



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO DE CASO:

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA PERSONA
CON ENFERMEDAD DE DEVIC
BAJO LA TEORÍA DE
DOROTHEA OREM”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA NEUROLÓGICA PRESENTA:

**LEO ROMERO ROJAS MITZI CAROLINA
CÉDULA PROFESIONAL NUM. 5228074**

TUTOR:

MRN ROCÍO VALDEZ LABASTIDA

AGOSTO 2008





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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por el apoyo, amor, confianza, guía y sacrificios que hacen día a día por mí.

A mis hermanos, tías y tíos, abuelos que a lo largo del camino han puesto un granito de arena.

A Jesús, gracias, con amor todo es posible.

A Norma y Miguel por estar siempre en mis alegrías y tristezas.

A mis amigos, sin ustedes me habría perdido de la diversión.

A Quetzalitzli por usted aprendí a amar la profesión del cuidar.

A mis profesoras y profesores por su empeño para hacer de cada uno de nosotros el mejor.

A mis pacientes, todo esto, es para y por ustedes.

Y a todo aquel que ha colaborado en mi vida para ser y amar lo que hoy, orgullosamente soy.

Gracias

ÍNDICE

| | | |
|--------|--|-----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 4 |
| II. | OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO | 6 |
| III. | FUNDAMENTACIÓN | |
| | 3.1 ANTECEDENTES..... | 7 |
| IV. | MARCO CONCEPTUAL | |
| | 4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA..... | 9 |
| | 4.2 METAPARADIGMA | 14 |
| | 4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA | 15 |
| | 4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA | 18 |
| | 4.5 ENFERMEDAD DE DEVIC..... | 22 |
| V. | MÉTODO | |
| | 5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN EN EL ESTUDIO DE CASO | 25 |
| | 5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN | 25 |
| | 5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS | 26 |
| VI. | PRESENTACIÓN DEL CASO | |
| | 6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO | 28 |
| VII. | APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA | |
| | 7.1 VALORACIÓN..... | 30 |
| | 7.1.1 CONCLUSIONES DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN: | |
| | VALORACIÓN FOCALIZADA | 30 |
| | 7.1.2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS..... | 33 |
| | 7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA | 35 |
| | 7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES..... | 38 |
| | 7.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS..... | 38 |
| | 7.5 EVALUACIÓN DEL PROCESO | 85 |
| VIII. | PLAN DE ALTA | 88 |
| IX. | CONCLUSIONES..... | 96 |
| X. | BIBLIOGRAFÍA..... | 98 |
| ANEXOS | | |
| | ANEXO #1 | 101 |
| | ANEXO #2 | 102 |
| | ANEXO #3 | 110 |
| | ANEXO #4 | 120 |

I. INTRODUCCIÓN

El cuidado se considera el eje central de la disciplina enfermera. Los conceptos del metaparadigma llegan a un contexto en el que se puede concluir que este cuidado está dado a través de la persona, la salud, el entorno y la enfermería para llegar al estado de máximo bienestar, de esta forma a través del tiempo y de la experiencia en los ámbitos del cuidado la enfermera se ha dado cuenta de la importancia que tiene el proporcionar los cuidados adecuados básicos y necesarios, además de especializados, para llegar a esta meta. En este sentido y dadas las demandas de atención, la enfermera especialista toma cada vez mayor auge debido a la complejidad y eficacia de sus cuidados especializados, en respuesta a lo anterior, la Universidad Nacional Autónoma De México a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, imparte¹¹ especializaciones dentro de las cuales destaca la Especialización en Enfermería Neurológica.

Las afecciones del ser humano que se evidencian con gran importancia son las del sistema nervioso; como lo manifiesta Hipócrates: ...“Y los hombres deben saber que de ningún otro lado, si no de aquí (del cerebro) provienen las alegrías, las delicias, las risas, las diversiones y los pesares, tristezas, desesperanzas y lamentaciones. Y por el, de un modo especial, adquirimos la sabiduría y el conocimiento.”... .. “y del mismo órgano nos volvemos locos y delirantes, nos asaltan miedos y temores, algunos por la noche, otros durante el día. Y sueños, extraños desvaríos, cuidados que no son adecuados; ignorancia de las circunstancias presentes, falta de ilación e incapacidad. Todas estas cosas las sufrimos desde el cerebro, cuando no está sano”....

Así, el sistema nervioso a través de toda su estructura da la funcionalidad del ser humano, la vida, las capacidades para el autocuidado y el crecimiento bio-psico-social y espiritual.

