los mismos en la boca.</p> <p>TALLA: 165 cm PESO: 75 Kg IMC: 27.5 (sobrepeso)</p>	<p>Mucosas orales hidratadas con buena coloración sin lesiones aparentes, refiere su esposa Toma tres comidas por día con un adecuado equilibrio entre verduras y carnes, elaboradas en casa. Se alimenta de manera autónoma. Cepillado dental 2 veces por día, en la mañana y en la noche. En cuanto a la hidratación, ingiere en promedio de 1 y medio a 2 litros de agua.</p>
<p>3</p> <p>ELIMINACIÓN</p>	<p>En ocasiones ha presentado estreñimiento a causa de pasar largos periodos de tiempo sentado y a la falta de actividad física.</p>	<p>Genitales de acuerdo al sexo y edad. Abdomen blando depresible sin dolor a la palpación superficial, media o profunda. Refiere su esposa le cambia el pañal las veces que sea necesario, debido a que sufre de incontinencia urinaria y fecal. (micción o evacuación). Con uso de pañal.</p>

<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">MOVIMIENTO Y POSTURA</p>	<p>El paciente presenta hemiplejía del lado izquierdo.</p> <p>Extremidades del hemisferio izquierdo con pérdida de tono y fuerza muscular, aunque simétricas. Arcos de movilidad con gran deterioro, llenado capilar de 3 segundos.</p> <p>Debido a la hemiplejía no deambula, aunque tampoco utiliza algún dispositivo para desplazarse. Permanece la mayor parte del día sentado en su silla de ruedas, o es llevado a un reposet. Además la pérdida de fuerza es mayor en la extremidad inferior que en la superior. La extremidad superior presenta espasticidad, lo que implica que el paciente tenga el brazo flexionado, ésta se acentúa cuando se intenta movilizar.</p> <p>Debido a su padecimiento actual no realiza actividad física alguna.</p>	<p>Extremidades del hemisferio derecho integra, simétricas, eutróficas, con adecuado tono y fuerza muscular, llenado capilar de 2 segundos, con arcos de movilidad conservados.</p> <p>La fuerza muscular que presenta en el miembro superior derecho y en el izquierdo es distinta, siendo notablemente mayor en el derecho.</p>
<p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">DESCANSO Y SUEÑO</p>	<p>Con repetidas siestas durante el día, aunque también comenta que el paciente normalmente dormía en decúbito lateral izquierdo y sin embargo ahora duerme en decúbito supino y a veces con ligera intención de lateralidad hacia la derecha.</p>	<p>Sueño nocturno fisiológico con duración de 8 a 9 horas aproximadamente,</p> <p>Su esposa refiere no padecer de trastornos del sueño.</p>
<p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">VESTIDO</p>	<p>Totalmente dependiente para vestirse y desvestirse, es ayudado por el enfermero, o su esposa.</p>	<p>Usa ropa adecuada y cómoda de acuerdo al clima. Se le realiza cambio de vestimenta todos los días.</p>
<p style="text-align: center;">7</p> <p style="text-align: center;">TERMORREGULACIÓN</p>	<p>No presenta alteraciones.</p>	<p>En base a los reportes de enfermería la temperatura tomada de forma axilar oscila entre los 36.0 y 36.7 ° C durante el día.</p>
<p style="text-align: center;">8</p> <p style="text-align: center;">HIGIENE</p>	<p>Realiza baño corporal cada tercer día con la asistencia de su esposa y el personal de enfermería, Presenta una Úlcera Por Presión de estructuras óseas, en la parte sacra grado 2, debido a la falta de la movilización necesaria en la cama y silla de ruedas.</p>	<p>Piel limpia, hidratada y sin signos de edema.</p> <p>El cambio de pañal se realiza por turno o cada vez que sea necesario durante el día.</p> <p>El cuidado de las uñas se le realiza de manera semanal. El lavado de manos lo realiza antes de cada comida. El cepillado dental se realiza dos veces por día.</p> <p>Cabello limpio y uñas limpias y recortadas, narinas húmedas, mucosa y oídos sin alteraciones exteriores, de forma y tamaño acorde a la edad. Labios con buena coloración, hidratados y sin</p>

		lesiones
9 EVITAR PELIGROS	<p>No es capaz de mantener su seguridad física debido a su padecimiento.. Su domicilio no cuenta con pasamanos en el baño, para darle mayor seguridad durante el baño, aunque lo realiza sentado.</p> <p>Actualmente su plan terapéutico prescrito es:</p> <p>Escitalopram; 10 mg V.O. Clopidogrel; 75 mg V.O. Telmisartan; 80 mg V.O. Glibenclamida; 5 mg V.O.</p>	<p>Su esposa refiere cuenta con esquema de vacunación actualizado. Su medicación está a cargo de su esposa y el personal de enfermería, sin posibilidad de sufrir una intoxicación farmacológica, Durante la noche y los periodos que se encuentra en la cama se utilizan los barandales arriba, en la movilización sobre silla de ruedas, se utilizan los frenos de pedal</p>
10 COMUNICACIÓN	<p>Debido al padecimiento actual su comunicación se ve afectada, También refiere que debido a su padecimiento su conducta a veces se torna de completo desinterés y apática. A la exploración Presenta un deterioro de la capacidad de pronunciar palabras y formular oraciones. Presenta notable bradipsiquia y disartria. No suele iniciar una comunicación a no ser que previamente se dirijan a él o necesite algo determinado, como lo es beber agua.</p>	<p>Su esposa ha aprendido a interpretar su lenguaje corporal y entiende lo que desea transmitirle. Es capaz de captar perfectamente lo que se le dice y contesta en la medida de sus posibilidades pero con lentitud y de forma breve.</p> <p>La familia lo describe como una persona con disciplina. Responde con frases cortas y sencillas, Se encuentra muy acompañado por su familia, su mujer se pasa el día entero con él, excepto las noches que se va a su habitación para descansar y sus hijos vienen a diario en cuanto el trabajo se los permite.</p>
11 CREENCIAS Y VALORES	No presenta alteraciones.	Tanto el cómo su núcleo familiar son católicos, cada viernes le llevan la sagrada comunión.
12 TRABAJAR Y REALIZARSE	Es totalmente dependiente para las Actividades de la Vida Diaria. A la exploración se muestra una actitud apática y sin interés hacia las preguntas.	Actualmente es jubilado, y no realiza ninguna actividad remunerativa, debido a su padecimiento actual y a consecuencia de que es permanente esta imposibilitado para realizar actividades de trabajo alguna.
13 RECREACIÓN	Su esposa refiere que realiza pocas actividades recreativas debido a su padecimiento actual, menciona Al momento de realizar algunas terapias de lenguaje, y ocupacionales muestra poco interés o se queda dormido durante los ejercicios.	Le gusta ver televisión y escuchar música.

14 APRENDIZAJE	El paciente no muestra interés por aprender alguna actividad o habilidad nueva, al querer insistir sobre alguna temática su estado de ánimo cambia bruscamente a apático.	Su esposa lo estimula para el aprendizaje
-------------------------------------	---	---

6.4 Conclusión diagnóstica de enfermería (NANDA)²⁸

00015 Riesgo de estreñimiento **R/C** La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad.

00039 Riesgo de aspiración **R/C** Deterioro de la capacidad para deglutir.

00040 Riesgo de síndrome de desuso **R/C** Inmovilidad mecánica.

00045 Deterioro de la mucosa oral **R/C** Higiene oral inadecuada **M/P** Halitosis.

00046 Deterioro de la integridad cutánea **R/C** Factores mecánicos y alteración sensorial **M/P** Alteración de la integridad cutánea.

00048 Deterioro de la dentición **R/C** Higiene oral inadecuada **M/P** Ausencia de dientes.

00051 Deterioro de la comunicación verbal **R/C** Autoestima baja **M/P** Dificultad para hablar.

00052 Deterioro de la interacción social **R/C** Barreras de comunicación **M/P** Interacción disfuncional con los demás.

²⁸ Herdman, T.H. (2012) (Ed.). *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2015-2017. Barcelona: Elsevier.

00061 Riesgo de cansancio del rol de cuidador **R/C** Actividades de cuidado excesivas.

00085 Deterioro de la movilidad física **R/C** Deterioro sensorceptivo **M/P** Disminución de las actividades motoras.

00091 Deterioro de la movilidad en cama **R/C** Deterioro sensorceptivo **M/P** Deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.

00102 Déficit de autocuidado: alimentación **R/C** Deterioro sensorceptivo **M/P** Deterioro de la capacidad para mover los alimentos en la boca, masticarlos y deglutirlos.

00108 Déficit de autocuidado: baño **R/C** Deterioro sensorceptivo **M/P** Incapacidad para lavarse el cuerpo.

00109 Déficit de autocuidado: vestido **R/C** Deterioro sensorceptivo **M/P** Deterioro de la capacidad de ponerse las prendas de vestir necesarias.

00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro **R/C** Deterioro sensorceptivo **M/P** Deterioro de la capacidad para llegar al inodoro.

00115 Riesgo de caídas **R/C** Deterioro de la movilidad.

00016 Deterioro de la eliminación urinaria **R/C** Deterioro sensitivo-motor **M/P** Incontinencia urinaria.

00119 Baja autoestima crónica **R/C** Afrontamiento ineficaz de una pérdida **M/P** Depende de las opiniones de los demás.

00124 Desesperanza **R/C** Prolongada restricción de la actividad **M/P** Disminución de la iniciativa.

00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz **R/C** Hipertensión.

6.5 Jerarquización de necesidades afectadas y priorización de diagnósticos de enfermería

MOVIMIENTO Y POSTURA
<ul style="list-style-type: none">▪ 00085 Deterioro de la movilidad física R/C Deterioro sensorceptivo M/P Disminución de las actividades motoras.▪ 00040 Riesgo de síndrome de desuso R/C Inmovilidad mecánica.▪ 00091 Deterioro de la movilidad en cama R/C Deterioro sensorceptivo M/P Deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.
EVITAR PELIGROS
<ul style="list-style-type: none">▪ 00115 Riesgo de caídas R/C Deterioro de la movilidad.▪ 00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C Hipertensión.
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN
<ul style="list-style-type: none">▪ 00102 Déficit de autocuidado: alimentación R/C Deterioro sensorceptivo M/P Deterioro de la capacidad para mover los alimentos en la boca, masticarlos y deglutirlos.
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL
<ul style="list-style-type: none">▪ 00108 Déficit de autocuidado: baño R/C Deterioro sensorceptivo M/P Incapacidad para lavarse el cuerpo.▪ 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C Factores mecánicos y Alteración sensorial M/P Alteración de la integridad cutánea.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 00045 Deterioro de la mucosa oral R/C Higiene oral inadecuada M/P Halitosis.
VESTIDO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 00109 Déficit de autocuidado: vestido R/C Deterioro sensorio-perceptivo M/P Deterioro de la capacidad de ponerse las prendas de vestir necesarias.
ELIMINACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C Deterioro sensitivo-motor M/P Incontinencia urinaria.

6.6 Plan de cuidados incluyendo (NIC y NOC), ejecución y evaluación por diagnóstico ²⁹ , ³⁰ , ³¹

²⁹ Herdman, T.H. (2012) (Ed.). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación.* 2015-2017. Barcelona: Elsevier.

³⁰ Moorhead, S. (2013) (Ed.). *NOC. Clasificación de Resultados de Enfermería.* 2014. Barcelona: Elsevier

³¹ Bulechek, G. M. (2013) (Ed.). *NIC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería.* 2014. Barcelona: Elsevier.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>00085 DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/REPOSO CLASE: 2 ACTIVIDAD/EJERCICIO ETIQUETA (PROBLEMA) (p): <u>Deterioro de la movilidad física</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): <u>Deterioro sensorceptivo</u></p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas): <u>Disminución de las actividades motoras</u></p> <p>DEFINICIÓN: limitación del movimiento físico independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p>	<p>0911 Estado neurológico: control motor central DEFINICIÓN: Capacidad del sistema nervioso central para coordinar la actividad muscular esquelética para el movimiento corporal. DOMINIO: Salud fisiológica (II)CLASE: Neurocognitiva (J)</p>	<p>091101 Equilibrio (1)</p> <p>091103 Mantenimiento de la postura (1)</p> <p>091112 Movimiento intencionado a partir de una orden (2)</p> <p>091113 Anomalías de la marcha (1)</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido</p>	<p>Elevar de 1 a 3</p> <p>Elevar de 1 a 3</p> <p>Elevar de 2 a 3</p> <p>Elevar de 1 a 3</p>
INTERVENCIONES (NIC):		ACTIVIDADES (NIC):		
<p>Movilidad física, Deterioro de la. Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo de una o más extremidades</p> <p>0970 Transferencia Definición: Traslado de un paciente con limitación del movimiento independiente. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: C control de inmovilidad</p> <p>5612 Enseñanza: ejercicio prescrito Definición: Preparar a un paciente para que consiga mantenga el nivel de ejercicio prescrito. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: A control de actividad y ejercicio</p> <p>0221 Terapia de ejercicios: ambulación Definición: Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: A control de actividad y ejercicio</p> <p>0222 Terapia de ejercicios: equilibrio Definición: Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: A control de actividad y ejercicio</p>	<p>0970 Transferencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de movilidad y las limitaciones del movimiento. - Determinar la cantidad y tipo de asistencia necesaria. - Comentar con el paciente sobre cómo se realizara el traslado. - Utilizar una silla de ruedas para mover a un paciente que no pueda desplazarse. <p>5612 Enseñanza: ejercicio prescrito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito. - Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito. - Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. <p>0221 Terapia de ejercicios: ambulación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda. - Proporcionar un dispositivo de ayuda. - Ayudar al paciente con la deambulación inicial. <p>0222 Terapia de ejercicios: equilibrio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio. - Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios de mantenimiento y la mejora del equilibrio. - Proporcionar dispositivos de ayuda como apoyo del paciente al realizar los ejercicios. - Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios. - Reforzar y proporcionar instrucción sobre la posición y la realización de movimientos para mantener el equilibrio durante las actividades de la vida diaria. 			

