



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADA A UNA PACIENTE CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA
GRADO III

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

P R E S E N T A :

ADRIANA VICTORIA COSSIO GONZÁLEZ

Nº DE CUENTA: 92608540

DIRECTORA DEL TRABAJO:

L.E.O. CAROLINA SOLÍS GUZMÁN

SECRETARÍA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MÉXICO D.F. 2004



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

M. 332072



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

Proceso Atención De Enfermería


Aplicado a una paciente con Encefalopatía Hepática Grado III

Que para obtener el título de
Licenciada En Enfermería y Obstetricia

Presenta:

Adriana Victoria Cossio González

N° de cuenta 92608540

Directora del trabajo

L.E.O. Carolina Solís Guzmán

México DF, Mayo 2004

INDICE.

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
OBJETIVOS.....	4
METODOLOGIA.....	5
1.- MARCO TEORICO	
1.1 El Cuidado Eníermero.....	6
1.2 El Proceso De Atención De Enfermería.....	8
1.3 El Modelo De Virginia Henderson.....	13
1.4 Encefalopatía Hepática.....	16
2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.	
2.1 Presentación Del Caso Clínico.....	23
2.2 Valoración De Las 14 Necesidades.....	24
2.3 Diagnóstico De Enfermería, Valoración De Las 14 Necesidades.....	29
2.4 Planeacion, Ejecución Y Evaluación De Las Acciones De Enfermería en las 14 Necesidades.....	31
3. PLAN DE ALTA Y/O RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE.....	45
CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	48
ANEXOS.....	50

INTRODUCCIÓN.

La enfermedad enfrenta al paciente y a su familia a diversos problemas económicos, de dinámica familiar y afecto emocionales, todos sufren pero sobre todo el enfermo y mas aun si padece de algún tipo de incapacidad provocándole ansiedad debido a las condiciones en que se encuentra, ya que el paciente y su familia no cuentan con la información suficiente para comprender el proceso de la enfermedad.

La cirrosis se acompaña de un conjunto de manifestaciones clínicas que reflejan una alteración crónica e irreversible del parénquima hepático, las manifestaciones clínicas de la cirrosis se deben a las alteraciones morfológicas y con frecuencia son un reflejo de la gravedad de la lesión hepática; *la ascitis y la encefalopatía hepática* son consecuencia tanto de la insuficiencia hepatocelular como de la hipertensión portal.

Alrededor del 75 % de los pacientes sufren una evolución progresiva de su enfermedad a pesar del tratamiento de sostén y fallecen como consecuencia de complicaciones como hemorragia masiva por varices esofágicas, encefalopatía hepática o carcinoma hepatocelular sobreañadida.

La labor del personal de enfermería es identificar las necesidades del paciente a su ingreso y durante su permanencia en el hospital para poder brindar los cuidados necesarios y tratar en lo posible de evitar el aumento en las complicaciones de la enfermedad.

El presente trabajo se realizó con base al modelo de Virginia Henderson, al mismo tiempo que se divide en tres apartados los cuales se interrelacionan entre si para brindar la atención al paciente.

En el primer apartado se menciona el Origen De Los Cuidados De Enfermería, así como su evolución, también se menciona el Proceso Atención Enfermería, el cual nos sirve como guía en las diferentes etapas como son valoración y diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de las acciones de enfermería en la atención del paciente, de igual forma se menciona como concibe Virginia Henderson a enfermería, las necesidades de una persona y como se le puede ayudar logrando la independencia del paciente; así mismo se menciona la fisiopatología de la Encefalopatía Hepática.

En el segundo y tercer apartado se presenta el caso clínico de una paciente con encefalopatía hepática, las necesidades detectadas y los cuidados proporcionados durante su estancia en el hospital, al mismo tiempo que se elabora un listado con las recomendaciones o sugerencias a seguir en su domicilio cuando sea dada de alta.

La evaluación del plan de cuidados permite mejorar la calidad de los cuidados que se proporcionan a otros pacientes en situaciones similares y así obtener cuidados más eficientes y una mayor satisfacción laboral.

JUSTIFICACIÓN

El Proceso Atención Enfermería es un instrumento que sirve como guía para brindar la atención y los cuidados necesarios que requieren los pacientes con Encefalopatía Hepática grado III ya que este tipo de pacientes requiere de cuidados diferentes y específicos de acuerdo al grado de encefalopatía que presenten cada uno de ellos.

El médico es el responsable del tratamiento del paciente pero es al personal de enfermería a quien corresponde brindar y vigilar los cuidados integrales que requieren durante su estancia hospitalaria sin necesidad de esperar a recibir indicaciones escritas por el médico.

Se eligió un paciente con esta patología ya que en los últimos meses se ha observado un incremento en el ingreso de estos pacientes a la unidad de trabajo; aunque estos pacientes presentan la misma enfermedad cada uno de ellos requiere de cuidados diferentes y específicos ya que algunos de ellos se encuentran concientes, desorientados y en estado de coma; además de presentar deterioro físico, por lo que requieren de la asistencia del personal de enfermería para cubrir sus necesidades en su totalidad.

OBJETIVOS

Objetivo General.

- * Proporcionar los cuidados de enfermería de acuerdo con las etapas del Proceso de Atención de Enfermería y al modelo de Virginia Henderson a pacientes con Encefalopatía Hepática que ingresen al servicio de hospitalización.

Objetivos Específicos.

- * Proporcionar los cuidados integrales de enfermería al paciente utilizando el modelo de Virginia Henderson.
- * Ayudar en lo posible a que el paciente logre su independencia de acuerdo a las necesidades detectadas.
- * Orientar e integrar a la familia en los cuidados del paciente.

METODOLOGÍA.

Para elaborar el proceso de atención de enfermería se llevaron a cabo varios pasos; el primero fue seleccionar al paciente con una patología que nos diera la pauta para poder cubrir sus necesidades en su totalidad, en este caso se considero una paciente con **Encefalopatía Hepática** posteriormente se realizo la valoración la cual es la primera etapa del *Proceso de Atención de Enfermería* en donde se obtuvieron datos por medio de fuentes directas e indirectas al mismo tiempo que se detectaron las necesidades del paciente, seguido de esto se elaboraron los Diagnósticos Enfermeros tomando como referencia los diagnósticos de la NANDA; posteriormente se establecieron las necesidades de acuerdo al modelo de *Virginia Henderson*.

El segundo paso fue la aplicación de los cuidados de enfermería a la paciente con encefalopatía hepática de acuerdo con las necesidades detectadas, al mismo tiempo que se evaluaron los cuidados proporcionados y se determino si los resultados fueron los esperados y así modificar, continuar o finalizar el plan de cuidados, por último se realizo el plan de alta o guía de cuidados a llevar la paciente en su domicilio a su egreso de la unidad hospitalaria.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 EL CUIDADO ENFERMERO.

Cuidar es y será siempre indispensable, no solo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo el grupo social ya que durante años, los cuidados no fueron propios de un oficio ni de una profesión, ya que eran proporcionados por personas que ayudaban a asegurar todo lo necesario para continuar la vida, con el fin de cubrir las necesidades básicas del individuo. Asegurar la vida sigue siendo fundamental, ya que es necesario cuidar de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas vivas, pero también de las personas muertas asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades las cuales son indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

En las culturas de nuestros antepasados el origen de la enfermedad y el tipo de curación siempre lo han relacionado con fuerzas existentes del mundo como son los espíritus, también desarrollaban rituales para poder curar la enfermedad. En esa época el Chaman que anteriormente así le llamaban a las personas que se dedicaban a curar a la gente tenían la capacidad de entrar en el mundo de los espíritus en nombre de los miembros de su comunidad, el chaman era una persona religiosa que poseía poder sobre la población.

Las primeras escuelas de formación profesional se denominaban, escuelas de cuidados de enfermería, anteriormente algunas de estas daban poca base a los cuidados de enfermería ya que las escuelas se centraban más en la pedagogía y la administración, más tarde los cuidados que se brindaban a los enfermos hospitalizados sirven de base a enfermería, ya que se estudiaba cada función orgánica del cuerpo a partir de las características fisiológicas de cada paciente.

Posteriormente se inician con los cuidados integrados considerando al enfermo en su totalidad, respetando su individualidad e integrando los aspectos sociales tanto de las personas sanas como de las enfermas; debido a la relación que existe entre el cuidador y la persona cuidada, la planificación y organización de los cuidados, comienza una desestabilización de las técnicas de enfermería sin que estas sean reforzadas por conocimientos que sirvan de base para brindar los cuidados.¹

¹ Colliere Marie Françoise Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería 1ª Edición Editorial Interamericana McGraw-Hill p. 4-11

Es por eso que aparecen diferentes teorías de los cuidados de Enfermería:

En primer lugar Florencia Nightingale, se dio cuenta de que en la salud repercutían diferentes factores como: la calidad de la vivienda, la iluminación, la calefacción y la ventilación, dedujo que era posible reducir la enfermedad poniendo en práctica los medios de saneamiento; así mismo menciona que los cuidados deben ser basados en la reflexión, ya que estaba convencida de que los malos cuidados de Enfermería eran el resultado de una falta de reflexión más que de una falta de atención, su objetivo era el de ayudar a las enfermeras a adquirir por sí mismas una capacidad de pensar, obtener referencias y principios que sirvieran de base a los cuidados

Más tarde Nancy Roper comenta que cada enfermera debe establecer el proceso de los cuidados de Enfermería a partir de las situaciones que se plantean al cuidar y diferenciar los elementos que intervienen, ver las relaciones que tienen entre ellos y aprender a movilizarlos en sentido en que se presente la situación.

De igual forma Virginia Henderson hace mención de las 14 necesidades que constituyen la vida de los seres vivos y que se deben suplir cuando una persona ya no puede administrarlos por sí misma.

Dorothea Orem hace referencia a la ayuda que se debe brindar al paciente cuando no puede valerse por sí mismo enseñándole las acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Martha Rogers define la teoría como un conjunto de conocimientos dirigidos a explicar los fenómenos que permiten una comprensión de la realidad y de los hechos.

Callista Roy toma como base el proceso de adaptación del paciente con el entorno.

Existen dos tipos de cuidados:

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida, estos son los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, estos cuidados se basan en los hábitos de costumbres y de creencias. *Los cuidados de curación* tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar sus causas.

La acción de la enfermera se centra en todo aquello que ayude a mejorar las condiciones de salud, prevenir y limitar la enfermedad del ser humano, valorando las capacidades físicas, afectivas y psíquicas de la persona, así como el entorno. Los cuidados de Enfermería son una construcción propia de cada situación, ya que se brindan a partir de los hábitos de vida.

Enfermería se ha definido como una ciencia y arte, ya que desarrolla técnicas para brindar los cuidados al paciente en donde los principios fundamentales dependen del conocimiento que se tenga sobre biología, anatomía, fisiología, microbiología y química, las cuales son fundamentales para la comprensión del funcionamiento del cuerpo humano. También se define como un servicio que se da al individuo para ayudarlo a recobrar y/o conservar el estado normal del cuerpo y la mente, cuando no se puede lograr esto, se le ayuda a obtener alivio al dolor físico, mental y en ocasiones espiritual.