La especialidad en Enfermería Neurológica basa sus acciones de cuidado en alcanzar el mayor bienestar de la persona, teniendo especial consideración en las acciones de autocuidado que reintegren al individuo a su vida cotidiana. Por tanto en este trabajo encontraremos un estudio de caso con enfoque neurológico elaborado con el método enfermero avanzado, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem; y se aplica en Elizabeth, una persona que fue diagnosticada con una enfermedad neurológica

desmielinizante “rara” denominada Enfermedad de Devic la cual afecta principalmente los nervios ópticos y la médula espinal y, con ello, compromete los requisitos de autocuidado.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

Objetivo General:

- A través de las intervenciones de enfermería especializadas, alcanzar el máximo bienestar de Elizabeth reintegrándola a sus actividades cotidianas y lograr una mayor calidad de vida empero de las secuelas neurológicas instaladas.

Objetivos Específicos

- Poner en práctica la aplicación del método enfermero avanzado como herramienta fundamental en el quehacer de la enfermera especialista.
- Conocer y aplicar cuidados especializados en las persona con riesgo y/o daño neurológico para su reintegración a las actividades de la vida diaria.
- Reconocer los requisitos de autocuidado existentes en Elizabeth y su familia.
- Aplicar las etapas del método enfermero en Elizabeth.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 ANTECEDENTES

La educación especializada en la Universidad Nacional Autónoma de México inicia con la creación de los cursos posbásicos para el profesional técnico, autorizados por el Consejo Técnico de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia debido a la demanda de las instituciones hospitalarias al requerir personal especializado. En 1968 se decreta la creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y en 1981 se conforma el grupo para el diseño de la Maestría en Administración para la formación de recursos humanos de enfermería en ésta área, desafortunadamente esta maestría no se torna viable y se anula. Más adelante en 1987 se crea la División de Estudios Superiores Posttécnicos y Educación Continua dando nacimiento a los estudios de posgrado hasta que en 1993 se forma un equipo para el diseño del Plan Único de Especialización en Enfermería. En 1995 se crea la División de Estudios de Posgrado y un año después el Consejo Universitario lo aprueba iniciando la primera generación de especialidad en 1997¹⁷ y teniendo como fundamento el Reglamento General de estudios de Posgrado¹⁸ que en el artículo 1 a la letra refiere: Son estudios de Posgrado los que se realizan después de los estudios de Licenciatura y tienen como finalidad la formación de académicos y profesionales de más alto nivel¹⁹; en el año 2002 el Consejo Universitario aprueba el programa de Maestría en Enfermería y la primera generación inicia en enero del 2003, y más adelante, también se aprueba un Doctorado en la Universidad de Nuevo León.

El programa Único de Especialización de Enfermería inicia con la sustentación y énfasis del cuidado, el método enfermero y el uso de alguna de las corrientes teóricas. En la primera fase en 1997 inician las especialidades en Enfermería Perinatal, Enfermería Cardiovascular y Enfermería en Salud Pública, la segunda fase, iniciada en 1998 abarcó las Especialidades de Enfermería Infantil, Enfermería del Adulto en Estado Crítico y Enfermería del Adulto; la tercera fase iniciada en el 2000 creó las Especialidades de Enfermería en Rehabilitación y

¹⁷ Tomado de la Conferencia “surgimiento y Desarrollo de los estudios de Posgrado en la ENEO” impartida por la Maestra Rosa Amarilis Zárate Grajales, Jefa de la División de Estudios de Posgrado ENEO-UNAM. 2006

¹⁸ Reglamento General de Estudios de posgrado de la UNAM. Título 1. Capítulo único. *Disposiciones generales*

¹⁹ Cárdenas, J. M; Et al. (2004) Curso de Inducción, Plan de Especialización en Enfermería, Material Didáctico; México; D. F.: División de Estudios de Posgrado. UNAM.

Enfermería de Atención en el Hogar; por último, la cuarta fase crea las Especialidades en Enfermería Neurológica, Enfermería en Salud Mental y Enfermería en la Cultura Física y el Deporte.. Actualmente están en diseño y aprobación las Especialidades en Enfermería Oncológica y Enfermería Neonatal.¹⁸

El profesional especializado en alguna de las áreas anteriormente mencionadas es capaz de integrar las habilidades asistenciales, de investigación, docentes y administrativas necesarias para el desarrollo y crecimiento de la Enfermería dentro de un marco legal y ético, generando prácticas de innovación para el cuidado, el liderazgo, el método clínico, epidemiológico, de profundización de conocimientos y la prevención.

¹⁸ Cárdenas, J. M; Et al. (2004) Curso de Inducción, Plan de Especialización en Enfermería, Material Didáctico; México; D. F.: División de Estudios de Posgrado. UNAM.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

El desarrollo de la enfermería ha cambiado desde sus orígenes hasta la época actual sistematizando y elaborando teorías que van aportando sustento y renovación a la disciplina.