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física **R/C** deterioro sensoperceptivo **M/P** disminución de las actividades motoras.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>La inmovilidad causada por un EVC es producto de las lesiones cerebrales que implican una arteria, una vena, o ambas cuando la circulación cerebral queda perturbada como resultado de oclusión parcial o completa de un vaso sanguíneo, o bien, ser el resultado de la ruptura de un vaso, dando lugar a un derrame; y como consecuencia muerte de tejido cerebral por falta de irrigación. Según el hemisferio afectado, produciendo así un trastorno motor donde se ve afectada la capacidad de movimiento que deteriora de manera significativa la calidad de vida del paciente.</p>	<p>Lograr que el paciente recupere progresivamente lo más que sea posible la capacidad de movimiento autónomo mediante actividades de enseñanza así como terapias de ejercicios.</p>	<p><u>0970 Transferencia</u> Se obtuvo un resultado satisfactorio, mediante la determinación de las limitaciones del paciente y debido al deterioro que presentaba era necesario asistirlo en todo momento para su traslado incluso en silla de ruedas.</p> <p><u>5612 Enseñanza del ejercicio prescrito</u> esta intervención se logró ejecutar con éxito, el paciente entendió y comprendió la importancia así como los beneficios de los ejercicios prescritos aceptando participar en la realización de estos por las mañanas y durante las tardes con el apoyo de su esposa.</p> <p><u>0221 Terapia de ejercicios; deambulaci3n</u> No fue posible implementar la deambulaci3n inicial debido al deterioro del lado afectado por la hemiplejia ni con el uso de un dispositivo de ayuda.</p> <p><u>0222 Terapia de ejercicios; equilibrio</u> se logr3 obtener una mejor postura corporal durante el tiempo que permanecía sentado, ya sea al momento de tomar sus alimentos o del baño.</p>

Diagnóstico: Riesgo de síndrome de desuso **R/C** Inmovilización mecánica.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>El síndrome de desuso o de inmovilidad reduce la tolerancia a la actividad física, lo que provoca debilidad generalizada, y en casos graves, pérdida del automatismo y reflejos posturales.</p>	<p>Prevenir el síndrome de desuso</p>	<p><u>0200 Fomento del ejercicio</u> la intervención fue realizada con éxito, debido a que el paciente siempre tuvo una buena opinión sobre el ejercicio, aceptando realizar ejercicios en cama durante las mañanas.</p> <p><u>0180 manejo de la energía</u> mediante la implementación de actividades tanto físicas como didácticas se logro disminuir los episodios de sueño durante el día.</p> <p><u>0226 Terapia de ejercicios; control muscular</u> Aunque el paciente al principio no demostraba iniciativa para realizar los ejercicios en cama de manera individual, con el acompañamiento se facilitaba la realización de los mismos.</p> <p><u>4310 Terapia de actividad</u> el paciente contaba con los recursos necesarios en casa para poder realizar las diversas actividades tanto físicas como didácticas.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>00091 DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/REPOSO CLASE: 2 ACTIVIDAD/EJERCICIO</p> <p>ETIQUETA (PROBLEMA) (p): <u>Deterioro de la movilidad en cama</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): <u>Deterioro sensorceptivo</u></p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas): <u>Deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama</u></p> <p>DEFINICIÓN: limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.</p>	<p>0208 <u>Movilidad</u></p> <p>DEFINICIÓN: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.</p> <p>DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Movilidad (C)</p>	<p>020809 Coordinación (1)</p> <p>020803 Movimiento muscular (1)</p> <p>020804 Movimiento articular (1)</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido</p>	<p>Elevar de 1 a 3</p> <p>Elevar de 1 a 3</p> <p>Elevar de 1 a 3</p>
INTERVENCIONES (NIC):	ACTIVIDADES (NIC):			
<p>Movilidad en la cama, Deterioro de la. Definición: Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.</p> <p>0840 <u>Cambio de posición</u> Definición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: C control de inmovilidad</p> <p>0740 <u>Cuidados del paciente encamado</u> Definición: Fomento de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: C control de inmovilidad</p>	<p>0840 <u>cambio de posición</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda. - Colocar en posición de alineación corporal correcta. - Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. - Elevar el cabecero de la cama. - Realizar los giros y cambios de posición según lo indique el estado de la piel. <p>0740 <u>Cuidados del paciente encamado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. - Subir las barandillas. - Vigilar el estado de la piel. - Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y activos. 			

Diagnóstico: Deterioro de la movilidad en cama **R/C** Deterioro sensorceptivo **M/P** Deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>La incapacidad de controlar ciertos músculos debido a la hemiplejia que padece el paciente dificulta el movimiento para poder cambiar de posición por sí mismo en la cama, principalmente durante las noches. Lo cual puede complicar su estado de salud.</p>	<p>Proporcionar al paciente mayor comodidad y este pueda obtener un mayor descanso durante el periodo de sueño fisiológico, así como evitar posibles caídas y complicaciones como las UPP.</p>	<p><u>0840 Cambio de posición</u> la intervención fue realizada con éxito, se le mostro la forma en que debía rotar en su cama cuando él lo deseara, sujetándose de los barandales de la misma, indicándole no debe permanecer por mucho tiempo en la misma posición por mucho tiempo ya que puede provocarse una UPP. Se recordó a su esposa debe dormir con la cabecera un poco elevada.</p> <p><u>0740 Cuidados del paciente encamado</u> La familia del paciente ha sido fundamental para lograr las intervenciones, debido a su buena disposición y entrega hacia el. Utilizaron los medios disponibles y necesarios para mantener la seguridad en cama del paciente, así como mantener la ropa de cama seca y sin arrugas.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>00115 DOMINIO: 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE: 2 LESIÓN FÍSICA</p> <p>ETIQUETA (PROBLEMA) (p): <u>Riesgo de caídas</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): <u>Deterior de la movilidad</u></p> <p>DEFINICIÓN: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico y que puede comprometer la salud.</p>	<p>0918Atencion al lado afectado</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones personales para reconocer, proteger e integrar cognitivamente la(s) parte(s) afectada(s) del cuerpo en uno mismo.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Neurocognitiva (J)</p>	<p>091804 Protege el lado afectado cuando se traslada (5)</p> <p>091805 Protege el lado afectado durante el reposo o el sueño (5)</p> <p>091810 Estimula la fuerza y destreza de la extremidad afectada (2)</p> <p>091812 Mantiene el control postural (2)</p>	<p>1. Nunca demostrado.</p> <p>2. Raramente demostrado.</p> <p>3. A veces demostrado.</p> <p>4. Frecuentemente demostrado.</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>Mantener en 5</p> <p>Mantener en 5</p> <p>Elevar de 2 a 4</p> <p>Elevar de 2 a 4</p>
INTERVENCIONES (NIC):	ACTIVIDADES (NIC):			
<p>Caídas, riesgo de Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.</p> <p>0224Terapia de ejercicios: movilidad articular Definición: Realizar movimientos corporales pasivos o activos para mantener o restablecer la flexibilidad articular. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: A Control de actividad y ejercicio</p> <p>1806Ayuda con el autocuidado: transferencia Definición: Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar la ubicación del cuerpo. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: C Control de inmovilidad</p>	<p>0224Terapia de ejercicios: movimiento articular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. - Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular. - Explicar al paciente / familia el objetivo y el plan de ejercicios articulares. <p>1806Ayuda con el autocuidado: transferencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente. - Al final de la transferencia, evaluar en el paciente la alineación adecuada del cuerpo. - Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado. 			

Diagnóstico: Riesgo de caídas **R/C** Deterioro de la movilidad.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>La posibilidad de sufrir una caída durante el traslado del paciente aumenta con la limitación de movimiento del lado afectado, lo cual es de relevancia importante ya que puede provocar complicaciones a su estado de salud.</p>	<p>Evitar que el paciente sufra una caída durante su traslado y actividades diarias.</p>	<p><u>0224 Terapia de ejercicios: movimiento articular</u> Aunque en el domicilio no se contaba con la colaboración del personal de fisioterapia, si se contaba ya con un plan de ejercicios articulares prescritos, los cuales si fue un poco difícil llevar a cabo con el paciente, debido a que algunos días no se encontraba de ánimo para cumplir con el plan de ejercicios prescritos y era difícil lograr convencerlo de realizarlos, aun con la motivación de su esposa.</p> <p><u>1806 Ayuda con el autocuidado: transferencia</u> La esposa del paciente fue fundamental para cumplir este objetivo, debido a que ella siempre demostró la disposición para ayudar con el traslado del paciente, el personal de enfermería únicamente fomentaba la correcta alineación del paciente antes, durante y después de cada traslado para evitar lesiones.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>00201 DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/REPOSO CLASE: 4 RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/CEREBRALES</p> <p>ETIQUETA (PROBLEMA) (p): <u>Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): <u>Hipertensión</u></p> <p>DEFINICIÓN: Vulnerable a una disminución de la circulación tisular cerebral que puede comprometer la salud.</p>	<p>0918Perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de</p> <p>DEFINICIÓN: Riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral que puede comprometer la salud.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológica (II)</p> <p>CLASE: Cardiopulmonar (E)</p>	<p>040613 Presión sanguínea sistólica (4)</p> <p>040614 Presión sanguínea diastólica (4)</p> <p>040618 Deterioro cognitivo (3)</p> <p>040620 Reflejos neurológicos alterados (3)</p>	<p>1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal.</p> <p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>	<p>Mantener en 4</p> <p>Mantener en 4</p> <p>Mantener en 3</p> <p>Mantener en 3</p>
INTERVENCIONES (NIC):	ACTIVIDADES (NIC):			
<p>Perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de Definición: Riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral que puede comprometer la salud.</p> <p>6680Monitorización de los signos vitales Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: A Control de actividad y ejercicio</p> <p>2380Manejo de la medicación Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación. CAMPO: 4 Seguridad CLASE: U Control en casos de crisis</p>	<p>6680Monitorización de los signos vitales - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda. - Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. - Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.</p> <p>2380Manejo de la medicación - Controlar el cumplimiento del régimen de medicación. - Desechar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas según corresponda.</p>			

Diagnóstico: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz **R/C** Hipertensión.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>La probabilidad de sufrir un EVC nuevamente es constante en pacientes con antecedentes de este, es por ello que es importante mantener dentro de parámetros normales la tensión arterial para prevenir complicaciones a su estado de salud.</p>	<p>Mantener dentro de parámetros normales las cifras de tensión arterial.</p>	<p><u>6680 Monitorización de los signos vitales</u> En el domicilio del paciente se contaba con un baumanómetro, con el cual se realizaba la toma y registro de signos vitales dos veces por turno.</p> <p><u>2380 Manejo de la medicación</u> se cumplió con el régimen terapéutico prescrito durante el turno del personal de enfermería, y a cargo de su esposa las tomas fuera del turno de enfermería, así mismo se verificaba periódicamente la fecha de caducidad impresa en cada caja de medicamentos prescritos</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>00102 DOMINIO:4 ACTIVIDAD/REPOSO CLASE: 5 AUTOCUIDADO</p> <p>ETIQUETA (PROBLEMA) (p): <u>Déficit de autocuidado: alimentación</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): <u>Deterioro sensorio-perceptivo</u></p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas): <u>Deterioro de la capacidad para deglutir los alimentos</u></p> <p>DEFINICIÓN: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de autoalimentación.</p>	<p>1010 Estado de deglución</p> <p>DEFINICIÓN: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Digestión y nutrición (E)</p>	<p>101001 Mantiene la comida en la boca (3)</p> <p>101004 Capacidad de masticación (4)</p> <p>101015 Mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto (2)</p> <p>101020 Tos (2)</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido</p> <p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>	<p>Elevar a 4</p> <p>Mantener a 4</p> <p>Elevar a 4</p> <p>Elevar a 4</p>
INTERVENCIONES (NIC):	ACTIVIDADES (NIC):			
<p>Autocuidado: alimentación, Déficit de Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.</p> <p>1803 Ayuda con el autocuidado: alimentación Definición: Ayudar a una persona a comer CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: D Apoyo nutricional</p>	<p>1803 Ayuda con el autocuidado: alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la deglución y la masticación. - Proporcionar ayuda física, si es necesario. - Proteger con un babero, según corresponda. 			