En conclusión tenemos que cuidar son las diferentes actividades dirigidas a mantener y conservar la vida que se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, es un acto que se tiende a dar a cualquier persona, ya sea temporal o definitivamente para asumir sus necesidades vitales.²

1.2 EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Es un sistema de planificación y ejecución de los cuidados de enfermería que se compone de cinco pasos los cuales se relacionan entre sí. El objetivo del proceso es identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad para establecer planes de cuidados y así cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad. Las ventajas del Proceso de Enfermería es que define el campo del personal de Enfermería garantizando los cuidados hacia el paciente, al mismo tiempo que produce satisfacción dentro del campo laboral.³

² Colliere Marie Françoise Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería 1ª Edición Editorial Interamericana McGraw-Hill p. 206-295

³ Duenas Fuentes José Raúl (2001) El Proceso De Atención De Enfermería http://www.terra.es/duenas/home_html.p.1-3

1.2.1 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

ETAPA DE VALORACION.

En esta etapa es la más importante del proceso ya que se recopilan y organizan datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas herramientas como son el expediente clínico, la familia, revistas profesionales, textos de referencia al mismo tiempo que se toma en cuenta estado psicológico, sociocultural y espiritual los cuales son básicos para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y así ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud.⁴

El propósito es obtener la máxima información en el tiempo disponible de la consulta, la valoración se lleva a cabo de "cabeza a pies" comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, posteriormente por "sistemas y aparatos" (cada sistema o aparato de forma independiente), comenzando por las zonas más afectadas y por ultimo por "patrones Funcionales de Salud" como son los hábitos y costumbres del paciente, los cuales nos ayudan a determinar los riesgos de Salud.⁵

Durante la valoración se utilizan cuatro técnicas concretas: palpación, inspección, percusión y auscultación.

La inspección requiere del sentido de la visión para determinar estados o respuestas normales, la observación se enfoca a conductas o características físicas determinando tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría del cuerpo. La palpación es el uso del tacto el cual ayuda a determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel, permite evaluar tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, consistencia y movilidad durante la exploración física por medio de una palpación suave.

La percusión consiste en golpear la superficie del cuerpo con los dedos, permite determinar el tamaño, densidad, límites de un órgano y su localización, además de provocar sonidos mate, resonantes o timpánicos sobre los diferentes órganos. La auscultación consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, por medio de un

⁴ Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería 2ª edición. Editorial El Manual Moderno p. 202-208

⁵ Duenas Fuentes José Raúl (2001) El Proceso De Atención De Enfermería. http://www.terra.es/personal/duenas/home_html.p.3-9

estetoscopio determinando las características de los ruidos pulmonares, cardiacos e intestinales, del mismo modo permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.⁶

Organización de la Información.

Posterior a la valoración se lleva a cabo el registro de la información de tal forma que nos ayude en la identificación de problemas, necesidades, al mismo tiempo que sirve como medio de comunicación entre el equipo sanitario, facilitando y garantizando la calidad de los cuidados, además de ser una prueba de carácter legal, deben estar escritos de forma objetiva, sin opiniones personales, se deben evitar generalizaciones y términos vagos como, "normal," "regular", etc., las anotación deben ser claras y concisas, de forma legible y con tinta indeleble, trazando una línea sobre los errores, con ortografía correcta utilizando solo las abreviaturas de uso común.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO.

Este no debe de confundirse con el diagnóstico médico ya que el diagnóstico de enfermería es la conclusión clara y concisa del estado de salud, problemas y necesidades del paciente, los cuales pueden modificarse por medio de la intervención del personal de enfermería con el fin de resolverlos o disminuirlos.⁷

Un diagnostico es básicamente una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable. La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y bienestar; un diagnostico REAL es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud ante procesos de la vida; un diagnostico DE ALTO RIESGO es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad para desarrollar un problema, influyen factores de riesgo como conductas, enfermedades o circunstancias, las cuales guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema y un diagnóstico DE BIENESTAR es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

⁶ Patricia W. Lyer. Proceso y diagnostico de Enfermería. 3ra edición, editorial McGraw-Hill Interamericana p.60-63

⁷ Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería 2ª edición, Editorial El Manual Moderno p. 8-10

Cada diagnóstico puede incluir algunos elementos, características definitorias y factores relacionados o de riesgo. El diagnóstico propuesto debe ser compatible con la definición de la NANDA, la designación proporciona un nombre al diagnóstico. **La definición** ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado y lo diferencia de otros diagnósticos. **Las características definitorias** se refieren a los signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico. **Los factores relacionados** son las situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico. **Los factores de riesgo** son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos.

Un diagnóstico de enfermería está formado por dos enunciados unidos por la frase "relacionados con", el diagnóstico comienza con la determinación de la respuesta humana, incluye los factores que contribuyen a la presencia de la respuesta en el individuo; los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales que pueden ser la causa de la respuesta observada.⁸

ETAPA DE PLANEACION.

En esta fase se establecen y llevan a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Aquí se plantean los objetivos dirigidos hacia la atención del paciente con resultados esperados, es decir se describen los resultados esperados, se determinan las actividades y acciones específicas a llevar a cabo en el plan de cuidados, la finalidad del plan de cuidados es brindar cuidados individualizados al mismo tiempo que se mantiene comunicación con el paciente y con el personal de salud.

La etapa de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

1.- Establecer prioridades en los cuidados. Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Las actividades que la enfermera desarrolla para las personas son de suma importancia, ya que les ayuda a detectar y reconocer sus necesidades ayudando a la recuperación de la enfermedad.

⁸ Patricia W. Lyer. Proceso y diagnóstico de Enfermería, 3ra edición, editorial McGraw-Hill Interamericana p.94-97 / 122-133

2.- Planteamiento de los objetivos. Son necesarios porque proporcionan la guía de las acciones que van dirigidas a la meta propuesta. La formulación de objetivos permite evaluar la evolución del paciente así como los cuidados proporcionados.

3.-Elaboración de las actuaciones de enfermería. Aquí se determinan las actividades, acciones específicas que el personal de enfermería realiza para cumplir los objetivos; estas acciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores de riesgo.

4.- Documentación y registro de los cuidados de enfermería. La última etapa del plan de cuidados es el registro de los resultados esperados que sirve para documentar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de los cuidados. Su finalidad está dirigida a proporcionar atención de calidad mediante cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados, la comunicación, y evaluación de los mismos.

ETAPA DE EJECUCIÓN.

Es la aplicación del plan de cuidados proporcionándolos de forma integral y progresiva que nos ayudan a conseguir los objetivos planteados, se lleva a cabo las anotaciones sobre los cuidados dirigidos al paciente, se brinda orientación y enseñanza al paciente al mismo tiempo que se va recopilando y analizando los datos nuevos que surjan.

ETAPA DE EVALUACIÓN:

Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados obtenidos, es emitir un juicio sobre uno o varios criterios, sobre todo la eficacia, estrategias y cuidados de enfermería, se observa la respuesta del paciente a los cuidados y se decide si el plan está ayudando o no a la recuperación del paciente y así cambiar o proponer nuevos cuidados al paciente.⁹

1.3 EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson incluyó en su modelo los 14 componentes de la asistencia de enfermería, Henderson parte de las necesidades físicas para llegar a los aspectos psicosociales, considera como única función de enfermería el ayudar al individuo ya sea sano o enfermo a realizar actividades esenciales que contribuyan a recuperar su salud desarrollando un nivel de independencia.

La autora menciona que estas necesidades pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas de la vida incidiendo en ellas factores físicos, psicológico o sociales, normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas, o sea que es una persona independiente, pero cuando algo de esto falta o falla en la persona y estas necesidades no se satisfacen por si mismo la persona se convierte en dependiente, es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas, dependiendo de la situación en que se encuentre cada individuo.

LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON.

Henderson parte de las necesidades humanas considerándolas como básicas para la supervivencia de todo individuo siendo las siguientes:

- * Necesidad de Oxigenación.
- * Necesidad de Nutrición e Hidratación.
- * Necesidad de Eliminación.
- * Necesidad de Moverse Y Mantener Una Buena Postura.
- * Necesidad de Descanso Y Sueño.
- * Necesidad de Usar Prendas De Vestir Adecuadas.
- * Necesidad de Termorregulación.
- * Necesidad de Higiene Y Protección De La Piel.
- * Necesidad de Evitar Peligros.
- * Necesidad de Comunicarse.
- * Necesidad de Vivir Según Sus Creencias Y Valores.
- * Necesidad de Trabajar Y Realizarse.
- * Necesidad de Jugar y/o Participar En Actividades Recreativas.
- * Necesidad de Aprendizaje.

De acuerdo a las necesidades del paciente se elabora un plan de cuidados, este se debe de ir ajustando o actualizando de acuerdo a los cambios que presente el paciente, cada uno de los cuidados proporcionados son individuales, ya que estos dependen de la edad, religión, cultura y capacidad física y mental del paciente.¹⁰

Las ventajas del modelo de Virginia Henderson es que delimita el campo de actuación de la enfermera, permite la observación y el análisis de la situación por la que esta pasando el paciente, además de organizar los cuidados a proporcionar y la aportación de estos en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario. Otra de las ventajas es que la enfermera asume los cuidados del paciente junto con otros miembros del equipo de salud.

El principio del modelo es que toda persona tiene necesidad de ayuda para conservar su salud o recuperarla, recobrar su independencia o morir en paz ya que es un ser biopsicosocial y espiritual; además la persona sana o enferma, experimenta ciertas necesidades las cuales son esenciales para su supervivencia y que dependen de la capacidad que tenga la persona para mantenerse independiente, los cuidados que se proporcionen deben de ser integrales y personalizados por medio de un plan de cuidados.

Henderson describe la independencia como la satisfacción por si mismo de cualquiera de sus necesidades, después de haber conocido los problemas de dependencia ya que esta la describe como la situación en que se encuentra la persona que tiene que contar con alguien para poder satisfacer sus necesidades.

De igual manera hace mención a diversos grados de dependencia/independencia los cuales varían de acuerdo a las necesidades de cada persona. El nivel 0 de independencia menciona lo que la persona realiza de manera independiente, pero con la ayuda de un aparato, de un dispositivo de apoyo o de un tratamiento. Los otros cinco niveles señalan una degradación progresiva de dependencia de la persona, que va desde la presentación de una pequeña ayuda hasta que otra persona tenga que encargarse por completo de ella.

Para proporcionar los cuidados se deben de tomar en cuenta las prioridades ya que se organiza el trabajo de enfermería de manera que ésta se ocupe de la persona cuyos cuidados son más urgentes o requieren mayor atención, delegando tareas a otros miembros del equipo que brinda los cuidados.