Comenzando por la conceptualización de enfermería, recorreremos el camino a través de los diferentes enfoques y de las bases disciplinares como lo son el cuidado y su importancia en la enfermería; los antecedentes del cuidado, que comienzan con el principio de la vida en el planeta, el término holismo, los elementos que la fundamentan, es decir, el metaparadigma y por último haciendo un recorrido por las diferentes escuelas del pensamiento que se aclaran a partir de los años así como el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y sus cinco etapas: la valoración, el diagnóstico, la planeación, la ejecución y la evaluación.

A través de los años la Enfermería ha sido conceptualizada por las teóricas de distinta manera pero siempre centradas en el cuidado de la persona que requiere de ellos. Entre estas teóricas se puede mencionar a Florence Nightingale (1860) quien en su Teoría sobre el entorno menciona que: “Enfermería es la provisión de las condiciones óptimas para potenciar los procesos reparadores de la persona y prevenir la interrupción del proceso reparador.”¹; otra teórica de gran impacto sobre el cuidado fue Virginia Henderson (1960) quien propone su Teoría de las 14 necesidades básicas en la que refiere que “La única función de la enfermera: ayudar a los clientes, sanos o enfermos, en el desarrollo de aquellas actividades que contribuyen a la salud, su recuperación, o la muerte tranquila, actividades que realizarían sin ayuda si tuvieran la fuerza, el deseo o el conocimiento necesarios. Todo esto de manera que se ayude a los clientes a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.”¹ así se observan las diferentes conceptualizaciones de otras teóricas como Madeleine Leininger (1984) y su Teoría de atención transcultural; Bette Neuman (1982) y su Teoría sistemática; Dorotea Orem (1985) elaboró la Teoría del déficit de autocuidado en ella menciona que la enfermería “Es un servicio de ayuda o asistencia a las

¹ Kozier, B; etal. (1993). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ªed. México: McGraw-Hill, Interamericana Tomo 1.

personas que son total o parcialmente dependientes –niños, adolescentes y adultos- cuando ellos, sus padres, tutores, u otros adultos responsables de su cuidado no son capaces de darles o supervisar esta atención. Un esfuerzo creativo de un ser humano para ayudar a otros seres humanos. La enfermería es una acción deliberada, una función de la inteligencia práctica de las enfermeras y el medio ambiente. Se distingue de otros servicios humanos y de otras formas de atención por centrarse en los seres humanos.”¹ Con respecto a esta teórica más adelante se analizará detalladamente su teoría pues constituirá el marco de referencia que se utilizará para la elaboración de este estudio de caso. Por otra parte está Martha Rogers (1970) quién maneja la unidad de los seres humanos, como un campo de interés científico; y, más recientemente, aparece a Sor Callista Roy (1976, 1984) y su Teoría de la adaptación en la que dice que “Un sistema teórico de conocimiento que prescribe un proceso de análisis y acción relacionados con la atención del enfermo, o con la persona potencialmente enferma. Como una ciencia, la enfermería es un sistema desarrollado de conocimiento sobre las personas para observar, clasificar, y relacionar los procesos por los cuales las personas afectan positivamente a su estado de salud. Como disciplina práctica, que es el conjunto de conocimientos científicos de la enfermería, se emplea para ofrecer un servicio esencial a las personas y promover aquello que afecta la salud positivamente.”¹

Concluyendo, la enfermería es una ciencia, arte y disciplina que toma en cuenta al individuo como persona completa y no solo la suma de sus partes, además propone que para aplicarla se hace necesaria una preparación y conocimientos específicos. Esto, en conjunto con el medio ambiente y el entorno hacen de la enfermería una herramienta útil para prevenir y promover la salud, así como forma parte importante en la rehabilitación, para llegar al mayor estado de salud, siendo los individuos ayudados personas enfermas o no enfermas, respetando su individualidad y su cultura y todo lo que compone su mundo cubriendo sus requerimientos de la mejor manera o y, si fuera el caso, ayudándole a tener una muerte digna y tranquila, todo esto a través de los cuidados enfermeros.

Las enfermeras son las encargadas de cuidar a las personas que requieran de cuidados. Ése ha sido su papel tradicional. Se entiende por cuidados aquellos procedimientos que reestablecen o conservan en las mejores condiciones de funcionamiento

¹ Kozier, B; et al. (1993). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ªed. México: McGraw-Hill, Interamericana Tomo 1.

a la persona. Para algunas personas, esto puede significar ayuda para realizar las más elementales actividades de su vida diaria, las que se entienden como los actos que las personas llevan a cabo en el curso cotidiano de su existencia, entre estas, se encuentran el sueño, la alimentación, la eliminación, el trabajo, el desplazamiento de un lugar a otro, el contacto con otras personas, etc.