Diagnóstico: Déficit de autocuidado; alimentación **R/C** Deterioro sensorio perceptivo **M/P** Deterioro de la capacidad para deglutir los alimentos.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>La pérdida de la capacidad para deglutir los alimentos y líquidos es una de las funciones que se ven afectadas en los pacientes con EVC provocada en este caso por la incorrecta alineación del cuello y cabeza, lo cual dificulta el libre tránsito del bolo alimenticio por la faringe.</p>	<p>Inculcar una correcta alineación corporal durante la alimentación y prevenir el riesgo de aspiración.</p>	<p>1803 <u>Ayuda con el autocuidado: alimentación</u> Al momento de tomar sus alimentos el paciente adoptaba una alineación corporal incorrecta, lo cual dificultaba la deglución de los mismos. Al llevar a cabo esta intervención se le pedía tomara una correcta alineación de la cabeza, en ocasiones el personal de enfermería asistía al paciente lo cual facilitaba la deglución de los alimentos y disminuía la tos y el riesgo de aspiración por los mismos.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA 00108 DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/REPOSO CLASE: 5 AUTOCUIDADO</p> <p>ETIQUETA (PROBLEMA) (p): <u>Déficit de autocuidado: baño</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): <u>Deterioro neuromuscular</u></p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas): <u>Incapacidad para lavarse el cuerpo</u></p> <p>DEFINICIÓN: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/higiene.</p>	<p>0301 <u>Autocuidados: baño</u></p> <p>DEFINICIÓN: Acciones personales para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin dispositivo de ayuda.</p> <p>DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Autocuidado (D)</p>	<p>030113 Se lava la cara (3)</p> <p>030114 Se lava la parte superior del cuerpo (3)</p> <p>030116 Se lava la zona perineal (2)</p> <p>030111 Seca el cuerpo (1)</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido</p>	<p>Mantener en 3</p> <p>Mantener en 3</p> <p>Elevar de 2 a 3</p> <p>Elevar de 1 a 3</p>
INTERVENCIONES (NIC):	ACTIVIDADES (NIC):			
<p>Autocuidado: baño, Déficit de Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.</p> <p>1801 <u>Ayuda con el autocuidado: baño/higiene</u> Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: F Facilitación del autocuidado</p> <p>1680 <u>Cuidados de las uñas</u> Definición: Fomentar un aspecto limpio, bien cuidado y atractivo de las uñas y prevenir la aparición de lesiones en la piel relacionadas con un cuidado ungueal inadecuado. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: F Facilitación del autocuidado</p> <p>1750 <u>Cuidados perineales</u> Definición: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: F Facilitación del autocuidado</p> <p>5606 <u>Enseñanza: individual</u> Definición: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente. CAMPO: 3 Conductual CLASE: S Educación de los pacientes</p>	<p>1801 <u>Ayuda con el autocuidado: baño/higiene</u> - Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. - Facilitar que el paciente se bañe el mismo. - Proporcionar los objetos personales y demás accesorios necesarios.</p> <p>1680 <u>Cuidados de las uñas</u> - Ayudar en la limpieza y corte de las uñas de acuerdo con la capacidad de autocuidado del paciente. - Observar si se produce algún cambio en las uñas.</p> <p>1750 <u>Cuidados perineales</u> - Ayudar con la higiene. - Mantener el periné seco. - Limpiar el periné exhaustivamente con regularidad. - Aplicar una barrera protectora.</p> <p>5606 <u>Enseñanza: individual</u> - Establecer una relación de confianza. - Valorar las capacidades, discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas. - Potencializar la disponibilidad del paciente para aprender. - Instruir al paciente. - Incluir a la familia.</p>			

Diagnóstico: Déficit de autocuidado; baño R/C Deterioro neuromuscular M/P Incapacidad para lavarse el cuerpo.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>La incapacidad de poder realizar movimientos con el brazo del lado afectado ha provocado que el paciente sea totalmente dependiente para realizar la actividad de mantener una higiene corporal adecuada.</p>	<p>Disminuir paulatinamente la ayuda proporcionada al momento del baño, para lograr la mayor autonomía posible y el paciente pueda lavarse el cuerpo por sí mismo.</p>	<p><u>1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene</u> El baño es asistido por el personal de enfermería y su esposa, por cuestiones de rapidez no se cumplió con esta intervención, aunque siempre se tenían los aditamentos y recursos necesarios para facilitar el baño del paciente.</p> <p><u>1680 Cuidados de las uñas</u> El aspecto y cuidado de las uñas era muy deficiente, se sugirió a la esposa realizar una cita con un podólogo para un adecuado cuidado y limpieza de las uñas, sin embargo no se realizó dicha consulta con el especialista y se mantuvo únicamente con corte periódico de uñas por el personal de enfermería.</p> <p><u>1750 Cuidados perineales</u> durante el baño corporal se prestaba particular atención en la limpieza del periné y genitales, al finalizar el baño se humectaba con vaselina para hidratar y evitar rozaduras con el pañal.</p> <p><u>5606 Enseñanza: individual</u> se instruyó al paciente a avisar ya sea al personal de enfermería o a algún familiar cuando haya evacuado u orinado para realizar cambio de pañal para evitar rozaduras y mantener seca y limpia el área genital.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>00046 DOMINIO: 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE: 2 LESIÓN FÍSICA</p> <p>ETIQUETA (PROBLEMA) (p): <u>Deterioro de la integridad cutánea</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): <u>Factores mecánicos y alteración sensorial</u></p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas): <u>Alteración de la integridad cutánea</u></p> <p>DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis y/o dermis.</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>DEFINICIÓN: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Integridad tisular (L)</p>	<p>110102 Sensibilidad (2)</p> <p>110104 Hidratación (3)</p> <p>110113 Integridad de la piel (3)</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido</p>	<p>Elevar de 2 a 4</p> <p>Elevar de 3 a 5</p> <p>Elevar de 3 a 5</p>
INTERVENCIONES (NIC):	ACTIVIDADES (NIC):			
<p>Integridad cutánea, deterioro de la Definición: Alteración de la epidermis y/o de la dermis.</p> <p>3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico Definición: Aplicación de sustancias tóxicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad. CAMPO: 2 fisiológico complejo CLASE: L Control de la piel/heridas</p> <p>3520 Cuidados de las úlceras por presión Definición: Facilitar la curación de las úlceras por presión. CAMPO: 2 fisiológico complejo CLASE: L Control de la piel/heridas</p> <p>3500 Manejo de presiones Definición: Minimizar la presión sobre las partes corporales. CAMPO: 2 fisiológico complejo CLASE: L Control de la piel/heridas</p>	<p>3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico - Realizar la limpieza con jabón antibacteriano. - Proporcionar higiene antes y después de orinar o defecar - Registrar el grado de afectación de la piel.</p> <p>3520 Cuidados de las úlceras por presión - Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante. - Limpiar la úlcera con solución no tóxica adecuada con movimientos circulares, desde el centro. - Enseñar a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.</p> <p>3500 Manejo de presiones - Vestir al paciente con prendas no ajustadas. - Abstenerse de aplicar presión sobre la parte corporal afectada. - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden).</p>			

Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea **R/C** Factores mecánicos y alteración sensorial **M/P** Alteración de la integridad cutánea.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>La incapacidad de mantenerse en bipedestación y deambular promueve que el paciente se encuentre la mayoría del tiempo recostado o sentado, resultando en la pérdida progresiva de sensibilidad en la piel lo cual con el tiempo provoca la pérdida de la continuidad cutánea en la piel.</p>	<p>Restablecer la continuidad de la piel en el área sacra donde se visualiza una UPP y prevenir la aparición de nuevas.</p>	<p><u>3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico</u> Durante el baño se realiza limpieza del área sacra donde se encuentra la UPP con jabón neutro. Al momento de realizar cambios de pañal se realiza limpieza del área afectada y se aplica medicación tópica.</p> <p><u>3520 Cuidados de las úlceras por presión</u> Al finalizar el baño se realiza curación de UPP proporcionando protección al área afectada con una gasa y su cambio cada que es necesario, se recuerda a su esposa las características en que se debe encontrar la piel del área afectada para promover una adecuada cicatrización.</p> <p><u>3500 Manejo de presiones</u> el uso de ropa resulta el adecuado, evitando sea ajustada o con pliegues y costuras, se mantiene la mayor parte del tiempo en decúbito lateral, se implemente la escala de Braden.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>00045 DOMINIO: 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN CLASE: 2 LESIÓN FÍSICA</p> <p>ETIQUETA (PROBLEMA) (p): <u>Deterioro de la mucosa oral</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): <u>Higiene oral inadecuada</u></p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas): <u>Halitosis</u></p> <p>DEFINICIÓN: Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.</p>	<p>1100<u>Salud oral</u></p> <p>DEFINICIÓN: Estado de la boca, dientes encías y lengua.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Integridad tisular (L)</p>	<p>110001 Limpieza de la boca (3)</p> <p>110006 Limpieza de prótesis dentarias (3)</p> <p>110017 Halitosis (3)</p> <p>110023 caries dental (2)</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido</p> <p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>	<p>Elevar de 3 a 5</p> <p>Elevar de 3 a 5</p> <p>Elevar de 3 a 5</p> <p>Elevar de 2 a 4</p>
INTERVENCIONES (NIC):	ACTIVIDADES (NIC):			
<p>Deterioro de la mucosa oral Definición: Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.</p> <p>1800<u>Ayuda con el autocuidado</u> Definición: Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: F Facilitación del autocuidado</p> <p>1720 <u>Fomentar la salud bucal</u> Definición: Fomentar la higiene bucal y el cuidado dental en un paciente con la salud bucal y dental normal. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: F Facilitación del autocuidado</p>	<p>1800 <u>Ayuda con el autocuidado</u> - Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente. - Proporcionar los objetos personales deseados. - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir totalmente el autocuidado.</p> <p>1720 <u>Fomentar la salud bucal</u> - Ayudar al paciente en el cepillado de dientes, lengua y encías. - Ayudar a los pacientes portadores de prótesis dental en el cuidado de estas. - Explicar de la importancia de los chequeos dentales regulares.</p>			

Diagnóstico: Deterioro de la mucosa oral **R/C** Higiene oral inadecuada **M/P** Halitosis.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>La halitosis es producto de una higiene oral inadecuada donde a consecuencia de esta se pueden ver afectadas las piezas dentales como lo son las caries.</p>	<p>Inculcar en el paciente la importancia de mantener una higiene oral adecuada.</p>	<p><u>1800 Ayuda con el autocuidado</u> El paciente era capaz de realizar el cepillado dental por sí mismo, pero no de la manera adecuada, debido a que permanecían restos de comida en su boca, con ayuda del personal de enfermería durante el cepillado los dientes y boca mantenían una mejora en la limpieza, con el tiempo se logró mantener una adecuada limpieza dental sin ayuda.</p> <p><u>1720 Fomentar la salud bucal</u> El paciente por si mismo mantenía una adecuada limpieza bucal, después del desayuno. Se recomendó a su esposa era necesaria una visita al odontólogo para tratar las caries en algunas piezas dentales, así como para eliminar el sarro formado en las mismas, sin embargo, nunca se concretó dicha cita.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>00109 DOMINIO:4 ACTIVIDAD/REPOSO CLASE: 5 AUTOCUIDADO</p> <p>ETIQUETA (PROBLEMA) (p): <u>Déficit de autocuidado: vestido</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): <u>Deterioro senso perceptivo</u></p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas): <u>Deterioro de la capacidad de ponerse las prendas de vestir necesarias.</u></p> <p>DEFINICIÓN: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestido y arreglo personal.</p>	<p>0302 Autocuidados: vestir</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones personales para vestirse independientemente con o sin dispositivo de ayuda.</p> <p>DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Autocuidado (D)</p>	<p>030201 Escoge la ropa (5)</p> <p>030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo (1)</p> <p>030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo (1)</p> <p>030206 Se abotona la ropa (3)</p> <p>030211 Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo (2)</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido</p>	<p>Mantener en 5</p> <p>Elevar a 3</p> <p>Elevar a 3</p> <p>Mantener en 3</p> <p>Elevar a 4</p>
INTERVENCIONES (NIC):	ACTIVIDADES (NIC):			
<p>Autocuidado: vestido, Déficit de Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestido y arreglo personal.</p> <p>1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal Definición: CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: F Facilitación del autocuidado</p>	<p>1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informara al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar - Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario - Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario. - Facilitar que el paciente se peine, si es el caso. - Facilitar que el paciente se afeite, si es el caso. 			