¹⁰ Marriner Tomey Ann et al. Modelos y Teorías De Enfermería 4ª Edición España 1998 Editorial Harcourt-Brace p.99-108

Para la prioridad de las necesidades se debe de tomar en cuenta si se esta en peligro el equilibrio homeostático o se suponga una amenaza para la vida de la persona, algo que pueda comprometer la seguridad de la persona como ideas suicidas, crisis etc., exista dolor, ansiedad, o que ocasione un nivel importante de dependencia y que tenga otras secuelas indeseables y que pueden atentar contra el derecho de vivir según sus creencias y valores.

Un modelo debe ser utilizado con flexibilidad, el modelo debe ser adaptado a la realidad, ya que sirve de apoyo en la observación de la persona y la interpretación de sus necesidades, además, guía la intervención de los cuidados de Enfermería. El modelo de Virginia Henderson constituye un elemento fundamental el cual sirve como base para proporcionar los cuidados y las acciones que realiza la enfermera, los modelos no pueden ser tan concretos ya estos son descripciones teóricas de lo que es la persona de acuerdo a sus necesidades, adaptación y su interacción con el entorno.¹¹

¹¹ Phanenf Margot. La planificación de los cuidados enfermeros 1ª edición, editorial McGraw- Hill México 1999 p.8-28.

1.4 ENCEFALOPATIA HEPATICA.

DEFINICIÓN:

Es un conjunto de síntomas que se pueden producir cuando se presenta un daño cerebral y del sistema nervioso, como complicación una enfermedad hepática que se caracteriza por varios síntomas neurológicos como son cambios en el estado de conciencia, cambios en el comportamiento y de personalidad.

CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO:

La encefalopatía hepática se produce por problemas que afectan el hígado como aquellos que reducen la función hepática (tales como la cirrosis o la hepatitis) y por condiciones en las cuales la circulación sanguínea se desvía y no irriga el hígado. La causa exacta del problema se desconoce. El hígado no puede metabolizar y destoxificar las sustancias en el cuerpo, por lo tanto la acumulación de sustancias tóxicas produce anomalías metabólicas que conducen a un daño en el sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal).

La sustancia tóxica más común es el amoníaco, el cual se produce en el cuerpo cuando las proteínas son digeridas y por lo general es destoxificado por el hígado además muchas otras sustancias también se acumulan en el cuerpo y dañan el sistema nervioso.

Por otra parte, en los pacientes que presenten problemas hepáticos estables, la encefalopatía hepática se puede desencadenar debido a episodios de sangrado gastrointestinal, consumo excesivo de proteína dietética o anomalías electrolíticas (especialmente la reducción de potasio, que puede ser consecuencia del vómito o de tratamientos como los diuréticos o la paracentesis). El problema también puede ser provocado por cualquier condición que produzca alcalosis (pH alcalino de la sangre), los niveles bajos de oxígeno en el cuerpo, el uso de medicamentos que deprimen el sistema nervioso central (tales como los barbitúricos o los tranquilizantes como la benzodiazepina, las infecciones como la hepatitis viral, la obstrucción del conducto biliar, la cirugía o cualquier enfermedad coincidente.

Los problemas que limitan o enmascaran los síntomas de la encefalopatía hepática son entre otros el síndrome de Reye, la intoxicación con alcohol, una sobredosis de sedantes, el síndrome de privación del alcohol, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, un

hematoma subdural, la meningitis, las anomalías metabólicas tales como la glucosa en sangre baja y la enfermedad de Wilson.¹²

La encefalopatía hepática afecta a aproximadamente 4 de cada 100.000 personas y puede presentarse como un problema agudo y potencialmente reversible o como un problema progresivo y crónico.

ESTADIOS DE LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA		
Estadio	Síntomas	Signos
I	Cambios de personalidad	Apraxia: dificultad para escribir
II	Confusión mental	Asterixis: factor hepático
III	Coma ligero - Estupor	Asterixis: factor hepático, rigidez, hiperreflexia
IV	Coma profundo	Tono muscular disminuido, hiperreflexia

SÍNTOMAS:

- * Cambios en el estado mental, estado de conciencia, el comportamiento y la personalidad
- * Olvido
- * Confusión, desorientación
- * Delirio (confusión aguda con un nivel fluctuante del estado de conciencia)
- * Demencia (pérdida de memoria, del intelecto, del razonamiento y de otras funciones)
- * Cambios en el temperamento
- * Disminución de la agudeza mental, somnolencia durante el día
- * Disminución de la comprensión, estupor progresivo
- * Coma
- * Reducción de la capacidad del autocuidado
- * Deterioro de la escritura o pérdida de otros movimientos finos de la mano
- * Temblor muscular brusco

¹² CECIL Tratado De Medicina Interna Vol. 1 Editorial Interamericana McGraw-Hill p. 946-950

- * Espasticidad o rigidez muscular
- * Convulsiones (raro)
- * Deterioro del lenguaje
- * Movimiento incontrolable
- * Movimiento disfuncional
- * Agitación

SIGNOS.

Los síntomas neurológicos pueden variar. El asterixis (temblor muscular brusco como de aleteo) se puede observar durante los movimientos voluntarios, como cuando la persona intenta sostener sus brazos al frente de su cuerpo (que se muestra como un signo de Babinski positivo). Se puede sospechar o conocer la presencia de la enfermedad del hígado debido a la piel icterica (ojos y piel amarillos) y por la ascitis (acumulación de líquidos en el abdomen) que se reconoce por el aumento del peso corporal, el agrandamiento abdominal y el examen que muestra líquido libre en el abdomen. Algunas veces, hay un olor rancio característico del aliento y la orina.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de la encefalopatía hepática depende de la existencia de una enfermedad hepática, desde la insuficiencia hepática aguda y la toxicidad por fármacos, hasta las enfermedades crónicas, tales como la hepatopatía alcohólica o la cirrosis.

En la historia clínica se hace énfasis especial en los antecedentes de enfermedades del hígado diagnosticadas con anterioridad, una historia de alcoholismo o de hepatitis. Transfusiones de sangre previas o abuso de drogas por vía intravenosa pueden sugerir una hepatitis crónica B o C. La utilización de fármacos hepatotóxicos, como la metildopa, la nitrofurantoina o la isoniácida, puede ser causa de una hepatopatía crónica, mientras que una dosis alta de paracetamol puede ser causante de una necrosis hepatocelular fulminante.

El cuadro clínico incluye tres elementos: cambios en el estado mental, hedor hepático y asterixis. El hedor hepático se refiere al aliento fétido del paciente. La asterixis es un temblor por sacudidas, irregular y bilateral de las manos, debido a una interrupción momentánea y brusca del tono muscular de los antebrazos.

El examen físico se centra en la búsqueda de los estigmas característicos de las enfermedades hepáticas: ictericia, nevus en araña, ginecomastia, atrofia testicular, venas distendidas en la pared abdominal (cabeza de medusa) y ascitis.

La exploración neurológica durante los estadios precoces suele mostrar apraxia de construcción y dificultad para escribir. Otros hallazgos físicos son la rigidez de las extremidades e hiperreflexia. En el estadio de coma profundo suele haber pérdida del tono muscular y disminución de los reflejos tendinosos profundos.

EXÁMENES DE LABORATORIO.

- * Los exámenes de sangre pueden ser inespecíficos o pueden revelar una insuficiencia hepática.
- * La química sanguínea puede mostrar un nivel bajo de albúmina, aumento de bilirrubina u otras anomalías
- * Los niveles de amoníaco en el suero por lo general son altos
- * El tiempo de protrombina se puede prolongar y no es corregible con vitamina K
- * Una tomografía computarizada de la cabeza puede mostrar resultados normales o puede revelar una atrofia general (pérdida de tejido)
- * Un EEG (electroencefalograma que es una lectura de la actividad eléctrica del cerebro) revela anomalías características ¹³

TRATAMIENTO:

La encefalopatía hepática es una condición médica aguda, que puede llegar a representar una emergencia médica y requerir de hospitalización.

Los objetivos del tratamiento son, brindar una terapia de soporte para mantener la vida, eliminar o tratar los factores precipitantes y eliminar o neutralizar el amoníaco y otras toxinas. La terapia de soporte para mantener la vida puede incluir soporte respiratorio o circulatorio, especialmente cuando se presenta coma. Además, se puede desarrollar un edema cerebral que puede ser mortal.

El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, el objetivo principal es reducir los sustratos nitrogenados en el tubo digestivo y eliminar las causas precipitantes.

¹³ Harrison Principios de Medicina Interna 13ª edición Vol.2 editorial Interamericana-McGraw-Hill p.1717-1719

- * Si hay sangre en el tubo digestivo, se debe evacuar con una sonda nasogástrica
- * Se suspende la administración de analgésicos opiáceos, sedantes y fármacos que contengan amonio o compuestos amínicos (cloruro de amonio)
- * Se previene el catabolismo de proteínas musculares administrando una cantidad adecuada de calorías (1.800 a 2.400) al día, en forma de glucosa o carbohidratos
- * Las proteínas de la dieta se reducen inicialmente a cero. Si aparece mejoría clínica al cabo de los días se administran 20 - 40 g/día de proteína, con incrementos de 10-20 g cada 3 días si son bien tolerados.
- * Limpieza intestinal. Se realiza principalmente en pacientes con hemorragia gastrointestinal mediante enemas o catárticos (50 g de sorbitol en 200 ml de agua)
- * Administración de neomicina. (1 g cada 6 horas). Se prescribe por vía oral o a través de una sonda nasogástrica. Este antibiótico, de escasa absorción, reduce la flora intestinal productora de ureasa. También puede administrarse mediante enema: 1 - 2 g en 100 ml de solución salina isotónica dos o tres veces al día como enema de retención.
- * Las alteraciones electrolíticas, especialmente la hipopotasemia y la alcalosis, se evitan. La alcalosis hipopotasémica se trata con la infusión de KCL. Se puede administrar albúmina sérica humana en dosis de 25-50 g por vía intravenosa en un período de 4 a 6 horas. Por regla general, la hiponatremia es de dilución y se trata mejor restringiendo la ingesta de agua.
- * Disacáridos no absorbibles. (Lactulosa). Las bacterias colónicas desdoblan la lactulosa para formar ácido acético y anhídrido carbónico. Estos ácidos rebajan el pH del contenido colónico hasta alrededor de 5.5, la cual previene la absorción del amoniaco al convertirlo en ion amonio. La lactulosa es también laxante, lo que ayuda a evacuar el colon. La dosis usual del fármaco es de 60 a 120 ml diarios, en dosis fraccionadas. Igualmente se puede administrar en forma de enema (300 ml de lactulosa con 700 ml de agua). Se debe evitar la diarrea intensa, ya que las pérdidas excesivas de líquido pueden dar lugar a hipernatremia, hipovolemia y azoemia, todas las cuales pueden exacerbar la encefalopatía.