Cada vez son más las enfermeras que se encargan de proporcionar cuidados complejos, como la supervisión y el uso de nuevas tecnologías.

Sin importar el nivel de cuidados por brindar, la enfermera ha de plantearse como meta que la persona con algún padecimiento alcance finalmente su independencia. La atención que se concentra en demasía en los aspectos afectivos de la asistencia puede retardar la recuperación de la persona y su reingreso a las actividades normales de la vida diaria. El concepto de “cuidados” también abarca el grado de vinculación que se establece a partir de la relación estrecha entre uno y otro ser humano (la persona enferma y la enfermera). La enfermera se ocupa de mantener la prioridad del cuidado de la persona, por sobre todas las demás tareas que su profesión le impone.¹

Benner y Wrubel (1989) afirman que <<el cuidado es esencial para el ejercicio eficaz de la enfermería. La enfermería nunca puede reducirse a la mera técnica y al conocimiento científico, por que el humor, el enojo, el cariño, la administración de medicamentos e incluso la enseñanza de la persona tienen distintas consecuencias en un contexto cuidador frente a otro que no lo es>>. El cuidador es fundamental en la mayoría de las actividades de la enfermería y es un atributo esencial de la enfermera experta.

En el planteamiento humanista, el aspecto de “cuidar” de la enfermería está caracterizado por la comprensión y la acción. La comprensión requiere la habilidad de escuchar al otro y notar los sentimientos de la persona. Slevin y Harter en 1987 mencionan que, la acción precisa es la habilidad de responder al otro con sinceridad y calor para promover un bienestar óptimo. La faceta del cuidado de la enfermería es la idea central sobre la que la enfermera construye el conocimiento y la destreza de la práctica profesional.

Leininger (1984) dice: “el cuidado es la esencia y el dominio central, unificante, y dominante que caracteriza a la enfermería: es una necesidad esencial humana para el total

¹ Wolff, L. y Kuhn, T.B. (1998). Fundamentos de Enfermería. 4ª ed. Filadelfia

desarrollo, mantenimiento de la salud, y supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo... aunque el cuidado no ha recibido el mismo grado de atención por los profesionales y el público como la curación.”¹

Colliere apunta que: la enfermeras aseguraban la continuidad de la vida, ayudando a través de sus prácticas de cuidados, a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural.³

Se puede concluir entonces, que a través del cuidado se lleva al individuo al mayor porcentaje de salud o a terminar sus días en una muerte digna, por tanto es la base de la enfermería.

Los hombres, y todos los seres vivos, ha necesitado siempre de cuidados, ya que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo permitir que la vida continúe, se desarrolle y luchar así contra la muerte de la persona, del grupo o de la especie.

Durante millares de años los cuidados no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

La historia de los cuidados se perfila alrededor de dos grandes ejes que originan dos orientaciones que en un principio se complementan. La primera orientación es la orientación metafísica, es decir, aquella que nace de discernir lo que es considerado como bueno o como malo, dando así lugar a las suposiciones que a su vez darán origen a otras interpretaciones e intenta discernir el origen del bien y el mal, interpreta y designa las fuerzas benéficas y las maléficas, portadoras del mal y, por tanto, de la enfermedad y de la muerte³, por otra parte las mujeres madres cuidan a los enfermos y ancianos y todo aquel que no pueda ir a la caza o la pesca. Del lado contrario los hombres cuidan a los compañeros heridos durante su rutina y que no pueden espera hasta regresar.

Así surgen los chamanes o brujos que más que cuidar se dedican a tratar de curar con hechizos mágicos o solo a atribuir las enfermedades a algo bueno o malo, esto, con el tiempo, (en la segunda orientación) se convierte en religión y los cuidados los proporcionan las religiosas y la enfermedad es atribuida a los pecados, de ahí surge el cuidado religioso que desemboca en la enfermería actual.

1 Kozier, B; etal. (1993). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ªed. México: McGraw-Hill, Interamericana Tomo 1.

3 Colliere, M. (1993). Promover la vida. Madrid, España: McGraw-Hill.

Antes de convertirse en enfermería, las primeras mujeres que cuidaba eran las parteras y luego con la aparición de Florencia Nightingale nace una concepción más clara de la enfermería que proporciona cuidados a las personas enfermas que no pueden ser capaces por sí mismas hasta que recuperen su independencia.