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: vestido **R/C** Deterioro sensorio-perceptivo **M/P** Deterioro de la capacidad de ponerse las prendas de vestir necesarias.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>Las afectaciones motoras que presenta el paciente a causa del EVC han causado un deterioro en su arreglo personal y la pérdida de capacidad para vestirse y desvestirse de manera independiente, lo cual se ve reflejado en la impotencia de poder completar dicha acción.</p>	<p>Lograr en medida de las posibilidades del paciente recuperar la capacidad de vestirse y desvestirse, así como mejorar su arreglo personal.</p>	<p><u>1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal</u></p> <p>Debido al deterioro motor causado por la hemiplejía no fue posible completar satisfactoriamente por completo esta intervención, debido a que el paciente era incapaz de vestirse y desvestirse tanto la parte superior como inferior del cuerpo, el paciente elegía de manera independiente la ropa a utilizar día con día, y solo era capaz de abotonar su camisa con la mano no afectada, siempre era vestido en su cama con ayuda del personal de enfermería y de su esposa. En el aspecto del arreglo personal él podía peinarse de manera independiente. Al momento de rasurarse por sí mismo se provocaba cortaduras con el rastrillo por lo que siempre era apoyado por el personal de enfermería.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA NANDA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>00016 DOMINIO:3 ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO CLASE: 1 FUNCIÓN URINARIA</p> <p>ETIQUETA (PROBLEMA) (p): <u>Deterioro de la eliminación urinaria</u></p> <p>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): <u>Deterioro sensitivo-motor</u></p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas): <u>Incontinencia urinaria.</u></p> <p>DEFINICIÓN: Disfunción en la eliminación urinaria.</p>	<p>0502 Continencia urinaria</p> <p>DEFINICIÓN: Control de la eliminación de orina de la vejiga.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Eliminación (F)</p>	<p>050201 Reconoce la urgencia de orinar (2)</p> <p>050204 Orina en un receptáculo apropiado (2)</p> <p>050208 Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina (1)</p>	<p>1. Nunca demostrado.</p> <p>2. Raramente demostrado.</p> <p>3. A veces demostrado.</p> <p>4. Frecuentemente demostrado.</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	<p>Elevar a 4</p> <p>Elevar a 4</p> <p>Elevar a 2</p>
INTERVENCIONES (NIC):	ACTIVIDADES (NIC):			
<p>Incontinencia urinaria funcional Definición: Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.</p> <p>1804 Ayuda con el autocuidado micción/defecación Definición: Ayudar a otra persona en las eliminaciones. CAMPO: 1 fisiológico básico CLASE: B Control de la eliminación</p> <p>0610 Cuidados de la incontinencia urinaria Definición: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal. CAMPO: 1 Fisiológico básico CLASE: B Control de la eliminación</p> <p>0600 Entrenamiento del hábito urinario Definición: Establecer un patrón miccional predecible para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional. CAMPO: 1 Fisiológico básico CLASE: B Control de la eliminación</p>	<p>1804 Ayuda con el autocuidado micción/defecación - Instaurar un programa de eliminación, según corresponda. - Instaurar idas al baño, según corresponda y sea necesario. - Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.</p> <p>0610 Cuidados de la incontinencia urinaria - Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia. - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. - Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.</p> <p>0600 Entrenamiento del hábito urinario - Llevar un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria. - Ayudar al paciente a ir al baño y estimular la micción a los intervalos prescritos. - Comentar el registro diario de continencia con el personal y familia para dar seguridad y fomentar el cumplimiento con el programa de ir al baño.</p>			

Diagnóstico: Deterioro de la eliminación urinaria **R/C** Deterioro sensitivo-motor **M/P** Incontinencia urinaria.

FUNDAMENTACIÓN	OBJETIVO	EVALUACIÓN
<p>La pérdida de control de esfínteres es una de las secuelas después de sufrir un EVC y sumado a las alteraciones motoras afectan la capacidad para trasladarse al inodoro, obligando al paciente a sustituir esta necesidad con el uso de pañales.</p>	<p>Restablecer el hábito de trasladarse al inodoro así como fomentar la continencia urinaria.</p>	<p>1804 <u>Ayuda con el autocuidado micción/defecación</u> Debido al deterioro muscular no fue posible realizar satisfactoriamente esta intervención de manera autónoma, se realizó un programa de eliminación procurando cubrir los horarios en que habitualmente el paciente miccionaba, pero no fue posible llevarlo a cabo debido a las barreras físicas con que cuenta el cuarto de baño, como son escalón para acceder a él, y el lugar donde se encuentra el inodoro es muy reducido, y dificulta su transferencia.</p> <p>0610 <u>Cuidados de la incontinencia urinaria</u> El personal de enfermería así como su esposa se encargaban de brindar los cuidados y limpieza perineal, siendo en su cama donde se realizaban los cambios de pañal cada que era necesario</p> <p>0600 <u>Entrenamiento del hábito urinario</u> El paciente no vaciaba por completo la vejiga por lo cual era necesario realizar un masaje vesical, y posteriormente se colocaba un orinal para mantenerlo seco.</p>

7. EVALUACIÓN

Este estudio de caso bajo la metodología del proceso atención de enfermería se elaboró de forma satisfactoria, realizando una valoración para identificar las necesidades afectadas así mismo se brindaron las intervenciones necesarias para mejorar la calidad de vida y estado de salud del paciente durante el tiempo que tuve la oportunidad de ser asignado en su domicilio.

Desafortunadamente no se cumplieron todos los objetivos planteados, en su mayoría la causa fue el padecimiento actual del paciente y el deterioro de la movilidad que presentaba, lo cual a pesar de la ayuda del personal de enfermería y su familia se le dificultaba realizar ABVD como lavarse el cuerpo, desplazarse por sí mismo en la cama y hacia el inodoro.

Sin embargo, como consecuencia de mis cuidados hubo cambios notorios en la prevención de caídas, como resultado de la planificación de mis cuidados se recuperó la integridad cutánea en la región sacra, y también se logró una notoria mejora en la limpieza y salud bucal, así mismo mediante la toma y registro de signos vitales y el cumplimiento del régimen terapéutico se disminuyó el riesgo de presentar perfusión tisular cerebral ineficaz.

Mi experiencia con el paciente que padece secuelas de un Evento Vascular Cerebral me dejó muy satisfecho, ya que se pudieron lograr los objetivos planteados en un principio.

8. CONCLUSIONES

En lo personal reafirme la importancia del cuidado de enfermería fundamentado y planificado, específicamente los cuidados que se brindan en el domicilio del paciente, los cuales en su mayoría demanda actividades muy diferentes a las que se realizan en el ámbito hospitalario, ya que en el domicilio muchas veces tenemos que adaptar los recursos que necesitamos para dar el cuidado con los que cuenta la familia. Resaltando la interacción de forma directa con los familiares del paciente quienes me tuvieron confianza y permitieron la entrada a su entorno, a su hogar. Así mismo aprendí acerca de la Enfermedad Cerebro Vascular, del proceso de esta patología, así como el manejo del paciente, el cual es un manejo complicado, ya que requiere de bastante apoyo para realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

Otro aspecto importante que se desarrollo fue el trato digno al paciente, en donde en todo momento debemos considerar su sentir y su pensar; pues el personal de enfermería no puede brindar cuidados si este concepto no está presente.

9. SUGERENCIAS

Es importante que la familia esté integrada al cuidado de su ser querido, ya que ellos la mayor parte del tiempo tienen que dar los cuidados que su familiar necesita, por lo que es de suma importancia que conozcan sobre la enfermedad que tiene, su tratamiento, su pronóstico, y los cuidados básicos que requiere, ¿cómo darlos?, ¿cómo realizarlos de una manera simple?, por lo que es necesario organizar algún tipo de curso para los cuidadores en donde además de capacitarlos, se les de apoyo moral, espiritual y emocional, ya que la familia con un enfermo crónico con cuidados prolongados sufre mucho desgaste físico, moral y espiritual.

El profesional de enfermería debe recibir una formación que les permita intervenir con la familia en crisis ante su familiar con cuidados prolongados.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro, L. R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración*. (5a. ed.). Barcelona: Elsevier.

Bulechek, G. M. (2013) (Ed.). *NIC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. 2014. Barcelona: Elsevier.

Colliere, F. M. (2009). *Promover la vida*. (2a. ed.). España: McGraw-Hill.

Fernández, F. C., (1993), *Proceso de atención de enfermería*. México: Masson.

García, G. M., (2004), *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. (2a. ed.), México: Progreso.

Guillen, V. C. (2016). *Filosofía y práctica de enfermería*. México, D.F.: Manual Moderno.

Haring, B. (1985). *Ética de la manipulación. en medicina, en control de la conducta y en genética*. (2ª ed.) Barcelona: Herder.

Herdman, T.H. (2012) (Ed.). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2015-2017. Barcelona: Elsevier.

Iyer, P. W., Tapich, B. J. (1999). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. (3a. ed.). México: McGraw Hill Internacional

López C. (2004). *Ética e investigación enfermera*. Cuidados enfermeros. (PP. 41-57). Barcelona: Elsevier-Masson..

Luis, R. M., (2005), *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. (3a. ed.), Barcelona: Elsevier

Marrier T. A., (2011), *Modelos y teorías de enfermería*. (7a ed.). Barcelona: Elsevier.

Montagut, M.F.(2005). *Rehabilitación domiciliaria*. Barcelona:Masson.

Moorhead, S. (2013) (Ed.). *NOC. Clasificación de Resultados de Enfermería*. 2014. Barcelona: Elsevier

Organización Panamericana de la Salud, (1993), *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.

Revistas - artículos

Arroyo de Cordero, G. (2000) *Humanismo en Enfermería*. Revista de Enfermería IMSS, 8 (2), 61-63.

Cabrera, R.A., (2008) *Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la Ciudad de México. Estudio multicéntrico*. Revista Med Int Mex, 24(2): 98-103.

10.1 Referencias electrónicas

Da Costa, L. A., (mayo 2011). *La rehabilitación del accidente cerebrovascular mediante el ejercicio físico*. EFDeportes.com. [En línea], No. 156. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd156/rehabilitacion-accidente-cerebrovascular-ejercicio-fisico.htm> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

Enfermedad Vascular Cerebral. (martes 03 de agosto de 2010). [Base de datos]. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Disponible en:

<http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/evascularcerebral.html> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

Enfermedad Vascular Cerebral. (26 de noviembre de 2015). [Base de datos]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedad-vascular-cerebral> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

Guías de práctica clínica basadas en la evidencia; *Enfermedad Cerebrovascular*. [En línea]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Enfermedad%20cerebrovascular.pdf> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

López R., (jueves 09 de agosto 2012). *¿Qué es la hemiplejía y porque se presenta?* [En línea]. Disponible en: <https://www.guioteca.com/inclusion/que-es-la-hemiplejia-y-por-que-se-presenta/> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

Revistas - Artículos

Aguilar, D.G. (24 de enero de 2013). *Segunda jornada de enfermería. Calidad y humanismo en enfermería*. UDLAP, México, Puebla. Disponible en: <http://blog.udlap.mx/blog/2013/01/calidadyhumanismo/> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

Meza, G. M. (2009). *Humanismo en enfermería*. Revista de Enfermería IMSS, 109-111. [En línea], 17 (2), Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092i.pdf> [Recuperado el 05 de mayo de 2017].

Pinto, A. N. (2002, enero). El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. *Avances en Enfermería*. [En línea], Núm. 1. Vol. 20. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/20210/1/16312-50818-1-PB.pdf> [Recuperado el 04 de mayo de 2017].

Rodríguez, E. B. (enero 2003). *Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente*. *Enfermería clínica*, 164-170. [En línea], 13 (3), Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-humanismo-tecnologia-los-cuidados-enfermeria-S1130862103738005> [Recuperado el 05 de mayo de 2017].

Tanur, T. B. (Julio – septiembre 1999). *Por una medicina humanística*. *Revista CONAMED*, 7-10. [En línea], N° 12. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/Contenidos_rev_CONAMED.pdf [Recuperado el 05 de mayo de 2017]

11. ANEXOS

11.1 Anatomía funcional de la circulación cerebral

La sangre arterial llega al encéfalo por cuatro arterias principales: dos arterias carótidas internas y dos arterias vertebrales³².

Las arterias carótidas internas provienen las arterias carótidas comunes y penetran al cráneo por el conducto carotideo para dar lugar a en varias ramas terminales:

- Arteria Cerebral Anterior (ACA) Irriga la porción orbitaria y medial del lóbulo frontal, y la cara medial del lóbulo parietal, el área perforada anterior, el rostrum y el cuerpo del cuerpo calloso, el septum pellucidum, la parte inferior y rostral del núcleo caudado y del putamen, y el brazo anterior y rodilla de la cápsula interna.

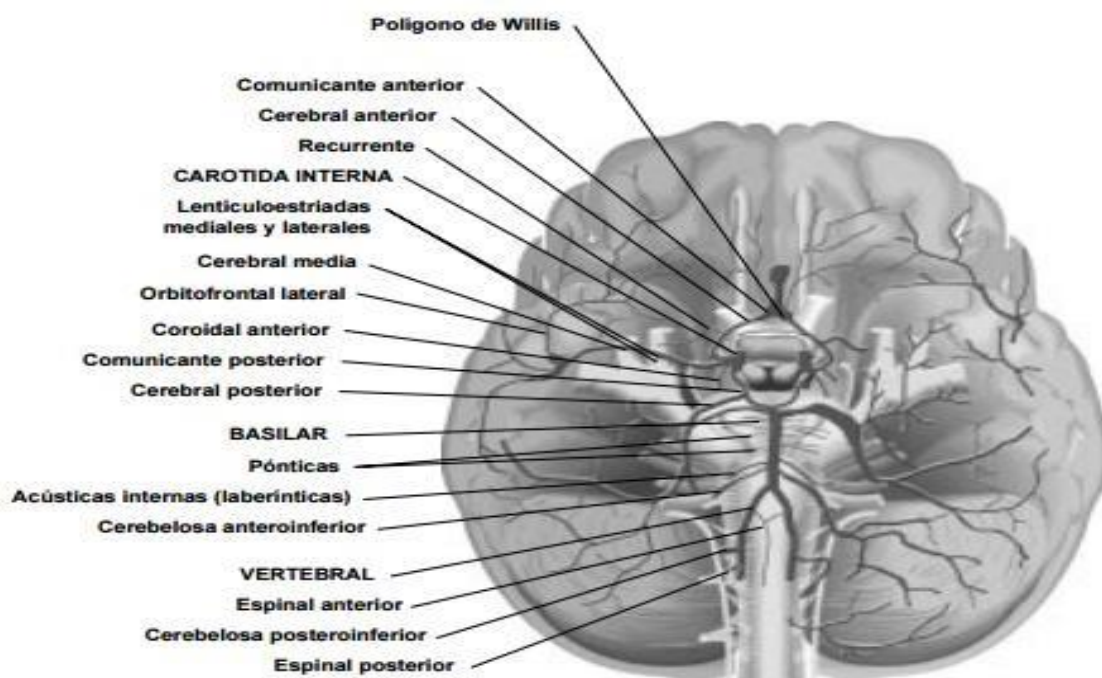


Figura 1. Esquematación del sistema arterial cerebral. Las arterias carótidas internas se anastomosan entre sí y con el sistema de la arteria vértebrobasilar en el polígono de Willis.