EXPECTATIVAS (PRONÓSTICO):

La encefalopatía hepática aguda puede ser reversible, mientras que las formas crónicas de la enfermedad son a menudo progresivas; ambas pueden ocasionar un coma irreversible y la muerte, con una tasa de mortalidad de aproximadamente el 80 % si el coma se desarrolla. La recuperación y la recurrencia de esta condición son variables.

COMPLICACIONES:

- * Edema cerebral.
- * Herniación cerebral
- * Coma progresivo irreversible.
- * Pérdidas neurológicas permanentes (motricidad, sensibilidad o estado mental).

AUMENTO DEL RIESGO DE:

- * Sepsis
- * Insuficiencia respiratoria
- * Colapso cardiovascular
- * Insuficiencia renal

Se debe buscar asistencia médica si se presenta cualquier cambio en el estado mental o en cualquier otra función neurológica, especialmente si la persona tiene o presume que tiene una enfermedad hepática. La encefalopatía hepática puede progresar rápidamente y convertirse en una condición crítica.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- * Proporcionar una dieta alta en calorías y disminuida en proteínas.
- * Restringir el consumo de sodio en la dieta.
- * Control de ingresos y egresos de líquidos corporales.
- * Mantener al paciente en reposo.
- * Aplicación de enemas con lactulosa para vaciar el intestino y disminuir los niveles de amonio.
- * Observar color, consistencia y cantidad de las evacuaciones.
- * Vigilar presencia de hemesís.
- * Registro de perímetro abdominal diariamente para observar signos de ascitis.
- * Valorar y vigilar el estado de conciencia por medio de la escala de Glasgow.
- * Registro de signos vitales por turno.
- * Promover y ayudar a aumentar los periodos de ejercicio.
- * Proporcionar baño de esponja utilizando jabones suaves, sin aroma.
- * Proteger la piel de lesiones externas.
- * Cambios de posición frecuentes.
- * Realizar ejercicios de movilización en cama.
- * Instalar sonda foley y vigilar drenado constante de la misma.

- * Colocar sonda nasogástrica.
- * Proporcionar oxígeno por medio de puntas nasales.
- * Mantener al paciente en posición de semifowler.
- * Mantener las sábanas de cama limpias secas y estiradas.
- * Inspeccionar constantemente las zonas que estén en riesgo de desarrollar úlceras por presión.
- * Mantener lubricada la piel del paciente.
- * Realizar curación de las úlceras por decúbito.
- * Administrar medicamentos indicados por el médico.
- * Proporcionar alimentación por gastroclisis.
- * Mantener la habitación del paciente sin corrientes de aire.
- * Mantener al paciente con ropa abrigadora.
- * Reducir la presión cutánea del paciente a través de dispositivos como son colchón de agua.
- * Control de temperatura por medios físicos (calor seco).

MEDIDAS PREVENTIVAS.

- * Mantener periodos de descanso.
- * Disminuir el consumo de alimentos que contengan altos valores de proteínas.
- * Realizar ejercicio.
- * Evitar el consumo de alcohol.
- * Mantener un control en la ingesta de líquidos.
- * Evitar el consumo y abuso de fármacos como son los sedantes y diuréticos.

2. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1 Presentación Del Caso Clínico.

- * Nombre Del Paciente: Ana Maria A. de L.
- * Clave: 103471-02
- * Ocupación: Hogar.
- * Edad: 72 años
- * Sexo: Femenino
- * Fecha De Ingreso: 06 de Febrero del 2004
- * Hora De Ingreso: 13:55 hrs.
- * Diagnostico Medico: Cirrosis Hepática/ Encefalopatía Grado III / Insuficiencia Hepática

Se trata de paciente femenina que es traída a la unidad por un familiar (hijo) el cual refiere que presentó pérdida del conocimiento, además de padecer de cirrosis hepática desde hace un año con etiología a determinar, presenta mucosas orales semihidratadas, campos pulmonares ventilados, durante la exploración física se observa fuerza muscular disminuida, paciente que no responde a estímulos externos calificándose con un Glasgow de 7 puntos, piel pálida, seca, se observan escaras a nivel de glúteos.

En su segundo día de estancia intrahospitalaria la paciente continúa sin apertura ocular, ni respuesta motora, así como respuesta verbal, calificándose con un Glasgow de 4 puntos, los signos vitales se encuentran dentro de los límites normales: temperatura: 36.4°C, pulso: 76x', frecuencia respiratoria: 19 x', T/A: 110/70, se escucha buena entrada y salida de aire en los pulmones, hay buen llenado capilar, se observa rigidez de extremidades, sus resultados de laboratorio reportan los siguientes resultados:

Hemoglobina: 9.5, hematocrito: 26.6, urea: 107, glucosa: 91, creatinina: 1.9, sodio: 142.3, potasio: 4.55, bilirrubinas totales: 1.55, proteínas totales: 7.4, albúmina: 2.6, globulina: 4.8, fosfatasa alcalina: 157.

Se inicia tratamiento con lactulosa por medio de enemas y vía oral para disminuir los niveles de amonio.

2.2 VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION.

Durante la auscultación las vías respiratorias de la señora Ana Maria se escuchan permeables con buena entrada y salida de aire, hasta el momento presenta una frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y una frecuencia cardiaca de 76 pulsaciones por minuto.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	X

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION.

En estos momento la señora Ana Maria no se encuentra en condiciones de ingerir los alimentos por si sola ya que se encuentra en estado inconsciente por lo que se le instala sonda nasogástrica para proporcionar una dieta de 1200 calorías, hiposódica, licuada y dividida en varias tomas para suministrarla por medio de gastroclisis.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	X

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION.

Durante la exploración física se observó que la paciente no tiene control por si sola de sus esfínteres, por lo que se instala sonda foley a permanencia, su evacuación es de una vez al día de características Semi pastosa, café claro ligeramente fétidas, se le realiza un enema evacuante cada 24 hrs. con lactulosa para disminuir los valores de amonio.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	X
Dependiente	D	

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Durante la exploración física se observa rigidez de extremidades tanto superiores como inferiores, así mismo se pudo detectar la presencia de dos escaras a nivel de ambos glúteos, el tejido se observa necrosado, seco, debido a que en su casa pasa la mayor parte del tiempo acostada sin realizar ninguna actividad que la mantenga ocupada.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	X

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

El familiar refiere que cuando la señora Ana Maria se encuentra en casa pasa la mayor parte del día acostada, con un horario de sueño durante la noche de 22:00 a 7:00 hrs. y varias siestas durante el día, refiere que la paciente en ocasiones padece de insomnio, también refiere cansarse rápido cuando realiza las labores del hogar por muy sencillas que estas sean. Por el momento no se pueden realizar acciones de enfermería dentro de esta necesidad ya que la paciente se encuentra inconsciente.

Necesidad:

Independiente	I	X
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

El familiar que permanece con la señora Ana Maria comenta que hay días en que se le ayuda a vestirse ya que en ocasiones se muestra un poco somnolienta o se percibe un poco desganada, la paciente viste ropa cómoda y de acuerdo a su edad, fácil de quitar y poner, dentro de la unidad se le proporciona la ayuda para vestirse, ya que se encuentra inconsciente, además de que sus extremidades se encuentran un poco rígidas.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	X

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Al ingreso en la unidad hospitalaria la señora Ana Maria presenta una temperatura de 35.8°C debido a que se mantiene con poca ropa que la pueda abrigar por lo que se tiene que recurrir a medios físicos para controlar su temperatura.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	X

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

El familiar de la señora Ana Maria comenta que el baño de la paciente en casa es cada tercer día, se le tiene que proporcionar ayuda acercándole sus accesorios para el baño, en ocasiones la baña una de sus hijas cuando regresa del trabajo. Durante la estancia hospitalaria a la señora Ana Maria requiere de ayuda para el aseo personal ya que no se puede levantar de la cama debido a su estado de inconciencia; así mismo se observa que la piel se encuentra reseca, las uñas se encuentran duras, un poco largas con presencia de micosis.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	X

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

La señora Ana Maria se encuentra acompañada por diferentes familiares como son su hijo, nuera, hermana entre otros, los cuales se van rolando su estancia dentro del hospital para su cuidado, así mismo requiere de una vigilancia estrecha para evitar caídas de la cama.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	X

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE.

La paciente no responde a estímulos externos, ya que cuando se le llama por su nombre no existe respuesta verbal debido a que en estos momentos se encuentra inconsciente.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	X

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

El familiar de la paciente refiere que la religión no influye en la atención o tratamiento que se le pueda proporcionar, ya que son de religión católica.

Necesidad:

Independiente	I	X
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

La paciente se dedica al hogar, hasta el momento no trabaja ya que sus hijos le proporcionan todo lo necesario en lo que se refiere al aspecto económico.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	X

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Por el momento la señora Ana Maria no participa en actividades recreativas debido a su estado de inconciencia. Su familiar refiere que no hay algún parque o lugar cerca de casa en donde puedan dar un paseo o caminar por las tardes, además de no mostrar interés por ello ya que cuando esta en casa refiere cansarse rápido y prefiere permanecer acostada.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	x
Dependiente	D	

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

En el momento en que ingresa la paciente a la unidad hospitalaria permanece en estado inconsciente por lo que no se le puede orientar sobre su autocuidado.

Necesidad:

Independiente	I	
Parcialmente Dependiente	PD	
Dependiente	D	x

2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1.-Necesidad de Oxigenación.

Alto riesgo de alteración de la función respiratoria relacionado con la depresión del sistema nervioso central manifestado por disminución de la frecuencia respiratoria e inmovilidad física.

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Desequilibrio del estado nutricional relacionado con la incapacidad para ingerir alimentos manifestado por disminución de la masa corporal

3.-Necesidad de Eliminación.

- Déficit en el control de esfínteres relacionado con el estado de inconciencia manifestado por incontinencia urinaria

- Deterioro del estado neurológico relacionado con la elevación de amonio en el organismo manifestado por el estado de inconciencia.

4.- Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura.

Deterioro de la movilidad física relacionada con el estado fe conciencia manifestado por la rigidez de extremidades.

5.- Necesidad e Descanso y Sueño.

No se puede valorar esta necesidad ya que la paciente se encuentra inconsciente y permanece en cama pero se llevan a cabo los cambios de posición cada dos horas como medida para prevenir úlceras por decúbito.

6.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas.

La paciente no presentaba problemas en el tipo de prendas que usaba para vestir ya que estas eran de acuerdo a su edad, cómoda y con facilidad de quitar y poner. Actualmente por estar en el hospital y en estado inconsciente se le viste con ropa de la institución, se realiza cambio de la misma del diario así como la ropa de cama

7.- Necesidad de Termorregulación.

Hipotermia relacionada con la falta de ropa abrigadora manifestada por piel fría y temperatura de 35.8°C.

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

Riesgo de queratosis relacionado con la falta de lubricación manifestado por resequedad de la piel.

9.-Necesidad de Evitar Peligros.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad física manifestado por la aparición de lesiones en la piel.

10.- Necesidad de Comunicarse.