En adelante, se desarrollan teorías que van aportando poco a poco algo más a la concepción del cuidado en enfermería hasta encontrarla en la actualidad ya no solo como una ocupación, carrera técnica, sino con la profesionalización y el desarrollo óptimo de los cuidados especializados para aproximarse al estado de salud sea cual sea el ámbito en que ésta se busque.

Es evidente la filosofía holística en el actual cuidado de enfermería. En la actualidad la enfermera trata con las personas como seres psicológicos y sociales y también como criaturas físicas. La asistencia se dirige no hacia un problema de salud concreto sino hacia la respuesta de la persona en su totalidad, hacia la salud de la persona como un todo. Al ampliarse el objetivo principal de la asistencia es necesaria la integración de las ideas con el ejercicio práctico.

Las enfermeras también se implican en el apoyo a las personas y la población como un todo. Por ese motivo, las enfermeras deben ser conscientes de que el apoyo que reciben esas personas y la comunidad afecta su bienestar, y deben tener en cuenta a la comunidad que la sustenta.

Las enfermeras se relacionan con la persona como un todo, completa, o persona holística, no como la unión de partes y procesos. El término holismo, deriva del griego y significa "todo". El término holismo en sí mismo, fue acuñado por Jan Smuts (1926). En la teoría holística, todos los organismos vivos se ven como un todo interactivo, unificado, que es más que la simple suma de sus partes. Visto de este modo, cualquier perturbación de una de las partes es una perturbación de todo el sistema; en otras palabras, la perturbación afecta al ser en su totalidad.¹

Aplicado a las personas y a la salud, Krieger en 1981, con respecto al término holismo, resalta el hecho de que "las enfermeras tienen que mantener la autoidentidad de toda la persona, en mente; y tienen que esforzarse en comprender, a la vez, la relación entre la

¹ Kozier, B; et al. (1993). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ªed. México: McGraw-Hill, Interamericana Tomo 1.

parte del individuo que les concierne y la totalidad de las interrelaciones del individuo, y la relación del todo con sus partes". Además, cuando se estudia una parte de la persona, la enfermera tiene que considerar cómo se relaciona esa parte con las demás. La enfermera tiene, también, que considerar la interacción y la relación de la persona con el entorno externo y con las otras personas.

Smith en 1984 dice que la salud holística incluye toda la persona: el mundo del ser humano y la totalidad de la calidad de vida, incluye el mantenimiento físico, la prevención básica de los estados físicos y emocionales negativos, el control del estrés, la sensibilidad con el entorno, la conciencia de sí mismo, y el aspecto espiritual¹. Para mantener el término holismo en los cuidados de enfermería se requieren de las bases filosóficas en las que se basa la disciplina: el metaparadigma.

4.2 METAPARADIGMA

Metaparadigma de Enfermería

La importancia del metaparadigma es, en sí, la sustentación de sus principios de acción y del campo en el que se desarrollará con sus límites e interacciones con otras disciplinas, la definición concreta de sus objetos de estudio para mantener definido el contexto y el objetivo de ella, es decir, su razón de ser.

Un metaparadigma es el marco conceptual o filosófico de una disciplina o de una profesión; define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales, orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.

El metaparadigma de la enfermería, es decir su razón de ser, su campo de acción y sus objetivos van dirigidos a cuatro conceptos: la persona, el entorno, la salud y la enfermería.

+ Persona se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, y puede contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.

+ Entorno se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

+Salud se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

1 Kozier, B; etal. (1993). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ªed. México: McGraw-Hill, Interamericana Tomo 1.

+Y Enfermería se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.⁴

Esto en conjunto nos da una idea clara de lo que es el metaparadigma de la enfermería y de los elementos que la componen.

De esta manera surgen distintas corrientes que según sus bases filosóficas y científicas podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en 6 diferentes escuelas del pensamiento.

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

A través del tiempo, la enfermería ha sufrido renovaciones basadas en la teoría y la práctica enfermera según el punto de vista de diferentes personas que han desarrollado la enfermería y han requerido de dichos cambios para tener un desarrollo en la práctica de los cuidados enfermeros que lleve a una mejor calidad y avance de la profesión. Estas personas han plasmado y proporcionado a la profesión de enfermería diferentes enfoques desde los cuales las enfermeras pueden trabajar buscando llegar a su objetivo principal que es el bienestar máximo de otra persona, a estos enfoques se les llama “escuelas del pensamiento”. Las seis escuelas del pensamiento enfermero son: la escuela de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados y de la promoción de la salud, todas orientadas hacia la persona, y las escuelas del ser humano unitario y del caring caracterizadas por la apertura hacia el mundo. Todas, basan sus características en el metaparadigma enfermero: el cuidado, la persona, la salud y el entorno.⁵

La más utilizada en la actualidad es la escuela de las necesidades

*Escuela de las Necesidades

Intenta responder a la pregunta: ¿Qué hacen las enfermeras? (Meleis, 1991). Según estos modelos, el cuidado esta centrado en la independencia de la persona según Henderson, en la satisfacción de sus necesidades fundamentales o según Orem, en su capacidad de llevar a cabo su autocuidado. La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su

⁴ Wesley, R. Et al (1997). Teoría y Modelos de Enfermería. 2ª ed. D. F. México: McGraw-Hill, Interamericana.