³²Guías de práctica clínica basadas en la evidencia; *Enfermedad Cerebrovascular*. [En línea]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Enfermedad%20cerebrovascular.pdf> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

- Arteria Cerebral Media (ACM) Irriga la porción lateral de los giros orbitarios, y los lóbulos frontales, parietal, y temporal. La ACM da origen a las arterias medias y laterales que irrigan gran parte del putamen, el área lateral del globuspallidus, y la región adyacente a la cápsula interna.

 - Arteria Comunicante Posterior (ACP) Esta arteria se une a las ramas posteriores de la arteria basilar. Da irrigación a la rodilla y el tercio anterior del brazo posterior de la cápsula interna, la porción rostral del tálamo, y a las paredes del tercer ventrículo.
- Las arterias vertebrales penetran al cráneo por los agujeros occipitales y cerca del extremo rostral del bulbo se unen para formar la arteria basilar. Antes de su unión dan origen a las arterias espinales anteriores que forman un tronco único, a las arterias espinales posteriores, y a las arterias cerebelosas posteroinferiores.
- A lo largo del trayecto de la arteria basilar emite ramas pontinas, la arteria auditiva interna (irriga el oído interno), la arteria cerebelosa anteroinferior (irriga porción rostral de la superficie inferior del cerebelo), y la arteria cerebelosa superior (irriga superficie superior del cerebelo).

11.1.1 Enfermedad Vascul ar cerebral

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) es una alteración neurológica, se caracteriza por su aparición brusca, generalmente sin aviso, engloba “un conjunto de trastornos clínicos, por lo general de manifestación súbita y se refiere a toda anomalía funcional del sistema nervioso central, debido a una interferencia de aporte insuficiente de sangre al cerebro”³³.

³³ Enfermedad Vascul ar Cerebral. (martes 03 de agosto de 2010). [Base de datos]. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Disponible en: <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/evascularcerebral.html> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

Evento Vascular Cerebral

Se denomina Evento Vascular Cerebral establecido cuando los síntomas persisten durante 24 horas o más y ataque isquémico transitorio si los síntomas remiten en menos de un día. Se debe diferenciar del síncope causado por reducción generalizada del flujo sanguíneo cerebral debido a hipotensión.

La patología puede implicar una arteria, una vena, o ambas cuando la circulación cerebral queda perturbada como resultado de oclusión parcial o completa de un vaso sanguíneo, o bien, ser el resultado de la ruptura de un vaso, dando lugar a un derrame; y como consecuencia muerte de tejido cerebral por falta de irrigación. Causando pérdida temporal o permanente de movimiento, pensamiento, memoria, lenguaje o sensación. La transición entre reversibilidad e irreversibilidad está en función de la duración y la intensidad de la isquemia.

Existe cierta controversia sobre la nomenclatura más idónea para designarla. Se utilizan tanto las denominaciones de Evento Vascular Cerebral (EVC) o Accidente Cerebrovascular (ACV), como las más imprecisas de ictus (afectación aguda) o apoplejía (parálisis aguda), que han sido sancionadas por la práctica, tanto en español como en inglés, en el que se emplea el término stroke “golpe”.

Epidemiología

Es un grave problema de salud pública internacional porque representa la tercera causa de muerte en países industrializados, sólo precedida por las enfermedades cardiacas y los tumores malignos. Su incidencia mundial es de 1.5 a 4 casos por cada 1,000 habitantes, y la prevalencia de 8-20 por igual número de habitantes³⁴.

³⁴ Cabrera, R.A., (2008) *Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la Ciudad de México. Estudio multicéntrico*. Revista Med Int Mex, 24(2): 98-103.

En México las estadísticas nacionales revelan que dicha enfermedad ocupa el tercer lugar en mortalidad en nuestro país, se destaca como la causa más común de incapacidad en adultos mayores de 65 años, y es la quinta causa de muerte.

Fisiopatología

El cerebro recibe 20% del gasto cardíaco. Aproximadamente 800 ml. de sangre circulan en el cerebro en cada minuto. Una gota de sangre que fluya a través del encéfalo tarda alrededor de 7 segundos para pasar de la arteria carótida interna a la vena yugular interna. Este flujo continuo se requiere debido a que el cerebro no almacena oxígeno ni glucosa, y de manera casi exclusiva obtiene su energía del metabolismo aeróbico de la glucosa sanguínea.

La fisiopatología del daño por la oclusión cerebrovascular puede ser separada en dos procesos secuenciales: de una parte, los eventos vasculares y hematológicos que causan la reducción inicial y la subsecuente alteración del flujo sanguíneo cerebral local, y de otra, las anormalidades celulares inducidas por la hipoxia y anoxia que producen la necrosis y muerte neuronal.

El flujo sanguíneo promedio del encéfalo normal es de 50 mL por 100 gm de tejido por minuto, sin embargo, ante determinadas situaciones el flujo de una región específica puede ser mayor. Flujos sanguíneos cerebrales entre 10 a 17 ml/100 gm de tejido minuto alteran la disponibilidad normal de glucosa y de oxígeno a la célula, para mantener su metabolismo oxidativo normal. Pocos minutos después del inicio de la isquemia las demandas energéticas exceden la capacidad de síntesis anaeróbica del ATP, y las reservas energéticas celulares son depletadas.

Como consecuencia, el lactato y iones hidrógeno se acumulan en el tejido neuronal, con un subsecuente cambio en el estado ácido-base tisular. Posteriormente, se alteran el

gradiente y el flujo iónico a través de la membrana celular, con apertura de algunos canales selectivos que ocasionan un fenómeno de despolarización iónica, con liberación celular de potasio, sodio, cloro, entrada de calcio y síntesis de aminoácidos excitadores (glutamato y aspartato), que aumentan la toxicidad para el tejido nervioso

La alteración en la homeostasis del calcio juega un papel fundamental en el proceso de muerte neuronal. Los aminoácidos excitadores (glutamato), activan algunos receptores postsinápticos (receptores para N-Metil-DAspartato o NMDA), contribuyendo al aumento del calcio intracelular, que a su vez participa en la activación de nucleasas, y fosfolipasas que lesionan aún más la membrana neuronal. La liberación de estos lípidos de la membrana contribuye con la formación del ácido araquidónico, y a la generación de radicales libres, presentes durante los fenómenos de reperfusión.

La lesión histopatológica de la oclusión cerebrovascular depende del grado y la duración de la alteración del flujo sanguíneo. Existe una vulnerabilidad neuronal diferente al daño isquémico, que no se relaciona muchas veces con la duración o severidad de la isquemia tisular, de manera que sólo algunas poblaciones de neuronas que son afectadas, como las neuronas piramidales de las áreas CA1 y CA4 del hipocampo, las neuronas de Purkinje en el cerebelo, y las neuronas piramidales corticales.

Durante la isquemia se reduce o se pierde la entrega de oxígeno y de glucosa al tejido nervioso. En este punto la circulación colateral puede mantener el flujo sanguíneo en el área circundante, con un compromiso menos severo en dicha zona con respecto a las áreas más distales (penumbra isquémica). Esta isquemia parcial e incompleta es la responsable de la dinámica temporal y espacial del infarto. La lisis espontánea o farmacológica del trombo inicia la reperfusión en el área isquémica.

Clasificación

Se puede clasificar el Evento Vascular Cerebral en 3 tipos:

- **Trombótico:** Es la causa más frecuente de Evento Vascular Cerebral. Donde el flujo de sangre de una arteria cerebral se bloquea debido a un coágulo que se forma dentro de la arteria. La aterosclerosis de grandes vasos cerebrales provoca estrechamiento progresivo, que es la acumulación de depósitos grasos en las paredes de las arterias, dando lugar a deficiencia paulatina causando un estrechamiento de los vasos sanguíneos y con frecuencia es responsable de la formación de dichos coágulos.
- **Embólico:** Se origina en alguna parte alejada del cerebro donde un embolo comúnmente de origen extra craneal, como los que provienen de lesiones cardiacas se desprende y es arrastrado por la corriente sanguínea al cerebro, el coágulo llega a un punto que es lo suficientemente estrecho como para no poder continuar y tapa el vaso sanguíneo, cortando el abastecimiento de sangre. Este bloque súbito se llama embolia. Aunque el coágulo también puede estar formado por placas calcificadas procedentes de vasos extra craneales, vegetaciones desprendidas de válvulas cardiacas lesionadas, grasa, aire o fragmentos de tumor.
- **Hemorrágico:** (derrame cerebral) provoca hasta 25% de los EVC y es causado por la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro, se presenta en personas con cifras de presión diastólica superiores a 120 mm de Hg Por lo general, la hemorragia intracraneal hipertensiva se presenta en los ganglios basales, cerebelo o tallo cerebral, pero también es probable que afecte regiones más superficiales del encéfalo. El sangrado dentro del parénquima cerebral provoca irritación de éste y

ejerce presión sobre el tejido y los nervios cerebrales, provocando pérdida de la función y muerte de neuronas.

Diagnóstico

- El diagnóstico se efectúa con la historia clínica y la exploración neurológica completa, sin olvidar la auscultación de las arterias carótidas, investigar la sensibilidad, sin olvidar los pares craneales. El laboratorio debe comprender exámenes básicos, los estudios de gabinete deben incluir, electrocardiograma, radiografía de tórax, tomografía axial computada de cráneo y en casos especiales resonancia magnética nuclear de cerebro. En forma excepcional ecocardiograma, angiografía digital Doppler de carótidas, etc. Para el diagnóstico, se deben excluir otras posibilidades que pueden simular un EVC, como el estatus postepiléptico, el de estado de coma por sí solo no es indicativo de EVC, los cuadros de migraña en ocasiones presentan síntomas sugestivos de EVC, así como la hipoglicemia que puede presentar datos de focalización, por eso los criterios diagnósticos del EVC deben ser: Historia familiar o antecedentes de TIAS, hipertensión, diabetes, presentación súbita con rápido deterioro del paciente en horas, y presencia de signos de focalización.

Tratamiento

- El tratamiento habitualmente está enfocado a tratarlo como una emergencia médica. Cada minuto cuenta cuando alguien está sufriendo un EVC. Cuanto más tiempo dure la interrupción del flujo sanguíneo hacia el cerebro, mayor es el daño. La atención inmediata puede salvar la vida de la persona y aumentar sus posibilidades de una recuperación exitosa.

- Una vez que se ha establecido el EVC, el manejo es disminuir las manifestaciones secundarias que complican el cuadro clínico en observancia al uso de medicamentos, pero uno de los más importantes es el de la rehabilitación física y psicológica del paciente afectado, así como poner en marcha todas las medidas de prevención (factores de riesgo asociados), para evitar se presenten nuevos eventos.
- La reparación inmediata del aneurisma previene hemorragias posteriores y, en caso de un vasoespasmo sintomático, permite aplicar sin riesgo alguna técnica para mejorar la irrigación (como la inducción de hipertensión e hipervolemia). En el caso del aneurisma, el uso de glucocorticoides es útil para reducir el dolor de cabeza y cuello secundario a la irritación que la sangre provoca en el espacio subaracnoideo. El vasoespasmo como complicación de la hemorragia es tratado por medio del uso de fármacos antagonistas de los canales del calcio, el uso de expansores del plasma, o la administración de vasopresores.
- En el caso de estenosis carotídea tanto sintomática como asintomática, la medida de tratamiento es por endarterectomía carotídea.
- Otro manejo para el EVC por infarto cerebral, son las medidas médicas de sostén, una vez establecido el problema, sobre todo en la denominada penumbra isquémica circundante, las complicaciones por el reposo prolongado en cama (neumonía, tromboflebitis, infección de vías urinarias); reducir la presión arterial en caso de hipertensión, isquemia concomitante del miocardio, o presión arterial mayor a 185/110 mm Hg; así como el uso de trombolíticos. La fiebre suele complicarlo, por lo que se recomienda el uso de antipiréticos. Si se pudiera aclarar.
- El 5 a 10% de los pacientes con EVC desarrollan edema cerebral, como para provocar obnubilación o hernia encefálica, pero su efecto de masa puede durar

hasta diez días en promedio. A mayor tamaño del infarto, se incrementa la posibilidad de edema cerebral.

- El uso de trombolíticos intravenosos en la actualidad es controversial, y no ha podido establecerse la exacta utilidad en los pacientes con EVC. Al igual que con el uso de anticoagulantes.
- Por otra parte, es importante observar la neuroprotección en el tratamiento encaminado a prolongar la tolerancia del encéfalo a la isquemia.

Complicaciones

- Las complicaciones del EVC son la progresión de la lesión y la presencia de hemorragia intracerebral concomitante, descontrol metabólico en especial de la glucosa, complicaciones con la presión arterial, infecciones de predominio pulmonares y urinarias, así como deshidratación, insuficiencia cardíaca, inmovilidad, úlceras por presión, riesgo alto de abandono, y dependencia física y psicológica, así como depresión reactiva.