Deterioro de la comunicación relacionado con daño neurológico manifestado por el estado de inconciencia.

11.-Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores.

El familiar de la paciente refiere que la religión no influye en la atención o tratamiento que se le pueda proporcionar, ya que son de religión católica.

12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.

Hasta el momento la paciente depende económicamente de sus hijos, quienes le proporcionan lo necesario para su supervivencia.

13.- Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.

Déficit de actividades recreativas relacionado con la falta de motivación manifestado por aislamiento.

14.- Necesidad de Aprendizaje.

Deterioro de la capacidad para el autocuidado relacionado con el estado de inconciencia manifestado por descuido de la salud

2.4 PLANEACION, EJECUCIÓN Y EVALUACION DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA EN LAS 14 NECESIDADES.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

DIAGNOSTICO:

Alto riesgo de alteración de la función respiratoria relacionado con la depresión del sistema nervioso central manifestado por disminución de la frecuencia respiratoria e inmovilidad física.

OBJETIVO:

Mantener un adecuado intercambio gaseoso de los pulmones.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Proporcionar oxígeno por medio de puntas nasales a 3 litros por minuto.
- Vigilar la presencia de dificultad respiratoria.
- Valorar el estado de oxigenación del paciente.
- Mantener elevada la cabecera de la cama de la paciente a 30° para favorecer el intercambio gaseoso de los pulmones.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

- La oxigenación depende de la capacidad de los pulmones para introducir oxígeno en la sangre y la capacidad del corazón para bombear suficiente sangre a fin de introducir el oxígeno en la micro circulación de las células.
- El permanecer acostado en una posición dorsal por tiempo prolongado hace que los órganos abdominales se desplacen hacia el tórax comprimiendo los pulmones y haciendo más difícil la respiración provocando aprehensión y ansiedad en el paciente.
- La vigilancia continua del paciente permite la detección oportuna de trastornos mentales y de la conciencia, cambios de la coloración de la piel, sudoración y alteración de los signos vitales.

- La ventilación requiere movimientos sincrónicos de las paredes del tórax y abdomen, con la inspiración el diafragma se eleva hacia arriba y hacia fuera, la presión intratorácica desciende y el aire penetra, la espiración se produce cuando se expulsa el aire fuera de los pulmones.

EVALUACION:

Hasta el momento no hay presencia de signos de dificultad respiratoria y la paciente se observa tranquila.

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION.

DIAGNOSTICO:

Desequilibrio del estado nutricional relacionado con la incapacidad para ingerir alimentos manifestado por disminución de la masa corporal.

OBJETIVO:

Mantener el estado nutricional del paciente evitando las posibles complicaciones de la alimentación por sonda.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Proporcionar alimentación por medio de gastroclisis.
- Elevar la cabecera de la cama de 30 a 45 ° durante la alimentación.
- Proporcionar la alimentación en un periodo de 15 a 30 minutos aproximadamente y a temperatura ambiente.
- Introducir por la sonda de 10 a 20 ml. de agua al terminar de pasar la cantidad del alimento indicado.
- vigilar signos de hipoglucemia entre cada alimentación.
- Vigilar signos de irritación de la sonda.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

- La gastroclisis requiere de la introducción de alimentos líquidos gota a gota a cavidad gástrica por medio de una sonda para asegurar inicialmente una ingesta calórica, ganancia de peso y estado anabólico adecuados.
- El aumento de la presión gástrica puede contribuir a la regurgitación y aspiración, las situaciones que aumentan la presión gástrica son las alimentaciones por sondas con bolos, obstrucciones, obesidad, embarazo y disfunción anatómica.
- La administración lenta de los alimentos puede reducir los calambres y los vómitos, en cambio un bolo de alimento de alta osmolaridad y a temperatura fría puede provocar problemas gástricos y digestivos.
- La introducción de agua en la sonda evita su obstrucción y la mantiene limpia constantemente evitando el ingreso de aire al estómago el cual produce distensión abdominal.
- La hipoglucemia puede ser el resultado de exceso de insulina, ingesta insuficiente de alimentos o excesiva actividad física, una caída rápida en los niveles de glucosa estimula el sistema simpático para producir adrenalina, que produce sudoración profusa, piel fría, taquicardia y nerviosismo.
- El uso prolongado de catéteres de cloruro de polivinilo (PVC) de gran calibre se ha relacionado con la destrucción del cartilago Nasal.

EVALUACION:

Posterior a la alimentación que se proporciono durante el turno vespertino la paciente presento dos vómitos y durante las tres tomas de alimentación en el turno nocturno no presento ningún vomito ya que se tomaron las medidas necesarias para la alimentación.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION

DIAGNOSTICO:

- Déficit en el control de esfínteres relacionado con el estado de inconciencia manifestado por incontinencia urinaria.

- Deterioro del estado neurológico relacionado con la elevación de amonio en el organismo manifestado por el estado de inconciencia.

OBJETIVO:

- Llevar un mejor control de los egresos líquidos corporales.
- Disminuir los niveles de amonio en el organismo por medio de enemas.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Instalar sonda foley y mantener el drenado de la misma.
- Aplicar enemas con lactulosa.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

- La incontinencia puede ser transitoria o reversible, las causas de la incontinencia transitoria son la confusión aguda, la infección del aparato urinario, la vaginitis atrófica, los efectos secundarios de la medicación, los desequilibrios metabólicos, y los problemas de inmovilidad.

EVALUACION:

- Con la instalación de sonda se llevo un mejor control de líquidos de la paciente.
- Con la aplicación de enemas con lactulosa disminuyeron los valores de amonio en el organismo y la paciente respondió satisfactoriamente ya que pasó de un estado de inconciencia al estado de conciencia después de seis días de la aplicación de estos.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

DIAGNOSTICO:

Deterioro de la movilidad física relacionada con el estado de inconciencia manifestado por la rigidez de extremidades.

OBJETIVO:

Mantener el funcionamiento del sistema circulatorio en conjunto con el aparato músculoesquelético de la paciente.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Explorar físicamente a la paciente para detectar las extremidades de mayor rigidez.
- Elaborar un programa de ejercicios para evitar la contracción de extremidades.
- Orientar a los familiares sobre los ejercicios de movilización que se deben proporcionar a la paciente.
- Realizar la movilización física requerida como son: ejercicios pasivos, activos o funcionales.

* En cuanto la paciente se encuentre en mejores condiciones se pretenden las siguientes acciones:

- Reducir el reposo en cama programando los periodos de descanso.
- Promover la deambulación con apoyo de un familiar o equipo necesario como son el bastón y la andadera.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

- Una evaluación integral determina el tipo de movilización a realizar en el paciente para obtener, conservar o recobrar la locomoción posible.
- Las actuaciones de enfermería están pensadas para facilitar el compromiso con la actividad basándose en el conocimiento de la persona de las demandas de la actividad, la valoración de la actividad, las creencias sobre la actividad y la capacidad que percibe para la actividad.
- La enseñanza en cuanto a funcionamiento músculoesquelético requiere de un programa equilibrado de ejercicios que brindados por familiares y allegados puede animar al paciente a cumplir el programa.

- Los ejercicios evitan que los músculos pierdan su buen estado debido a la inactividad o lentificación de los movimientos ya que los ejercicios aumentan la fuerza muscular, reduce la rigidez, ayuda a impedir contractura proporcionando una sensación de control del paciente ya que el grado de movilidad de una articulación depende de los huesos, músculos, ligamentos y tendones que los unen.

- La capacidad para mantener un nivel de ejecución depende de los factores personales: fuerza, coordinación, tiempo de recreación, grado de alerta y motivación; así como de los factores relacionados con la actividad: frecuencia, duración e intensidad de la actividad.

EVALUACION:

La rigidez de las extremidades en la paciente ha disminuido, no en su totalidad, pero ya no se encuentran tan rígidas como a su ingreso.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

No se puede valorar esta necesidad ya que la paciente se encuentra inconsciente y permanece en cama pero se llevan a cabo los cambios de posición cada dos horas como medida para prevenir úlceras por decúbito.

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

La paciente no presentaba problemas en el tipo de prendas que usaba para vestir ya que estas eran de acuerdo a su edad, cómoda y con facilidad de quitar y poner. Actualmente por estar en el hospital y en estado inconsciente se le viste con ropa de la institución, se realiza cambio de la misma del diario así como la ropa de cama.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

DIAGNOSTICO:

Hipotermia relacionada con la falta de ropa abrigadora manifestada por piel fría y temperatura de 35.8°C.

OBJETIVO:

Mantener la temperatura corporal de la paciente dentro de los límites normales.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Proporcionar calor seco por medios físicos, valorando la duración en que se requiera de la aplicación de calor.
- Orientar al familiar sobre la importancia de colocar a la paciente gorro, guantes, calcetines, zapatos calientes etc.
- Detectar signos de hipotermia e hipertermia.
- Evitar corrientes de aire dentro de la habitación.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

- La temperatura corporal esta enormemente afectada por el nivel de actividad y la temperatura ambiental, la humedad alta aumenta el efecto del frío o el calor sobre el organismo.
- La exposición de la cabeza, cara, manos y pies puede afectar en gran medida a la temperatura corporal ya que estas son áreas vasculares donde el calor es conducido a través de los vasos sanguíneos hasta la piel y desde la piel hasta el aire y donde el frío es conducido desde el aire hasta la piel y desde la piel hasta los vasos sanguíneos.
- El enfriamiento de una persona hipertermica y el calentamiento de una persona hipotermica, debe realizarse con gran cuidado para evitar un sobrecalentamiento; en el ambiente de los cuidados agudos, el enfriamiento y el calentamiento presentan a menudo problemas que requieren de una estrecha colaboración con el medico.
- La temperatura corporal esta enormemente afectada por el nivel de actividad y la temperatura ambiental, la humedad alta aumenta el efecto del frío o el calor sobre el organismo.

EVALUACION:

La paciente mantiene una temperatura corporal entre 36.4 y 36.7

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

DIAGNOSTICO:

Riesgo de queratosis relacionado con la falta de lubricación manifestado por resequedad de la piel.

OBJETIVO:

- Mantener lubricada la piel de la paciente para conservar la integridad de la misma y evitar sus posibles complicaciones
- Mantener los hábitos de limpieza para contribuir al bienestar físico de la paciente.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Conservar la piel y mucosas sanas e integras por medio de la lubricación.
- Proteger la piel contra lesiones por sequedad, humedad excesiva, sustancias químicas y traumatismos.
- Brindar baño de esponja a la paciente proporcionando ligero masaje y lubricación corporal.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

- El uso de emolientes proporciona humedad y vitalidad a la piel; ya que esta en conjunto con las mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.
- Las causas de destrucción tisular, pueden ser mecánicas, inmunológicas, bacterianas, químicas y térmicas; en la destrucción mecánica se incluye el traumatismo físico o incisión quirúrgica. La destrucción inmunológica se produce como respuesta alérgica a un antígeno; la destrucción química se produce cuando una sustancia cáustica entra en contacto con una superficie desprotegida; la destrucción mecánica se produce cuando el tejido se expone a temperaturas extremadas que son incompatibles con la vida celular.
- Las medidas higiénicas contribuyen a que los pacientes se sientan cómodos y descansados al mismo tiempo que el masaje activa la tensión muscular, disminuye el dolor y el mal estar general, favoreciendo el retorno venoso.