⁵ Kerouac, S; et al. (1996). El Pensamiento Enfermero. Barcelona, España: Masson

salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de su autocuidado.

A esta escuela la influyen la jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas del desarrollo de Erikson. La persona es percibida con necesidades jerárquicas fisiológicas y de seguridad, de pertenencia, de amor y de autoestima; cuando las necesidades de la base están satisfechas, surgen otras de nivel más elevado. Sus teorizadoras principales son Virginia Henderson, Dorotea Orem y Faye Abdellah.

Dentro de estas teorizadoras resalta el trabajo de Dorothea Orem quien propone la Teoría del Déficit de Autocuidado. Orem, es una de las enfermeras norteamericanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland. Su padre era un constructor y su madre era ama de casa. Orem, la menor de dos hermanas, empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington DC., donde recibió un diploma de enfermería a principios de la década de los treinta. Orem recibió posteriormente un B. S. N. E. De la Catholic University of America (CUA) en 1939 y, en 1946, obtuvo un M. S. N. E. De la misma universidad.

Sus experiencias tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado (domiciliario y hospitalario), miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche de urgencias y profesora de ciencias biológicas, ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949. De 1949 a 1957 trabajó en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem, desarrolló su definición de la práctica de enfermería. En 1957, Orem se trasladó a Washington D.C., donde trabajó en el Office of Education, en el U.S. Department of Health, Education and Welfare (DHEW) como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960, publicó Guidelines for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses. En 1959, Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA y como decana enfermera en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. En 1970, Orem empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. En 1971 publicó Nursing: Concepts of Practice y Concept Formalization in Nursing: Process and Product. Orem era editora de la NDCG. La Georgetown University le

confirió a Orem el título honorario de Doctor of Science en 1976. Recibió el premio Alumni Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Recibió los título de Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Human Letters, Illinois Wesleyan University (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National League for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of American Academy of Nursing Honoraris Causae de la Universidad de Missouri en 1998. se jubiló en 1984 y sigue trabajando sola o con colaboradores, en el desarrollo de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA).⁶ Según Orem en 1991, el autocuidado es una acción adquirida que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad con un necesario compromiso el cual depende de sus capacidades activas, de su edad, su etapa de desarrollo, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y sus motivaciones. La imposibilidad de ejercer los autocuidados está unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una acción personal, esto puede engendrar un estado de dependencia social.

Menciona que los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos por que está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. Tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado, la enfermera ayuda a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar, para esto, se escoge un sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia-enseñanza según la capacidad y voluntad de la persona⁵.

Orem, menciona que la persona es un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente con la capacidad de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los universales, los asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los unidos a las desviaciones de la salud.

Define salud como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. El entorno

⁶ Mariner, T.A. y Raile, A.M. (2002) Modelos y Teorías de Enfermería, 5ª ed., Madrid; España: Mosby

⁵ Kerouac, S; et al. (1996). El Pensamiento Enfermero. Barcelona, España: Masson

representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos.

Dentro del programa de posgrado en la especialidad de Enfermería Neurológica hemos decidido trabajar con Dorothea Elizabeth Orem y su Teoría del Déficit de Autocuidado pues su teoría refiere holísticamente los requisitos de autocuidado y marca una línea de trabajo completa de la profesión enfermera.

4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA

Para la atención de las personas que requieran los cuidados enfermeros se necesita de una herramienta metodológica que nos guíe en el marco de acción, esta herramienta construida y renovada a través de los años es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Antecedentes del PAE

Hace algunos años las enfermeras tenían tendencia a prestar asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

El término proceso de enfermería y el método de trabajo que implica lo crearon Jonson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963) fueron de las primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería. Desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso de enfermería y han organizado las fases de distinta manera.