Factores de riesgo

No todas las personas tienen el mismo riesgo de sufrir una enfermedad vascular cerebral. Lamentablemente algunos de los denominados factores de riesgo no pueden modificarse estos incluyen³⁵:

- La edad. Con los años el riesgo de presentar EVC aumentan
- El sexo. Se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres

³⁵ Enfermedad Vascular Cerebral. (26 de noviembre de 2015). [Base de datos]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedad-vascular-cerebral> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

Existen además una serie de factores que pueden ser modificados, reduciendo el riesgo de sufrir esta enfermedad. Estos factores, que se refieren principalmente al estilo de vida del individuo e incluyen:

- Tabaquismo, dejar de fumar disminuye la incidencia de un EVC.
- Obesidad, debido a los altos niveles de colesterol en la sangre aumenta la incidencia de EVC.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Hipertensión, con mayor riesgo si las cifras de presión arterial son superiores a 160/90 mm de Hg, al reducir las cifras de la presión arterial, disminuye la incidencia del EVC.
- Diabetes, aumenta de 2 a 4 veces la incidencia del EVC, incrementando la gravedad y mortalidad del mismo. En México, la incidencia de DM entre los adultos mayores es del 40%, lo que conlleva un gran riesgo de EVC.

Signos de Alarma

Aun cuando un accidente cerebrovascular ocurre en los lugares recónditos del cerebro, los síntomas del mismo son fáciles de detectar. Entre éstos figuran los siguientes (8):

Entumecimiento o debilidad repentina especialmente en un lado del cuerpo, confusión mental repentina, problemas con el habla o la comprensión, alteración repentina del campo visual, dolor de cabeza severo repentino sin causa conocida, déficit sensitivo de distintos tipos, problemas repentinos con equilibrio y coordinación y dificultad para articular palabra³⁶.

³⁶da Costa, L. A., (Mayo 2011). *La rehabilitación del accidente Cerebrovascular mediante el ejercicio físico*. EFDeportes.com. [En línea], No. 156. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd156/rehabilitacion-accidente-cerebrovascular-ejercicio-fisico.htm> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

Estos signos de alarma pueden durar sólo unos cuantos minutos y luego desaparecer, o pueden preceder a un EVC de mayores consecuencias y requieren atención médica inmediata.

Un evento vascular cerebral es una emergencia médica. Cada minuto cuenta cuando alguien está sufriendo un EVC. Cuanto más tiempo dure la interrupción del flujo sanguíneo hacia el cerebro, mayor es el daño. La atención inmediata puede salvar la vida de la persona y aumentar sus posibilidades de una recuperación exitosa.

Prevención

La prevención consistirá en un adecuado control de los factores de riesgo.

- Mantener controlada la Hipertensión arterial
- Evitar o limitar los alimentos ricos en colesterol
- No fumar
- No beber alcohol en exceso
- Hacer ejercicio regularmente
- Evitar el sobrepeso
- Mujeres: evitar usar pastillas anticonceptivas si se tienen más de 30 años de edad.
- Tratar de resolver situaciones crónicas de estrés.
- Controlar las enfermedades existentes cardiopatías o diabetes.

Conocer cuáles son los recursos con los que cuenta para el cuidado de la salud en su localidad, decida cuáles serán los servicios preferidos, en caso de que sea necesario estar preparado para tomar medidas médicas inmediatas y seguir con la rehabilitación apropiada.

11.2 Hemiplejia

La hemiplejia es un trastorno motor, en el cual queda paralizada una mitad del cuerpo, Generalmente este problema es ocasionado por accidentes cerebro-vasculares, traumatismos, patologías en los hemisferios cerebrales o en la espina dorsal³⁷.

Según la parte del cerebro que sea afectada, las lesiones anulan el movimiento y la sensibilidad de la mitad opuesta del cuerpo. Dependiendo del hemisferio cerebral afectado, además de la parálisis, se ven disminuidas otras funciones, como la audición, visión, el habla y también la capacidad de razonamiento. Esta enfermedad puede afectar a personas de ambos sexos, a cualquier edad, pero es más frecuente en los ancianos.

Es relevante saber que no es lo mismo hemiparesia que hemiplejia. La hemiparesia corresponde a una debilidad muscular, a una reducción de la fuerza, no a una parálisis del movimiento.

La hemiplejia produce Discapacidad física importante en quienes la padecen. La estabilidad, alineación y postura del cuerpo se alteran, corriendo el riesgo de perder el equilibrio y caer, de tropezar si la marcha aun es posible, o de accidentarse con mayor facilidad ante la imposibilidad de sentir, por ejemplo, si se quema. En el caso de hemiplejia en el rostro, hablar o comer puede ser dificultoso para la persona afectada.

La sintomatología comprende una parálisis muscular, ocasionada por la incapacidad de controlar ciertos músculos, de la zona afectada del cerebro, aunque no estén dañados, se vuelven rígidos y pueden atrofiarse por la falta de uso. Esto es lo que ocasiona la rigidez característica, llamada espasticidad.

³⁷López R., (jueves 09 de agosto 2012). *¿Qué es la hemiplejia y porque se presenta?* [En línea]. Disponible en: <https://www.guioteca.com/inclusion/que-es-la-hemiplejia-y-por-que-se-presenta/> [Recuperado el 06 de mayo de 2017].

Tratamiento de la hemiplejia

Los primeros cuidados de los pacientes con hemiplejia incluyen cambios en la postura que el enfermo adopta. Deben evitarse rigideces articulares y retracciones musculares. Es recomendable una cama dura y postura horizontal durante el mayor tiempo posible, para evitar flexiones indeseadas. Es necesario realizar movilizaciones pasivas de todas las articulaciones afectadas dos veces al día.

Apenas es posible, se coloca al enfermo en posición sentado, para evitar pérdida del sentido del equilibrio. Posteriormente se procede a ponerlo de pie e intentar recuperar los movimientos de la marcha.

Es necesaria la rehabilitación y educación respecto al cuidado que se debe tener de todo el cuerpo. Si la persona es diestra, y sufre hemiplejia del brazo derecho, deberá aprender a utilizar el brazo y la mano izquierda para escribir, alimentarse, vestirse, etc. Esto no significa que si el brazo derecho no se mueve hay que olvidarse de él; la persona debe movilizar los segmentos paralizados con el fin de disminuir el dolor, evitar el acortamiento de tejidos, y para ayudar a las partes del cuerpo que mantienen movilidad, junto a evitar accidentes. Finalmente, no se debe olvidar el apoyo emocional, ya que ocurre un cambio en la percepción de sí mismo.

11.3 Úlceras por presión como complicación de la inmovilidad

El encamamineto prolongado de un paciente es una situación de alto riesgo, sea cual sea el nivel asistencial en el que este atendido. Esta situación se puede ver agravada por la dificultad o imposibilidad de que el paciente realice movimientos por sí solo³⁸.

Definición y clasificación de las úlceras por presión

Montagut define que una úlcera por presión (UPP) es una lesión de la piel y de los tejidos adyacentes, producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un colapso sanguíneo a este nivel que si se mantiene durante un periodo de tiempo superior a 60 minutos, puede producir una serie de procesos tendentes a la isquemia, y por lo tanto la muerte de los tejidos afectados.

Anteriormente este tipo de lesiones se denominaban úlceras por decúbito; sin embargo, posteriormente se cambió el termino porque, si bien es cierto que el decúbito es la posición más favorable para su producción, no es la única, y además porque la expresión “úlcera por presión” deja mucho más claro y explicito cual es el mecanismo fundamentalmente responsable de la producción de este tipo de lesiones.

Para ello es muy importante que el profesional de la salud sepa identificarlas, en especial en sus estadios primarios, que es cuando más fácilmente pasan desapercibidas. La Agencia Estadounidense de Calidad e Investigación en Cuidados de Salud (AHQR, Agency for Healthcare Research and Quality) distingue los cuatro estadios siguientes:

Estadio I. alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece a la presión. En este estadio pueden estar afectadas la epidermis y la dermis, pero no llegan a estar destruidas.

³⁸ Montagut, M.F.(2005). *Rehabilitación domiciliaria*. Barcelona:Masson., pp.137-147.

Es muy importante destacar, que en este estadio existe lesión en los tejidos pero no hay solución de continuidad en la piel. La detección precoz de las UPP de estadio I es fundamental para evitar la progresión a lesiones más graves.

Estadio II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas. La ulcera es superficial y tiene aspecto de abrasión o excoriación, de ampolla (flictena) o de cráter superficial.

Estadio III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo; puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente. La ulcera se presenta clínicamente como un cráter profundo.

Estadio IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el musculo, el hueso o las estructuras de sostén (tendón, capsula articular, etc.). En este estadio, como en el III, pueden presentarse las lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Etiopatogenia de las úlceras por presión

Por lo que hace a la etiopatogenia de las UPP, podemos referirnos a tres grandes tipos de fuerzas que intervienen en su génesis: presión, fricción y cizallamiento.

Presión. Una UPP es consecuencia del aplastamiento de los tejidos entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente, generalmente una prominencia ósea y otro generalmente externo a él como son cama, sillas, etc. Dicho aplastamiento se produce cuando la presión que soporta la piel es superior a la presión capilar de cierre (presión capilar máxima: 20 mmHg).

De acuerdo con los estudios de Landis (1930), la presión capilar media oscila entre 16 y 32 mmHg, según se trate del espacio capilar venoso o arterial, por lo que presiones superiores

a estos niveles sobre un área concreta y un tiempo prolongado provocan un proceso de colapso capilar, con la consiguiente reducción del flujo sanguíneo capilar; ello dará lugar, si no se alivia a un proceso de isquemia local.

Fricción. La fricción es una fuerza que actúa paralelamente a la piel; se desencadena por el desplazamiento del paciente sobre un plano duro al producirse roces o arrastre en los movimientos. Este fenómeno se puede producir al desplazar al paciente en la cama sin tener la precaución de separar el cuerpo del colchón, ante la presencia de arrugas producidas por una mala postura o de las arrugas de la piel del propio paciente o bien por la sujeción de un paciente al que se impone la necesidad de permanecer en una postura fija.

Cizallamiento. Se denomina cizallamiento a las fuerzas tangenciales que combinan los efectos de presión y fricción y se ejercen en sentido contrario al desplazamiento del paciente sobre un plano duro. Esta situación se produce con frecuencia cuando un paciente está en la posición de sentado y resbala lentamente hacia abajo, quedando la piel en cierta manera adherida a la cama o sillón.

Estas fuerzas tangenciales originan una angulación de los vasos sanguíneos locales, produciendo hipoperfusión e hipoxia, así como importantes daños en la zona de la unión entre la epidermis y la dermis, que está muy vascularizada; de ahí la palabra cizallamiento.

Impacto del problema de las úlceras por presión

Durante demasiado tiempo las úlceras por presión han sido consideradas por sanitarios y gestores como un proceso de segunda categoría, relegado y olvidado. Pero no es así, en pleno siglo XXI continúan siendo un problema de salud de primer orden, ya que las úlceras por presión suponen una carga importante para los sistemas de salud.

Por tanto no es un problema banal, sino que se trata de una complicación muy grave. Hoy en día, con las evidencias científicas de que disponemos, se puede afirmar con total rotundidad que el mejor cuidado de las UPP es su prevención, y cualquier esfuerzo debe ir fundamentalmente en esta línea.

Prevención de las úlceras por presión

La prevención de las úlceras por presión incluye:

1. cuidados de la piel.
2. movilización y cambios posturales.
3. superficies especiales para el manejo de la presión.

Cuidados de la piel

A todos los pacientes en situación de riesgo se les debe realizar una inspección sistemática de la piel, observando especialmente las zonas de prominencia ósea, al menos una vez al día. Esta valoración puede realizarse en el momento de la higiene del paciente o mientras se practican ejercicios de rehabilitación. Los puntos que se deben considerar en esta valoración son:

1. debe hacerse un gran hincapié en la valoración de las prominencias óseas, vigilando los puntos de apoyo específicos según la posición del paciente como son el sacro, cóccix, codos, talones, caderas, omoplatos, isquion, etc.
2. se vigilarán con mayor atención las zonas lesionadas con anterioridad, ya que son más susceptibles de desarrollar nuevas lesiones.

3. se deberá detectar de forma temprana la presencia de edema, eritema local, calor, cambios de turgencia, excoriaciones, pequeñas lesiones, etc., que serán consideradas alteraciones de alarma.
4. deben valorarse con atención las zonas expuestas a humedad por incontinencia, transpiración o estomas como la zona perineal, perianal, pliegues cutáneos y orificios de estomas.
5. se tomarán precauciones en los puntos de apoyo de determinados dispositivos, como sondas nasogástricas, mascarillas de oxígeno, sondas vesicales, tubos endotraqueales, drenajes, ostomias y férulas.
6. se evitara la utilización de dispositivos que impidan la observación, al menos una vez al día, de las zonas de riesgo como lo son vendajes protectores y apósitos adhesivos no transparentes.
7. evitar la sequedad de la piel mediante cremas o lociones hidratantes aplicadas de forma suave y sin masaje hasta conseguir su completa absorción.
8. no masajear las zonas enrojecidas ni las prominencias óseas, pues ello no solo no previene la aparición de UPP sino que además puede ocasionar daños adicionales.

Movilización y cambios posturales

Los cambios de posición del paciente deben llevarse a cabo como una medida básica de prevención de UPP, siempre que ello sea clínicamente seguro, es decir, cuando la situación general del paciente no se comprometa con la movilización y la adopción de determinadas posiciones.

Los cambios posturales se realizarán generalmente cada 2 horas y deberán quedar registradas para garantizar una continuidad de los cuidados y evitar repeticiones innecesarias.