EVALUACION.

La piel de la señora Ana Maria se muestra ligeramente hidratada y lubricada.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DIAGNOSTICO:

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad física manifestado por la aparición de lesiones en la piel.

OBJETIVO:

Reducir y evitar la formación de nuevas escaras por decúbito y las posibles complicaciones de estas.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Cambios de postura del paciente cada dos horas para el alivio de las áreas del cuerpo más vulnerables.
- Utilizar un dispositivo para aliviar la presión de los tejidos como es el colchón de agua.
- Desbridar el tejido necrótico de la zona afectada.
- Evitar proporcionar calor seco en las zonas de las úlceras.
- Mantener limpia y cubierta la úlcera con apósitos húmedos.
- Examinar constantemente otras áreas del cuerpo con riesgo de desarrollar úlceras como son: talones, codos, región occipital y región sacra.
- Proteger la piel del contacto de la orina y las heces fecales.
- Mantener limpia y estirada la ropa de cama de la paciente.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

- La presión es una fuerza compresiva en un área dada, si la presión ejercida contra el tejido blando es mayor que la presión sanguínea intracapilar, los capilares se ocluirán y el tejido se dañará como resultado de la hipoxia.

- Una superficie para aliviar la presión debe ser capaz de no ser comprimida totalmente por el cuerpo; para que sea eficaz, una superficie de apoyo debe ser capaz de, primero, ser deformable y además redistribuir el peso del cuerpo a lo largo de la superficie; el bienestar no es un criterio válido para determinar un alivio adecuado de la presión, se debe realizar una comprobación manual para determinar si el producto está reduciendo eficazmente la presión, situar la palma de la mano bajo el colchón reductor de presión, si el paciente puede sentir la mano del cuidador, la presión no es la adecuada.

- La presencia en el conducto de la herida de tejido necrótico, bien sea como escara negra, amarillo, de carácter seco o húmedo actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación. La escara necrótica no cicatriza hasta que se retire el tejido necrótico.

- El calor aumenta la demanda de oxígeno, las lámparas de calor están contraindicadas en las úlceras por presión por aumentar la demanda tisular de oxígeno ya de por sí acentuada.

- Un ambiente húmedo proporciona las condiciones óptimas para una cicatrización rápida, cuando las heridas se dejan descubiertas, las células epidérmicas deben migrar bajo la costra y sobre el tejido fibroso que está debajo. Cuando las heridas están semi ocluidas y la superficie de la herida permanece húmeda, las células epidérmicas migran más rápidamente por la superficie.

- La grasa subcutánea disminuye en el envejecimiento, reduciendo el almohadillado de las prominencias óseas, poniendo a los ancianos en mayor riesgo de úlceras por presión.

- El contacto con la orina y las heces pueden producir maceración cutánea. Las heces pueden ser más ulcerógenas que la orina, debido a las bacterias y toxinas presentes en las heces.

- La fricción es la descamación fisiológica del tejido; si la piel se frota con las sábanas de la cama, la epidermis puede ser arrancada por abrasión provocando lesión de la misma.

EVALUACION:

La señora Ana Maria no ha presentado aumento en la lesión cutánea, así como la aparición de signos de nuevas úlceras por decúbito.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

La paciente no se encuentra en condiciones de comunicarse con el personal de enfermería y familiares debido a que se encuentra inconsciente, pero se realizan las siguientes acciones para brindar un ambiente tranquilo y de comodidad durante su estancia en la unidad.

DIAGNOSTICO:

Deterioro de la comunicación relacionado con daño neurológico manifestado por el estado de inconciencia.

OBJETIVO:

- Disminuir en lo posible la tensión que pudiera sentir la paciente por falta de comunicación.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Vigilar y valorar constantemente el estado de conciencia de la paciente para detectar si hay mejoría del estado neurológico.

- Proporcionar un ambiente tranquilo y de aceptación reduciendo ruidos, luz excesiva y corrientes de aire.

- Llamar a la paciente por su nombre y explicar cada uno de los procedimientos a realizar del mismo modo presentarnos con la paciente cada vez que sea necesario.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

- La comunicación es la base de toda relación humana, el deterioro de la capacidad de comunicarse espontáneamente resulta frustrante y violento.

- La comunicación terapéutica comienza al ofrecer consideración positiva incondicional, un sentimiento genuino de calor hacia la persona que se esta ayudando; al preocuparse por otra persona y ser libre de enjuiciar lo que cree o siente.

- La comunicación proporciona una sensación de seguridad a los pacientes de que no están solos y de que hay personas que lo escucharan, una comunicación deficiente puede producir sentimientos de frustración, irritación, hostilidad, depresión, miedo, confusión y aislamiento.

EVALUACION:

Esta necesidad no se puede evaluar al cien por ciento y saber si en realidad la paciente se siente tranquila, pero se refleja en sus signos vitales ya que es tos permanece dentro de los límites normales.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

El familiar de la paciente refiere que la religión no influye en la atención o tratamiento que se le pueda proporcionar, ya que son de religión católica.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Hasta el momento la paciente depende económicamente de sus hijos, quienes le proporcionan lo necesario para su supervivencia.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Por el momento la señora Ana Maria no participa en actividades recreativas debido a su estado de conciencia pero se toma en consideración acciones de enfermería para cuando la paciente se encuentre en mejores condiciones de salud.

DIAGNOSTICO:

Déficit de actividades recreativas relacionado con la falta de motivación manifestado por aislamiento.

OBJETIVO:

Orientar a la paciente para que se integre con su familia y en actividades del hogar en cuanto sea posible.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Motivar a la paciente a realizar actividades como escuchar música, caminar por periodos cortos durante el día y la importancia de realizar ejercicio.
- Orientar a la paciente sobre la importancia de variar la rutina diaria cuando sea posible.
- Investigar temores y preocupaciones para integrarse con su familia y en actividades recreativas.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

- Todos los seres humanos necesitan estímulos, en el adulto la falta de estímulos da como resultado el aburrimiento y la depresión, el aburrimiento paraliza la productividad del individuo y produce un sentimiento de estancamiento.
- A causa de los cambios funcionales con la edad, el empeoramiento de la edad crónica, o el cambio en las estructuras sociales, muchos individuos ancianos deben reestructurar el uso del tiempo.

EVALUACION:

Este objetivo no se logró ya que en cuanto la paciente recobro el conocimiento un día después fue dada de alta a su domicilio.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

En el momento en que ingresa la paciente a la unidad hospitalaria permanece en estado inconsciente por lo que no se le puede orientar sobre su autocuidado, pero se pretende el siguiente objetivo y acciones de Enfermería en cuanto la paciente se encuentre en mejores condiciones de salud.

DIAGNOSTICO:

Deterioro de la capacidad para el autocuidado relacionado con el estado de inconciencia manifestado por descuido de la salud.

OBJETIVO:

- Lograr la independencia de la paciente en las actividades personales.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Orientar a la paciente sobre los ejercicios de movilización activa al menos tres veces al día.

- Promover la independencia en las actividades diarias que le sean posible como son el bañarse, vestirse sola, así como el cuidado de su piel.

- Orientar a la paciente sobre los diferentes tipos de ejercicios de movilización como son la movilización activa, pasiva y funcional.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA:

- La actividad, la movilidad y la flexibilidad son integrales al propio estado de vida. El compromiso de la movilidad tiene un grave impacto en el concepto de uno mismo y en el estilo de vida propio.

- Ofrecer al individuo elecciones individuales e incluirle en la planificación de sus cuidados reduce los sentimientos de impotencia; promueve los sentimientos de libertad, control y de la propia importancia y aumenta el deseo de la persona de colaborar con los tratamientos.

- El ejercicio favorece la independencia, la incorporación de ejercicios de movilización en la rutina diaria de la persona favorece una ejecución regular. Los ejercicios de movilización activa aumentan la masa muscular, el tono y la fuerza, mejoran la función cardiaca y respiratoria. Los ejercicios de movilización pasiva mejoran la movilidad de las articulaciones y la circulación.

EVALUACION:

Se pretende que la paciente participe en su autocuidado en cuanto este en condiciones de hacerlo.

PLAN DE ALTA Y/O RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE.

El plan de alta es una guía que se realiza de acuerdo con las necesidades detectadas durante la estancia hospitalaria del paciente, su objetivo es fomentar la continuidad de los cuidados en casa y así disminuir los reingresos; por lo que se sugiere continuar con las siguientes indicaciones para su cuidado.

- * Mantener en buen estado la piel utilizando durante el baño jabones neutros y sin perfumes.
- * Lubricar la piel con una crema que contenga aceite de almendras y que no contenga perfume.
- * Cuando permanezca acostada por tiempo prolongado, realizar cambios de posición cada dos horas como mínimo, permanecer del lado izquierdo, después cambiar a una posición boca arriba y por ultimo del lado derecho.
- * Realizar ejercicios de grado de movilidad por lo menos dos veces al día para mantener la flexibilidad y mayor movimiento de su cuerpo. (ver anexo 1).
- * Localizar las partes del cuerpo que corren mayor riesgo de que se formen úlceras y mantenerla el menos tiempo posible sin presión.
- * Mantener la ropa de cama limpia y sin arrugar.
- * No dar masaje en las zonas del cuerpo que se encuentra enrojecidos.
- * Se es posible utilizar colchón de agua.
- * Continuar con el tratamiento indicado por el medico.
- * Asistir a las citas con el medico para su control.

CONCLUSIONES.

La demanda de atención ha sido mayor día con día y con el poco personal de enfermería con que cuenta la institución hace que en ocasiones los cuidados que se brindan sean de acuerdo con las indicaciones medicas y no con las necesidades reales que presenta el paciente, pero que de alguna forma se intenta llevar a cabo el Proceso de Atención de Enfermería.

El aplicar el modelo de virginia Henderson en una paciente con encefalopatía hepática me permitió conocer más las necesidades que requieren cada uno de los pacientes hospitalizados con *Encefalopatía Hepática*, sobre todo si este presenta dificultad para comunicarse, además la atención que se brinda es responsabilidad de un equipo de salud y no solo del personal de enfermería aunque es quien pasa el mayor tiempo con el paciente.

El proceso de atención de enfermería es un sistema que no sólo se puede aplicar a los pacientes que ingresan a una unidad hospitalaria, sino también a pacientes que solicitan la atención en un primer nivel de atención, ya que por medio del proceso detectamos las necesidades de cada uno de los pacientes y proporcionamos los cuidados que requieren en ese momento dependiendo de la patología que presente el paciente.