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó las Standards of Nursing Practice (que más tarde se convirtió en la North American Nursing Diagnosis Association, la NANDA), que describen las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El proceso de enfermería proporciona un método para que las enfermeras utilicen sus conocimientos teóricos y prácticos y para prestar sus servicios a los seres humanos así como para ayudar a los usuarios a satisfacer sus necesidades. El proceso de enfermería se caracteriza por que permite responder a los cambios que sufre el estado de salud de la persona, por lo que es cíclico y dinámico.

Este proceso se centra en la persona, la enfermera organiza un plan de cuidados según los problemas de la misma, en la fase de valoración, recoge datos para conocer los hábitos y necesidades de la persona y esto le permite incorporar esos hábitos al plan de cuidados lo más posible.

El proceso de enfermería es interpersonal y de colaboración. Para asegurar la prestación de cuidados de enfermería de calidad, la enfermera debe compartir con la persona sus inquietudes y problemas así como participar en la evaluación continua del plan. Esto depende de que exista una comunicación abierta y eficaz, y una compenetración entre la persona y la enfermera. Para llevar a cabo el proceso de enfermería de forma eficaz y plantearse individualmente las necesidades especiales de la persona, la enfermera debe colaborar con cada persona, familia, grupo o comunidad, según proceda.

Otra característica es su universalidad. Se puede aplicar en personas de cualquier edad y en cualquier momento del continuo salud-enfermedad. Es útil en varios ámbitos y en todas las ramas de la especialización.

El proceso de la enfermería es una adaptación al método de resolución de problemas y de la teoría de sistemas. Se le puede considerar como un proceso paralelo, aunque separado, del proceso médico. La diferencia radica en que el proceso médico se centra en la enfermedad y el proceso de enfermería se dirige hacia las respuestas de la persona hacia las enfermedades y demás alteraciones de salud.

La enfermera debe utilizar técnicas de relación interpersonal e intelectuales para aplicar el proceso de enfermería. Las capacidades interpersonales consisten en transmitir la información; escuchar, hacer que coincidan los intereses, los sentimientos compasivos, los conocimientos y la información; inspirar confianza; y obtener los datos de manera que respete la dignidad de la persona. Las habilidades técnicas comprenden el empleo del equipo y la ejecución de las técnicas. Las aptitudes intelectuales consisten en analizar, resolver los problemas, pensar con espíritu crítico, y emitir juicios de enfermería.

En conclusión, el proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular. El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de cuidados de enfermería. Su finalidad es reconocer el estado de salud de la persona y los problemas o requisitos de autocuidado reales o potenciales de la misma; organizar planes para satisfacer los requisitos de autocuidado detectados, y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esos requisitos de autocuidado. El proceso de la enfermería es cíclico, es decir, sus elementos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos. Al finalizar el primer ciclo, puede darse por terminado el cuidado si se han logrado los objetivos que se pretendían, o bien puede reanudarse el ciclo repitiendo la valoración.

El proceso de enfermería se compone de cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

- La valoración consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de una persona. Esos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actualizaciones y decisiones que se toman en fases posteriores. En esta etapa no se sacan las conclusiones a partir de los datos.

- El diagnóstico es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería. En esta fase la enfermera ordena, reúne y analiza todos los datos, y pregunta: “¿Cuáles son los problemas de salud reales o potenciales de la persona que exigen la ayuda de la enfermera?” y “¿Qué factores contribuyeron a este problema?”. Al responder estas preguntas se obtienen los diagnósticos enfermeros.

En 1990 la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) emite un concepto de diagnóstico de enfermería: hacer diagnóstico de enfermería consiste en analizar y sintetizar los datos obtenidos.

Para hacer diagnóstico de enfermería es necesario poseer y/o desarrollar la capacidad de ser objetivo y tener pensamiento crítico, su elaboración se compone de tres fases: el Procesamiento de datos, que consiste en interpretar los datos obtenidos, se organizan, se comparan como estándares, se asocian y se identifican omisiones, incongruencias o contradicciones; la segunda fase es la Determinación del estado de salud que se manifiesta

al organizar los datos se observan áreas problemáticas o potencialmente problemáticas, debe reconocerse como problema por ambas partes y la enfermera y la persona puedan llegar a una buena conclusión., en este momento se deben reconocer los recursos, capacidades y factores positivos de la persona; y por último, la formulación del diagnóstico la cual se puede realizar de dos formas por el formato de la NANDA o por el formato PESS. La NANDA publicó etiquetas diagnósticas que se han aceptado para su comprobación clínica. Las etiquetas de las categorías constan de tres componentes: Título, las características definitorias (manifestaciones propias de las etiquetas) y los factores etiológicos o relacionados y se construyen de la siguiente forma:

Etiqueta /relacionado con / etiología /manifestado por / características definitorias