Los cambios de posición deberán seguir una rotación programada e individualizada de la siguiente manera: decúbito supino, decúbito lateral izquierdo, decúbito prono, decúbito lateral derecho.

Para mantener la posición y proteger las prominencias óseas pueden usarse dispositivos como almohadas o cojines. Las movilizaciones del paciente en la cama deberán realizarse utilizando una sábana transversa, para evitar la fricción sobre la piel.

Superficies especiales para el manejo de la presión

La superficie sobre la que un paciente con riesgo de desarrollar UPP apoya su peso corporal de manera continuada es un elemento que puede influir en gran manera en su desarrollo. Hablar de superficies de apoyo implica necesariamente hablar de camas que tomen en cuenta tanto elementos relacionados con la seguridad y la comodidad de los pacientes, como aquellos elementos que faciliten que los profesionales asistenciales y los domiciliarios puedan trabajar en las mejores condiciones ergonómicas en la atención a los pacientes encamados, sobre todo en su movilización y en el manejo de cargas y pesos. Hoy en día se dispone de recursos muy útiles, por no decir imprescindibles, en cualquier nivel asistencial, como son las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP).

Una SEMP se define como cualquier superficie sobre la que puede apoyarse un paciente con la totalidad o parte del cuerpo, ya sea en decúbito supino o prono, o en sedestación, y cuya configuración física y/o estructural presente propiedades de reducción o alivio de la presión. Algunas SEMP pueden además reducir el efecto de fricción y de cizallamiento, así como el calor y la humedad, e incrementar el bienestar de los pacientes.

Manejo local de la presión

Además de las medidas descritas para aliviar y controlar la presión de forma general en el cuerpo del paciente, también se debe realizar una protección local de la presión en aquellas zonas concretas que conllevan mayor riesgo como los talones, y la región occipital.

Algunos apósitos hidrocélulares almohadillados adaptados al talón son eficaces para prevenir las UPP en esta localización en contraposición a sistemas de uso extendido, aunque de escasa eficacia, como los vendajes protectores de talón. En ningún caso deben utilizarse dispositivos en forma de rosco o anillo. Los apósitos hidrocóloides y los apósitos de película de poliuretano carecen de acción protectora ante la presión y solo protegen ante la fricción.

11.4 Instrumento metodológico de valoración

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE

VIRGINIA HENDERSON

ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

Datos de identificación:

Nombre: **RODOLFO P. G.** Edad **71** Sexo **MASCULINO** Ocupación **JUBILADO** Estado Civil **CASADO** Religión **CATÓLICO**
Escolaridad **PREPARATORIA** Domicilio **U HAB. INTEGRACIÓN LATINOAMERICANA COL. ROMERO DE**
TERREROS Unidad de salud donde se atiende **HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS ISSSTE**

Signos Vitales:

Respiración: Frecuencia **21** Ritmo _____ Expansión torácica: Simétrica _____

Profundidad: Superficial _____ Profunda _____

Pulso: Frecuencia **67** Ritmo _____ Irregular _____ Intensidad: Fuerte **X** Débil _____

Temperatura: **36.3 ° c** Tensión arterial **130/90**mm Hg

Somatometría: Peso **75**kg Talla **165** cm Índice de Masa Corporal **27.5** Perímetro Abdominal **80**

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES

OXIGENACIÓN

¿Tiene algún problema para respirar? No, Sí. Describa **NINGÚN PROBLEMA PARA RESPIRAR DESCRIBE EL PACIENTE** ¿Se ha expuesto al humo de leña? No, **Si** ¿Ha fumado en algún momento de su vida? No, **Si** ¿Cuántos cigarrillos al día? **15** ¿Convive con fumadores? **No**, Si ¿Ha convivido con aves? No, **Si** ¿Tiene la sensación que le falta el aire cuando camina? **No**, Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando sube escaleras? **No**, Si ¿Su casa está ventilada? No, **Si** ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? **No**, Si ¿Tiene familiares con problemas para respirar? **No**, Si ¿Le han diagnosticado Hipertensión? No, **Si** ¿Tiene problemas cardíacos? **No**, Si ¿Tiene familiares con problemas del corazón? **No**, Si ¿Toma algún medicamento? No, **Si**. Especifique **CEFALEXIMA, TELMISARTAN C/ HIDROCLOROTIAZIDA, ESCITALOPRAM, CLOPIDROGEL, ACIDO FÓLICO, COMPLEJO B, METFORMINA, ALOPERIDOL, TAMSULOSINA, ALOPERIDOL, TAMSULOSINA, FELODIPINO.**

Explore: Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos) **TÓRAX POSTERIOR CON LIGERA CIFOSIS HACIA EL LADO IZQUIERDO, SIN LESIONES APARENTES CON MOVIMIENTOS DE AMPLEXIÓN Y AMPLEXACIÓN SIMÉTRICOS. A LA AUSCULTACIÓN SE ESCUCHA UNA RESPIRACIÓN EUPNEICA SIN RUIDOS ANORMALES, SE ESCUCHAN RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS DE BUENA INTENSIDAD Y FRECUENCIA** Dificultad respiratoria: **No**, Si Fatiga: **No**, Si Tos: **No**, Si Expectoración: **No**, Si. Coloración de la piel **LIGERA PALIDEZ DE TEGUMENTOS** Observaciones: **FRECUENCIA CARDIACA DE 67 X'. NO CONVIVE CON FUMADORES, AUNQUE EL FUMO POR 40 AÑOS. ´LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS**

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra a consumir en el desayuno? Cantidades en raciones **PAN INTEGRAL DE CAJA, 2 REBANADAS, PLÁTANO, 1 PIEZA, CAFÉ CON LECHE 1 TAZA.**

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra a comer durante la comida? Cantidades en raciones **GUISADOS DE CARNE, POLLO O PESCADO Y . VERDURAS 2 VASOS CON AGUA, FRUTAS DE TEMPORADA 1 A 2 PIEZAS**

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra a comer durante la cena? Cantidades en raciones **PAN DE DULCE 1 PIEZA, CAFÉ CON LECHE 1 TAZA,**

¿Come entre comidas? **No**, Si ¿Qué alimentos consume? _____ ¿En donde acostumbra a comer? **EN CASA** ¿Con quién acostumbra a comer? **CON SU ESPOSA E HIJOS**

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No, **Si** ¿Por qué? **EN OCASIONES COME DE MAS O DE MENOS**

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? **TAMALES** ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? **COMIDAS PICANTES**

¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? **LECHE ENTERA** ¿Cuáles son los alimentos que le causa alergia?
_____ ¿tiene problemas para masticar? No, **Si**. ¿Por qué? **FALTA DE PIEZAS DENTALES, Y
ALTERACIONES EN LA MASTICACIÓN** ¿tiene dentadura completa? No, Si. ¿Usa prótesis? No, **Si**. ¿Tiene problemas con su
peso? No, **Si**. ¿Por qué? **IMC 27.5 (SOBREPESO)** ¿Considera que tiene adecuada digestión de alimentos? No, Si. ¿Por qué?
OCASIONALMENTE PADECE ESTREÑIMIENTO ¿Cuántos vasos de agua toma al día? **5 A 7 VASOS** ¿Acostumbra a tomar
refrescos? No, Si. Cantidad _____ ¿Acostumbra tomar café? No, **Si**. ¿Acostumbra tomar alcohol? No, Si. ¿Toma
suplementos alimenticios? No, **Si**.

Explore:

Cavidad oral:

**MUCOSAS ORALES HIDRATADAS CON BUENA COLORACIÓN SIN LESIONES APARENTES, LENGUA
EN LÍNEA MEDIA SIN DESVIACIÓN, CON ADECUADA TEXTURA Y MOVILIDAD. DESVIACIÓN DE LA
COMISURA LABIAL HACIA LA IZQUIERDA. CAVIDAD ORAL HIDRATADA, PIEZAS DENTALES
INCOMPLETAS, AUSENCIA DE SEGUNDO MOLAR SUPERIOR LADO DERECHO Y DE SEGUNDO
MOLAR SUPERIOR LADO IZQUIERDO, CON PRESENCIA DE CARIES EN MODERADA CANTIDAD Y
DISTRIBUIDAS POR DIFERENTES PIEZAS DENTALES, ADECUADO REFLEJO NAUSEOSO, CON
PRESENCIA DE HALITOSIS, PALADAR Y PISO SIN ALTERACIONES.**

Región abdominal:

**ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, PERISTALSIS NORMOACTIVA, NO
SE PALPAN MASAS O VISCEROMEGALIAS. PERISTALSIS NORMOACTIVA.**

Observación:

**PADECE DE DIFICULTAD PARA MASTICAR LOS ALIMENTOS DE FORMA ADECUADA Y MANTENER
LOS MISMOS EN LA BOCA, AUNQUE SE ALIMENTA DE MANERA AUTÓNOMA**

ELIMINACIÓN

¿Cuántas veces evacua al día? **2 A 1 VECES** ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas? Esfuerzo para defecar. No, Si. Dolor
anal al evacuar No, Si. Características del dolor _____ Flatulencias No, **Si**. Tenesmo No, Si. Meteorismo No, **Si**.
Incontinencia No, **Si**. Prurito No, Si. Hemorroides No, Si. Cuando presenta problemas para evacuar, ¿Qué recursos utiliza?
SUPOSITORIOS ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? **MASAJE ABDOMINAL** ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? **NO BEBER**

SUFICIENTE AGUA ¿Qué características tiene la evacuación? **DURA** ¿Cuántas veces orina al día? **3 A 5 VECES** ¿De qué color es su orina? **AMARILLA PAJA** ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas? Disuria **No**, Si. Poliuria **No**, Si. Nicturia **No**, **Si**. Retención de orina **No**, Si. Urgencia para orinar **No**, Si. ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? _____ ¿Usted suda? **No**, **Si**. ¿Cómo es su sudoración? **AXILAS Y CABEZA** ¿Bajo qué condiciones suda? **CALOR EXCESIVO**

En caso de mujeres

¿Fecha de última menstruación? _____ ¿Cada cuándo menstrua? _____ ¿Cuántos días dura su menstruación? _____ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas? Dismenorrea **No**, Si. Pérdidas intermenstruales **No**, Si. Flujo vaginal **No**, Si. ¿Qué características tiene? _____ ¿Qué hace para controlar la dismenorrea?

En caso de hombres

¿Presenta alteraciones en la eyaculación? **NO MANTIENE VIDA SEXUAL ACTIVA**

Explore

Región abdominal, fosas renales, genitales

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, PERISTALSIS NORMOACTIVA, NO SE PALPAN MASAS O VISCEROMEGALIAS. PERISTALSIS NORMOACTIVA. GENITALES DE ACUERDO AL SEXO Y EDAD, SIN LESIONES DÉRMICAS O SECRECIONES EVIDENTES

Observaciones

MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? **No**, **Si**. Especifique **FALTA DE TONO MUSCULAR EN MIEMBROS PÉLVICOS, Y HEMIPLEJIA EN MIEMBRO PÉLVICO IZQUIERDO, DERIVADO DE UN EVENTO VASCULAR CEREBRAL** ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? **No**, **Si**. ¿Cómo? **NECESITA AYUDA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA** ¿Tiene dificultad para moverse? **No**, **Si**. Especifique: **HEMIPLEJIA IZQUIERDA**

¿Utiliza apoyos para desplazarse? No, **Si**. ¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación? **ACTUALMENTE ES JUBILADO PERO TRABAJABA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO DE PIE** ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura? **ACTUALMENTE LA MAYOR PARTE DEL DÍA PERMANECE SENTADO** ¿Presenta alguno de estos signos y síntomas? Dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No, **Si**. Especifique cuales: **DOLOR ARTICULAR Y CONTRACTURA EN MIEMBROS DEL HEMISFERIO IZQUIERDO** Movimientos involuntarios **No**, **Si**. Describa _____ Le falta fuerza o debilidad muscular. No, **Si**. Describa: **DEBILIDAD EN MIEMBROS DEL HEMISFERIO IZQUIERDO** Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo. **No**, **Si**. Describa: _____ ¿Realiza usted alguna actividad física? **No**, **Si**. ¿Cuál? _____ ¿Qué tiempo le dedica a la semana? _____

Explore

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos

EL PACIENTE PRESENTA HEMIPLEJIA DEL LADO IZQUIERDO.

EXTREMIDADES DEL HEMISFERIO DERECHO INTEGRAS, SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CON ADECUADO TONO Y FUERZA MUSCULAR, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, CON ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS. EXTREMIDADES DEL HEMISFERIO IZQUIERDO CON PÉRDIDA DE TONO Y FUERZA MUSCULAR, AUNQUE SIMÉTRICAS. ARCOS DE MOVILIDAD CON GRAN DETERIORO, LLENADO CAPILAR DE 3 SEGUNDOS.

DEBIDO A LA HEMIPLEJIA NO DEAMBULA, AUNQUE TAMPOCO UTILIZA ALGÚN DISPOSITIVO PARA DESPLAZARSE. TIENE PROBLEMAS PARA REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD QUE REQUIERA TRASLADARSE HACIA ELLA. PERMANECE LA MAYOR PARTE DEL DÍA SENTADO EN SU SILLA DE RUEDAS, O ES LLEVADO A UN REPOSET.