El proceso se llevó a cabo de acuerdo con los objetivos planteados al inicio del trabajo ya que se elaboró un instrumento que sirva como guía para proporcionar la atención necesaria a pacientes con Encefalopatía Hepática, se brindaron los cuidados integrales de acuerdo al modelo de Henderson, se orientó e integro no en su totalidad pero si parcialmente a la familia en los cuidados del paciente, ya que no mostraban gran interés en las indicaciones que se les proporcionaban para el cuidado del paciente.

El objetivo que no se logro fue ayudar a que la paciente lograra su independencia porque a su ingreso la paciente se encontraba en estado de coma y un día después de haber recuperado el conocimiento fue dada de alta a su domicilio, lamentablemente las indicaciones y/o sugerencias que se realizaron para su egreso no se llevaron a cabo en su domicilio ya que hace algunos días la paciente reingreso a la unidad y su deterioro físico es mayor al que presentaba hace un mes y medio.

BIBLIOGRAFIA.

Carpenito Lynda Juall Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la Práctica Clínica 5° edición Editorial Interamericana McGraw-Hill

Carpenito Lynda Juall Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería, editorial Interamericana McGraw-Hill pp. 754.

Cecil Tratado de Medicina Interna Vol. 1 Editorial Interamericana McGraw-Hill pp.1392

Colliere Marie Françoise Promover la Vida. De la Practica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería 1° edición Editorial Interamericana McGraw-Hill pp.392

Corripio Fernando Diccionario Práctico de Sinónimos y Antónimos Ediciones Larousse 1° edición 1991 pp.386.

Diccionario Medico Editorial Salvat 3° Edición 1993 pp. 730

Fernández Ferrín Carmen, et al El Proceso Atención Enfermería. Estudio de Casos 1° Edición 1193 Editorial Masson-Salvat España pp.235

Guillen Llera F., et al Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico Editorial Masson pp. 326

Harrison Principios de Medicina Interna Vol. 2, 13° edición Editorial McGraw-Hill pp.1592

Langarica Salazar Raquel Gerontología y Geriatría 1° Edición Editorial Interamericana pp. 298

Lippincott Manual de Enfermería Práctica 1° edición Editorial Interamericana McGraw-Hill 1999 pp.

Lyer Patricia W. Proceso Diagnostico de Enfermería 3° edición Editorial Interamericana McGraw-Hill México 1997 pp.

Marriner Tomey Ann, et Al Modelos y Teorías de Enfermería 4° edición España 1998 Editorial Harcourt-Brice pp.560

NANDA 2001-2002 Diagnósticos Enfermeros Definiciones Y Clasificaciones pp.264

Potter Diana Odell, et al, Estudio Clínico Integral 1° edición, Nueva Editorial Interamericana 1985 pp. 844

Phanef Margot La Planificación De Los Cuidados De Enfermería 1° edición Editorial McGraw-Hill 1999 pp.284

Rosales Barrera Susana, et al, Fundamentos De Enfermería 2° edición Editorial El Manual Moderno 1999 pp. 236

FUENTES ELECTRONICAS.

Duenas Fuentes José Raúl (2001) Cuidados De Enfermería En Las Ulceras Por Presión. Consultado en <http://www.terra.es/personal/duenas/10.html>. Consultado el día 25 de febrero del 2004.

Duenas Fuentes José Raúl (2001). El Proceso De Atención De Enfermería. Consultado en http://www.terra.es/personal/duenas/home_hm. Consultado el día 24 de febrero del 2004

Duenas Fuentes José Raúl (2000). Las Necesidades Humanas Básicas En El Anciano. Consultado en <http://www.terra.es/personal/duenas/home1.htm>. Consultado el día 24 de febrero del 2004.

Rojas Elsa/Sánchez David Carlos E. (2000) Encefalopatía Hepática. Consultado en <http://www.aibarra.org/guias/5-7.htm>. Consultado el día 24 de febrero del 2004.

ANEXOS.

ANEXO 1

Se recomienda seguir con el siguiente plan de ejercicios para evitar atrofia muscular.

EJERCICIOS PARA EL PACIENTE CON REPOSO OBSOLUTO.

Los ejercicios físicos de carácter preventivo tienen como propósito hacer una aportación al control de la invalidez, si por invalidez se entiende la limitación del individuo en su capacidad para desempeñar alguna actividad a consecuencia de alguna insuficiencia somática, psicológica o social, es fácil comprender porque las personas de edad avanzadas ofrecen condiciones favorables para la instalación de algún tipo de afección invalidante, las enfermedades que padecen los ancianos, sean agudas o crónicas con frecuencia tienen su origen en situaciones de tipo laboral, ideológico, de hábitos y costumbres.

En lo físico la invalidez puede afectar el sistema músculoesquelético o los aparatos cardiovascular, respiratorio, digestivo, endocrino o renal, pero siempre tendrá repercusiones en las áreas psíquicas y social.

La rehabilitación se orienta a lograr que los inválidos realicen actividades útiles para si mismos, para su familia y para la sociedad, del mismo modo persigue motivarlo para el desempeño de actividades que le permitan ser lo mas autosuficiente posible, integrarse como miembro activo de una familia y de una comunidad y adquirir un sentido positivo de la disminución de las incapacidades.

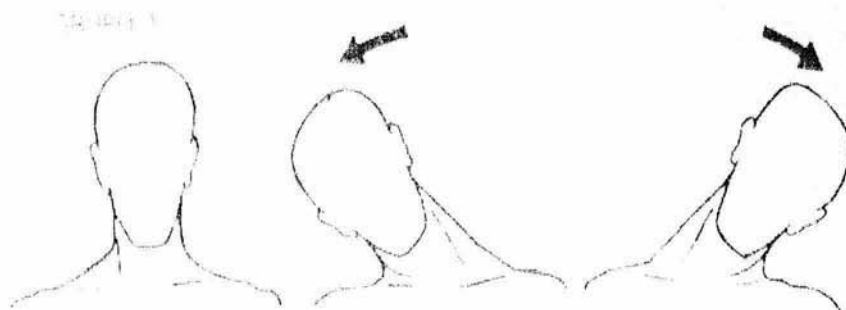
Los ejercicios deben ser tan individualizados como sea posible, siempre se procurara que los ejercicios que se subieran sean fáciles de comprender, sencillos en su ejecución, que no provoquen dolor y que no requieran instalaciones especiales.

Existen ejercicios para las diferentes partes del cuerpo:

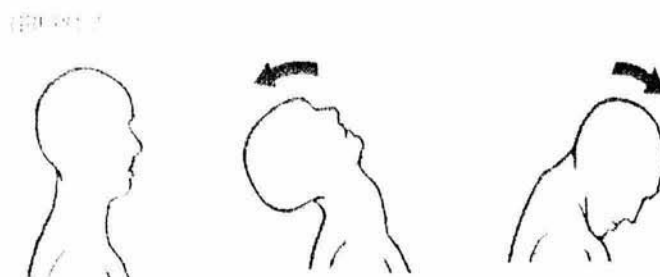
EJERCICIOS PARA EL CUELLO.

Estos pueden realizarse cuando la persona esta de pie o sentada, la posición inicial consiste en mantener la cabeza erguida con la mirada al frente.

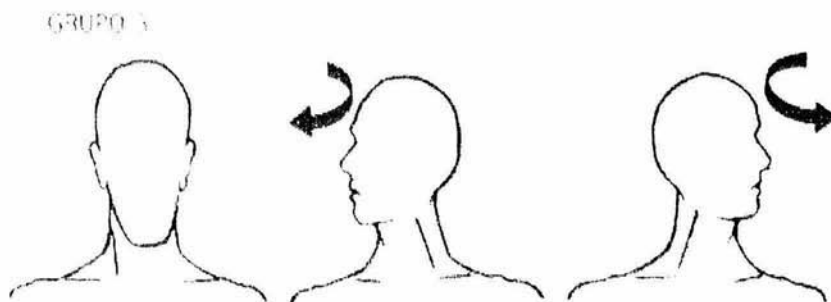
Grupo 1: posición inicial, flexión lateral derecha de la cabeza, posición inicial, flexión lateral izquierda, posición inicial.



Grupo 2: posición inicial, mover la cabeza hacia atrás, posición inicial, flexión de la cabeza, posición inicial.



Grupo 3: posición inicial, rotación de la cabeza hacia la derecha, posición inicial, rotación de la cabeza hacia la izquierda, posición inicial.



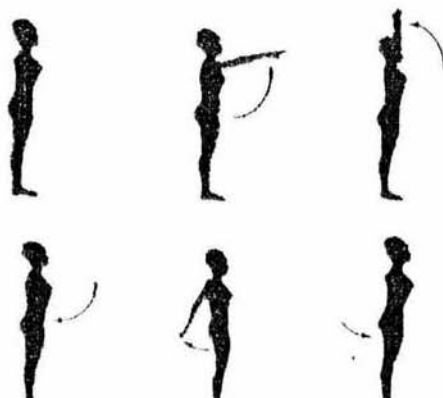
EJERCICIOS PARA LOS HOMBROS:

Estos ejercicios se pueden realizar de pie o sentada colocando los brazos a los lados del cuerpo.

Grupo 1: posición inicial, elevar el brazo hasta que la mano alcance el nivel del hombro, continuar la abducción hasta que la mano este a la altura de la cabeza, mover el brazo hasta que la mano esta a la altura del hombro, continuar con la abducción hasta que e brazo cruce el pecho y la mano llegue a la altura del hombro contrario.

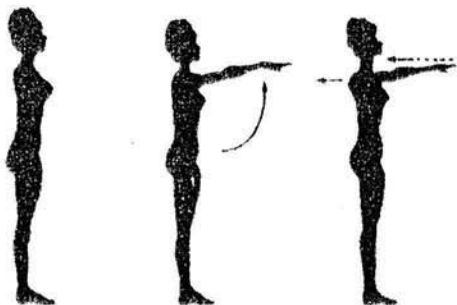


Grupo 2: posición inicial, flexionar el brazo al frente hasta la altura del hombro, continuar con la flexión hasta que la mano quede por arriba de la cabeza; hacer movimientos de extensión hasta la posición inicial, hacer Hiperextensión, volver a la posición inicial.



EJERCICIOS PARA LOS BRAZOS:

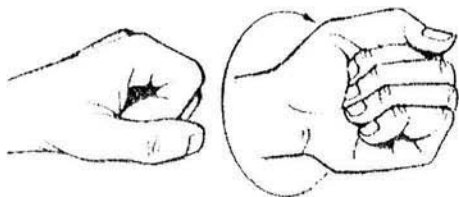
En la posición inicial el brazo esta formado en un ángulo de 45° con el cuerpo y la palma de la mano hacia adentro, a partir de esta posición flexionar el brazo hasta que los dedos de la mano toquen el hombro, extender el brazo hasta la posición inicial.



EJERCICIOS PARA LA MUÑECA Y MANOS:

Comprende tres grupos:

Grupo 1: con el brazo flexionado de manera que forme un ángulo de 90° con el antebrazo y con el puño cerrado mover esta hacia la derecha e izquierda manteniendo el antebrazo inmóvil.



Grupo 2: con la palma de la mano hacia arriba y los dedos extendidos y juntos, flexionar la mano hacia arriba, volver a la posición inicial, mover la muñeca para que la mano vaya en Hiperextensión hacia abajo, posición inicial, mover la mano hacia la derecha y hacia la izquierda.

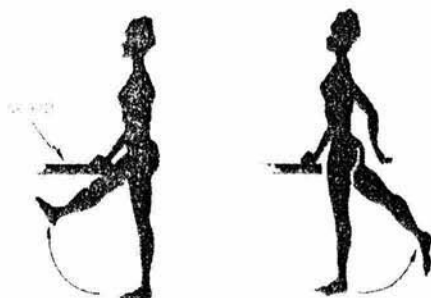
Grupo 3: con la palma de la mano hacia abajo y los dedos extendidos y juntos, flexionar los dedos para cerrar el puño, volver a la posición inicial, mover los dedos separándolos, juntar los dedos flexionar u extender los dedos uno por uno, presionar la yema del dedo pulgar contra cada uno de los otros dedos.

EJERCICIOS PARA LAS PIERNAS:

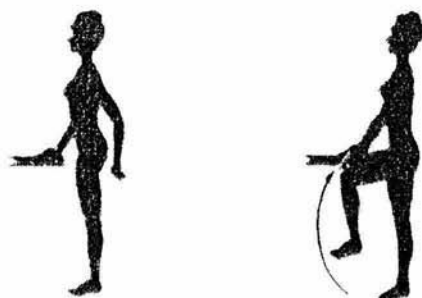
Pueden realizarse apoyándose en el respaldo de una silla, también pueden realizarse cuando se está sentado.

Grupo 1: posición inicial de pie, flexionar la pierna sin doblar la rodilla, posición inicial, poner en Hiperextensión la pierna, posición inicial.

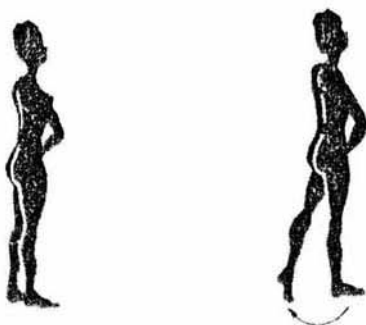
Grupo 2: posición inicial, flexionar la pierna dirigiendo el pie hacia atrás.



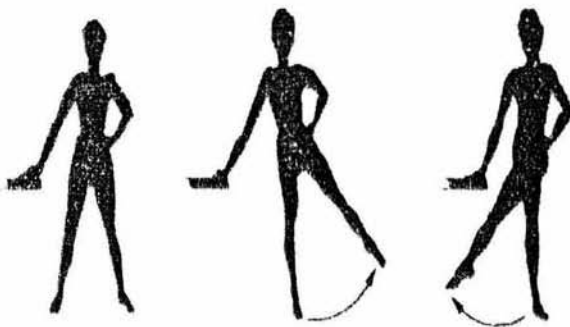
Grupo 3: flexionar la pierna doblando la rodilla hasta que sea posible tocarla con la mano.



Grupo 4: moverla pierna lateralmente en abducción, enseguida hacer movimiento de aducción hasta que la pierna quede encima de la otra.



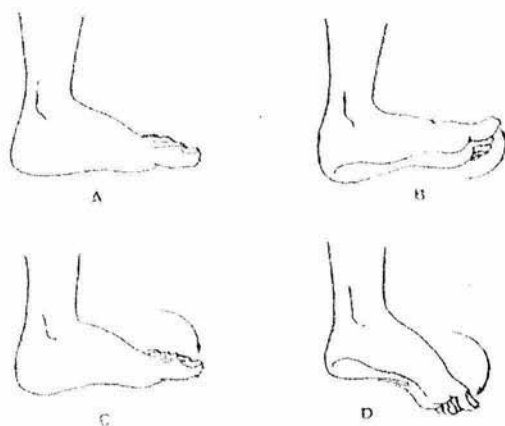
Grupo 5: hacer movimiento de rotación de la pierna hacia la derecha e izquierda.



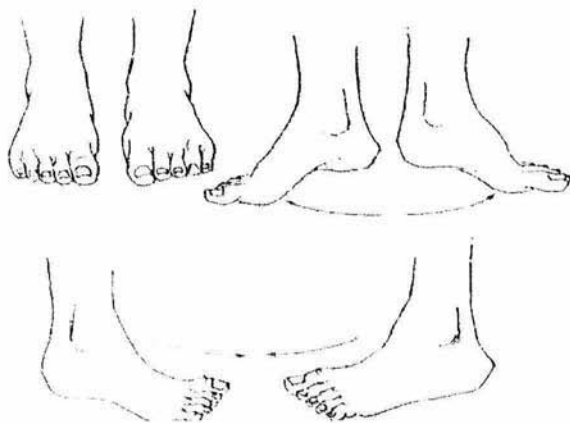
EJERCICIOS PARA LOS PIES.

Forman un conjunto de movimientos que la persona puede ejecutar estando acostada o sentada, están ordenados en tres grupos, los dos primeros favorecen la movilidad del tobillo y el tercero a los dedos de los pies.

Grupo 1: consiste en mantener el pie formando un ángulo recto con la pierna (a), flexionar el pie hacia arriba (b), posición inicial (c), mover el pie hacia abajo (d).

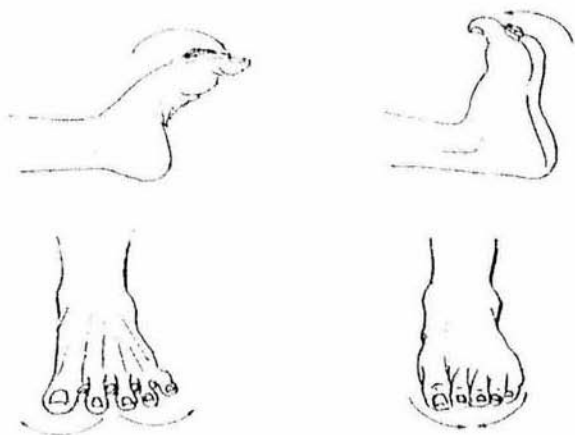


Grupo 2: mover los pies dirigiendo la punta hacia la pierna móvil; volver a la posición inicial, hacer el movimiento de los pies pero ahora dirigiendo la punta de estos hacia adentro, volver a posición inicial.



Grupo 3: flexionar los dedos hacia abajo, posición inicial, extender los dedos hacia arriba, posición inicial.

A partir de la posición inicial mover los dedos abriéndolos como un abanico (abducción) y enseguida cerrarlos (aducción) hasta la posición inicial.



Es frecuente que el paciente se vea afectado en sistemas músculo esquelético por diversos padecimientos o al menos por debilidad, en particular de los músculos del tronco corporal, de modo que resulta necesario enseñarle a valerse de brazos y piernas para cambiar de posición, se le brindara ayuda procurando no crear dependencia.¹⁴

¹⁴ Langarica Salazar Raquel Gerontología y Geriatría 1ª Edición Editorial Interamericana pp. 235-252

ANEXO 2

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: _____ edad: _____ peso: _____ talla: _____

Fecha de nacimiento: _____ sexo: _____ ocupación: _____

Escolaridad: _____ domicilio: _____

F. de ingreso: _____ Hr. de ingreso: _____ servicio: _____

VALORACION DE LAS NECESIDADES HUMANAS.

1) OXIGENACION.

Presencia de tos: _____ dificultad respiratoria: _____ coloración de piel: _____

Fuma: _____ cuantos cigarrillos al día: _____ desde cuando: _____

2) NUTRICION E HIDRATACIÓN.

Peso: _____ talla: _____ n° de comidas al día: _____

Horario de las comidas: _____

Nivel socioeconómico: _____ lugar donde come: _____

Agrado por los alimentos: _____

Alimentos que desagradan: _____

Alergias a alimentos: _____

Problemas al masticar o deglutir: _____

Cantidad de líquidos que bebe durante el día: _____

Características del cabello piel y mucosas: _____

3) ELIMINACION.

Hábitos intestinales: _____ características de las heces: _____

Utiliza laxantes: _____ frecuencia con que los utiliza: _____

Dolor al defecar: _____ problemas al miccionar: _____

4) NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Postura habitual: _____ realiza ejercicio _____

Cuántas hrs. al día: _____ practica algún deporte: _____

Presencia de dolor al movimiento: _____

5) NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Horario de descanso: _____ horario de sueño: _____

Actividades que realiza cuando descansa: _____

Siestas durante el día: _____ problemas para conciliar el sueño: _____

Utiliza algún tipo de medicamento para dormir: _____

6) NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

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

Sus creencias le permiten vestirse como le gusta? _____

Necesita ayuda para seleccionar el tipo de vestimenta? _____

Viste de acuerdo a su edad? _____

Cuenta con la capacidad para vestirse y desvestirse? _____

Su vestimenta es limpia y adecuada? _____

59

7) NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

Hay adaptación a los cambios de temperatura: _____

Recursos que utiliza en los cambios de temperatura: _____

Características de la piel: _____

60

8) NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DELA PIEL.

Frecuencia del aseo: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día? _____ aseo de manos: _____

Aspecto de la piel: _____

Olor corporal: _____

Lesiones dérmicas: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

9) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

Que miembros componen su familia de pertenencia: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar o el trabajo? _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Existen deformidades congénitas: _____

Condiciones de ambiente en el hogar y trabajo: _____

10) NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Estado civil: _____ rol familiar: _____

Existen conflictos familiares, con vecinos o en el trabajo: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____ de que forma expresa sus sentimientos? _____

Tipo de vivienda en que habita: _____

Cultura: _____ status social: _____ nivel educativo: _____

Influencias familiares y socioculturales: _____

Habla claro: _____ dificultad de visión: _____ audición: _____

Comunicación verbal: _____

11) NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Religión: _____ su creencia religiosa le crea conflictos personales? _____

Principales valores en la familia: _____

Principales valores personales: _____

Hábitos específicos de vestir: _____

Permite el contacto físico? _____

12) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Trabaja actualmente? _____

Que tipo de trabajo u ocupación realiza? _____

Riesgos: _____ tiempo que le dedica al trabajo: _____

Esta satisfecho con su trabajo? _____

Capacidad con que se adapta al trabajo: _____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y las de la familia? _____

Se observa calmado, ansioso, enfadado, retraído, temeroso, irritable, inquieto: _____

13) NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Actividades que realiza en su tiempo libre: _____

Existen recursos en su comunidad para la recreación? _____

Aceptación de actividades recreativas: _____

Estado de ánimo: _____

14) NECESIDADES DE APRENDIZAJE.

Que estudios ha realizado: _____

Puede leer y escribir: _____

Dificultad para aprender: _____

Integridad en los órganos de los sentidos: _____