Observaciones

LA FUERZA MUSCULAR QUE PRESENTA EN EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO Y EN EL IZQUIERDO ES DISTINTA, SIENDO NOTABLEMENTE MAYOR EN EL DERECHO. ADEMÁS LA PÉRDIDA DE FUERZA ES MAYOR EN LA EXTREMIDAD INFERIOR QUE EN LA SUPERIOR. LA EXTREMIDAD

SUPERIOR PRESENTA ESPASTICIDAD, LO QUE IMPLICA QUE EL PACIENTE TENGA EL BRAZO FLEXIONADO, ÉSTA SE ACENTÚA CUANDO SE INTENTA MOVILIZAR.

DEBIDO A SU PADECIMIENTO ACTUAL NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA ALGUNA.

DESCANSO Y SUEÑO

¿Usted descansa durante el día? No, **Si**. ¿Cómo? **SIESTAS DURANTE EL DÍA** Después de descansar ¿Cómo se siente?

CANSADO ¿Cuántas horas duerme habitualmente? **8 A 9 HORAS** ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño? Dificultad para conciliar el sueño **No**, Si. ¿Se despierta fácilmente? **No**, Si. Sueño agitado **No**, Si. Pesadillas. **No**, Si. Nerviosismo. **No**, Si. ¿Se levanta durante la noche? **No**, Si. ¿Por qué? _____ ¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No, **Si**. ¿Por qué?

LUGAR TRANQUILO Y SIN ALTERACIONES EN LA LUZ O EL AMBIENTE ¿Acostumbra a tomar siesta? No, **Si**. ¿Qué hace para conciliar el sueño? _____

Explore (orejas, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia)

SIN OJERAS, ATENCIÓN DISMINUIDA EN LA ENTREVISTA, ACTITUD DE DESGANO Y APATÍA

VESTIDO

¿Qué ropa utiliza cuándo? Hace frío **ROPA ABRIGADORA** hace calor **ROPA LIGERA** cuando llueve **ROPA IMPERMEABLE** ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? No, **Si**. ¿Expresa sentimientos a través de su ropa? **No**, Si. ¿La ropa que usa usted la elige? No, **Si**. ¿Es capaz de vestirse y desvestirse solo? **No**, Si.

Explore (características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y aliño)

PLAYERA TIPO POLO, Y PANTALÓN TIPO PANTS, ADECUADA PARA SU EDAD Y GENERO, LIMPIA.

Observaciones

TOTALMENTE DEPENDIENTE PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE, ES AYUDADO POR EL ENFERMERO, O SU ESPOSA QUIENES LE ELIJEN LA ROPA ADECUADA Y CÓMODA DE ACUERDO AL CLIMA. SE LE REALIZA CAMBIO DE VESTIMENTA TODOS LOS DÍAS.

TERMORREGULACIÓN

¿Sabe cómo medir la temperatura? **No**, Si. ¿Presenta alteraciones de la temperatura? **No**, Si. Especifique _____

¿Qué medidas toma para controlar la temperatura cuando tiene alteraciones? **MEDIOS FÍSICOS**

Explore

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia

TEMPERATURA CORPORAL EUTERMICA.

Observación

EN BASE A LOS REPORTES DE ENFERMERÍA LA TEMPERATURA TOMADA DE FORMA AXILAR OSCILA ENTRE LOS 36.0 Y 36.7 ° C DURANTE EL DÍA.

HIGIENE

¿Con que frecuencia se baña? **CADA DOS DÍAS** ¿Cada cuando se lava el cabello? **CADA DOS DÍAS** Después del baño ¿El cambio de ropa es? Parcial ____ Total **X** ¿Cada cuando lava sus manos? **ANTES DE CADA COMIDA** ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? **CADA SEMANA** Pies **CADA BAÑO** Manos **CADA BAÑO** ¿Cada cuando cepilla sus dientes? **2 VECES POR DÍA** ¿Para el aseo de sus dientes usa hilo dental? **No**, Si. ¿Utiliza prótesis dental? **No**, Si. ¿Cada cuando la asea? _____ ¿Cuándo realizo la última visita al dentista? **HACE MAS DE DOS AÑOS** ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? **No**, **Si**. ¿Por qué? **POR HEMIPLEJIA EN MIEMBROS DEL HEMISFERIO IZQUIERDO**

Explore (estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones)

PIEL LIMPIA, HIDRATADA Y SIN SIGNOS DE EDEMA. PRESENTA UNA ULCERA POR PRESIÓN DE ESTRUCTURAS ÓSEAS, EN LA PARTE SACRA GRADO 2, DEBIDO A LA FALTA DE LA MOVILIZACIÓN NECESARIA EN LA CAMA Y SILLA DE RUEDAS. EL CUIDADO DE LAS UÑAS SE LE REALIZA DE MANERA SEMANAL. EL LAVADO DE MANOS LO REALIZA ANTES DE CADA COMIDA. EL CEPILLADO DENTAL SE REALIZA DOS VECES POR DÍA.

CABELLO LIMPIO Y UÑAS LIMPIAS Y RECORTADAS, NARINAS HÚMEDAS, MUCOSA Y OÍDOS SIN ALTERACIONES EXTERIORES, DE FORMA Y TAMAÑO ACORDE A LA EDAD. LABIOS CON BUENA COLORACIÓN, HIDRATADOS Y SIN LESIONES

Observaciones

REALIZA BAÑO CORPORAL CADA SEGUNDO O TERCER DÍA CON LA ASISTENCIA DE SU ESPOSA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EL CAMBIO DE PAÑAL SE REALIZA POR TURNO O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO DURANTE EL DÍA.

EVITAR PELIGROS

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo No, **Si**. Toxoide Diftérico No, **Si**. Toxoide Tetánico No, **Si**. Hepatitis B No, **Si**. Neumococcica No, **Si**. Influenza No, **Si**. Rubéola Sarampión No, **Si**. Otra: _____ Revisiones periódicas en el último año: **12**

VISITAS AL MEDICO EN SU UNIDAD DE SALUD Exploración prostática No, **Si**. Resultado **SIN ALTERACIONES** Autoexploración mamaria No, **Si**. ¿Cada cuánto tiempo la realiza? **CADA AÑO EN SU UNIDAD DE SALUD** Resultado **SIN ALTERACIONES**

Mamografía _____ Papanicolaou No, **Si**. Resultado _____, Protección contra infecciones de

transmisión sexual **No**, **Si**. Seguimiento de plan terapéutico prescrito No, **Si**. Automedicación **No**, **Si**. Nombre del medicamento

_____ ¿Consumo de drogas de uso no médico? **No**, **Si**. ¿Cuál? _____ Uso de medidas de seguridad:

Cinturón de seguridad No, **Si**. Uso de pasamanos No, **Si**. Uso de asideras **No**, **Si**. Uso de lentes de protección **No**, **Si**. Aparatos

protectores para la audición **No**, **Si**. Bastón **No**, **Si**. Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve y se siente físicamente? **BIEN** -

¿Es capaz de dar solución a sus problemas? **No**, **Si**. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? **No**, **Si**. ¿Cuenta con las medidas

de seguridad? : En el trabajo No, **Si**. ¿Las utiliza? Escuela: No, **Si**. ¿Las utiliza? No, **Si**. Casa No, **Si**.

¿Las utiliza? No, **Si**. Otros lugares No, **Si**. ¿Las utiliza? **SI** ¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No, **Si**. ¿Cuál es la causa?

DEPRESIÓN POR EVENTO VASCULAR CEREBRAL Y PÉRDIDA DE SU AUTONOMÍA

Observación

SU ESPOSA REFIERE CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADO. NO ES CAPAZ DE MANTENER SU SEGURIDAD FÍSICA DEBIDO A SU PADECIMIENTO. SU MEDICACIÓN ESTÁ A CARGO DE SU ESPOSA Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, SIN POSIBILIDAD DE SUFRIR UNA

INTOXICACIÓN FARMACOLÓGICA, DURANTE LA NOCHE Y LOS PERIODOS QUE SE ENCUENTRA EN LA CAMA SE UTILIZAN LOS BARANDALES ARRIBA, EN LA MOVILIZACIÓN SOBRE SILLA DE RUEDAS, SE UTILIZAN LOS FRENOS DE PEDAL. SU DOMICILIO NO CUENTA CON PASAMANOS EN EL BAÑO, PARA DARLE MAYOR SEGURIDAD DURANTE EL BAÑO, AUNQUE LO REALIZA SENTADO.

COMUNICACIÓN

Idioma materno **ESPAÑOL** ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? NO, **SI** ¿Cuál? Vista: oído _____ olfato _____ gusto _____ tacto _____

¿Afectación verbal? NO, **Si**. Especifique: **DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE ARTICULAR PALABRAS**

Y FRASES

Tipo de carácter: **APÁTICO** Autopercepción: Optimista _____ Pesimista **X**

Realista: _____ Introverso Extroverso _____ Otro _____

—

¿Tiene dificultad para? Comprender **NO**, Si. Aprender NO, **Si**. Concentrarse: NO, **Si**.

Lectoescritura: NO, **Si**. ¿Cómo es la comunicación con su familia? : **MUY DISMINUIDA A PARTIR DE EL EVENTO VASCULAR CEREBRAL.**

CREENCIAS Y VALORES

¿Qué es importante para usted en la vida? **VIVIR** - ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? **FAMILIA** ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas? **ES NECESARIO** Ejemplos de desastre **ES NECESARIO** ¿Siente que la vida le ha dado a usted lo que ha esperado de ella? **SI** ¿Sus creencias sobre la vida o su religión le ayudan a enfrentar sus problemas? **SI**

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice y lo que realmente hace, ejemplo:

- a) Lee con frecuencia **NO**
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, etc. **SI**

- c) Prácticas de oración y rezo **SI**
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a dios o algún santo **NO**
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias **NO**
- f) Solicita la presencia de sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual **CADA VIERNES ACUDEN A DARLE LA SAGRADA COMUNIÓN A PETICIÓN DE SU ESPOSA**

Describe _____

TRABAJO Y REALIZACIÓN

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? **JUBILADO** ¿Tiene alguna ocupación remunerada? **No**, Si. ¿Cuál?
 _____ ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? **No**, **Si**. ¿Cuál? **HEMIPLEJIA IZQUIERDA** ¿Necesita algún cuidado especial? **No**, **Si**. ¿Cuál? **MINISTRACION DE MEDICAMENTOS, Y AYUDA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA** ¿Su limitación es temporal? **No**, Si. ¿Puede trabajar? **No**, Si. ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? **No**, **Si**. ¿De qué tipo? **AYUDA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA** ¿A que atribuye usted la dependencia? **EVENTO BASCULAR CEREBRAL** ¿Esto afecta a su estado emocional? **SI** ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? **SI** ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? **No**, **Si**. ¿Cuál? **BAÑO HIGIENE, VESTIDO, AYUDA EN LA ALIMENTACIÓN, MANTENER SEGURIDAD**, ¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? **No**, **Si**. ¿Cuál?
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DOMICILIO, CHEQUEOS MÉDICOS EN SU UNIDAD HOSPITALARIA ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? **MUY POCAS** ¿A que lo atribuye? **SITUACIÓN ACTUAL** ¿Cuáles son sus metas en la vida? **MANTENER SU SALUD**

Explore (actitud)

APÁTICO, Y SIN INTERÉS A RESPONDER PREGUNTAS.

Observaciones

ACTUALMENTE ES JUBILADO, Y NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD REMUNERATIVA, DEBIDO A SU PADECIMIENTO ACTUAL Y A CONSECUENCIA DE QUE ES PERMANENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE TRABAJO ALGUNA. ES TOTALMENTE DEPENDIENTE PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

RECREACIÓN

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca_____ Pocas veces **X**

Casi siempre _____ Siempre. ¿A qué atribuye usted este estado de ánimo? **PADECIMIENTO**

ACTUAL ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Cine__ Teatro__

Lectura__ TV **X** Música __ Baile __ Fiesta __ Reuniones con amistades y familiares **X** Otros

_____ ¿Con que frecuencia tiene usted cambios bruscos

de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca__ Pocas veces __ Casi

siempre **X** Siempre __ ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No, Si. ¿Qué medicamento

le indicaron? _____ ¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad

recreativa? No, **Si.** _____

Especifique

SU ESPOSA REFIERE QUE REALIZA POCAS ACTIVIDADES RECREATIVAS DEBIDO A SU PADECIMIENTO ACTUAL, MENCIONA LE GUSTA VER TELEVISIÓN Y ESCUCHAR MÚSICA.

Observación

AL MOMENTO DE REALIZAR ALGUNAS TERAPIAS DE LENGUAJE, Y OCUPACIONALES MUESTRA POCO INTERÉS O SE QUEDA DORMIDO DURANTE LOS EJERCICIOS

APRENDIZAJE

¿Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? **No**, Si. ¿Por qué? **NO SON**

NECESARIOS ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy baja __ Me cuesta

trabajo pero si aprendo **X** Regular__ Casi no me cuesta trabajo __ No me cuesta ningún trabajo. ¿De

qué fuente adquiere sus conocimientos? Lectura __ Otras personas **X** Televisión __ Radio__ Cursos

__ Conferencias__ Otros **ESPOSA, MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA** ¿Lo que ha

aprendido ha modificado su estado de salud? No, **Si.** ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para

mantener su salud? No, **Si.**

Explore (expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad)

EL PACIENTE NO MUESTRA INTERÉS POR APRENDER ALGUNA ACTIVIDAD O HABILIDAD NUEVA, AL QUERER INSISTIR SOBRE ALGUNA TEMÁTICA SU ESTADO DE ÁNIMO CAMBIA BRUSCAMENTE A APÁTICO.

Observación