El formato **PESS** utiliza tres componentes: el **P**roblema, la **E**tiología y los **S**ignos y **S**íntomas y, nos indica que primero debemos informarnos si el diagnóstico a elaborar es de un problema real, potencial o posible y se construyen de la siguiente manera:

Un diagnóstico Real

| | | | | |
|----------|-----------------|-----------|-----------------|-------------------|
| P | relacionado con | E | manifestado por | S S |
| Problema | | etiología | | signos y síntomas |

En un diagnóstico Potencial o de alto riesgo (no hay manifestación)

Alto riesgo / relacionado con / factor de riesgo

El diagnóstico Posible puede aplicarse al anterior o enunciarse el problema únicamente

- La planificación comprende una serie de pasos con los que la enfermera y la persona sientan las prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en el cliente. Colaborando con éste, la enfermera toma determinadas medidas según cada diagnóstico de enfermería. El resultado final de la fase de planificación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros del equipo.
- La ejecución consiste en la respuesta práctica del plan de cuidados de enfermería. Durante esa ejecución, la enfermera pone en marcha las medidas de enfermería prescritas o

delega la atención en otra persona adecuada, y establece el valor del plan de enfermería. Esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas de la persona.

- La evaluación es la valoración de la respuesta de la persona a las intervenciones enfermeras y la comparación ulterior de la respuesta con los criterios que rigen los objetivos o resultados que se redactaron en la fase de planificación. La enfermera señala en que medida se han alcanzado los fines o resultados de los cuidados. El plan de cuidados se vuelve a valorar en esta fase y ello puede producir cambios en cualquiera o en todas las fases anteriores del proceso de enfermería.

4.5 ENFERMEDAD DE DEVIC

La enfermedad de Devic es una enfermedad neurológica rara con incidencia desconocida, aún así dentro del servicio de hospitalización del INNN pudimos encontrar personas con esta afección por lo cual es necesario conocer más acerca de esta enfermedad y de los cuidados especiales para su tratamiento.

La enfermedad de Devic o Síndrome de Neuromielitis Óptica (NMO) fue descrito por Devic y Gault en 1894, es una enfermedad neurológica desmielinizante caracterizada por leucoencefalopatía, mielitis difusa, neuritis óptica bilateral y dolorosa, y desmielinización intensa de ambos nervios ópticos, quiasma y médula espinal con mala recuperación funcional. Ocurre en personas entre 1 y 73 años, afectando la forma monofásica más frecuentemente a los jóvenes (edad media de 27 años), en la población pediátrica es una enfermedad benigna. No existe predilección por el sexo en el síndrome monofásico, sin embargo, la NMO recidivante es más frecuente en las mujeres. Las mujeres y los pacientes de mayor edad tienen un pronóstico sombrío. Su distribución es más frecuente en países asiáticos (Japón, Filipinas, India) y en África y es más rara en países donde es más frecuente la Esclerosis múltiple (EM). También al contrario de la EM, afecta con más frecuencia a grupos de nivel socioeconómico más bajo.

Su etiopatogenia se desconoce, pero se supone que es una enfermedad que se asocia habitualmente a procesos autoinmunes y es frecuente que existan anticuerpos contra la proteína acídica fibrilar (astrocítica); en el LCR es posible detectar un amplio espectro de

anticuerpos (anticardiolipina, antitiroglobulina, anti-células aprietales gástricas, antinucleares y antimúsculo liso). No se reconocen factores genéticos. Se ha aislado una línea de linfocitos T sensibles a la proteína glial S-100 beta que inducen un proceso inflamatorio del SNC.

La forma de comienzo más frecuente es la neuritis óptica (NO) que se manifiesta con pérdida brusca y completa de la visión de un ojo seguida a los pocos días por pérdida de la visión del otro ojo y dolor ocular, generalmente la NO es bilateral, no hay alteraciones oculomotoras, de hecho un nistagmo se puede considerar como un signo excluyente de NMO.

El máximo déficit neurológico se presenta a las 2 a 10 semanas de inicio de los síntomas y el intervalo de aparición de ellos es muy variable, pudiendo abarcar un periodo de semanas e incluso hasta 5 años. Esta enfermedad tiene trascursos posibles:

- La forma monofásica con recuperación completa sin recaídas.
- Remisión o recidivas frecuentes bruscas y graves con progresión aguda hasta la muerte.
- Recidivas restringidas en donde la persona sobrevive con importantes secuelas neurológicas.

La NMO es precedida frecuentemente por cefalea, náusea, somnolencia, fiebre o malestar general, parecido a un cuadro gripal, después sobrevienen los siguientes signos y síntomas:

- Alteración de los campos visuales.
- Fondo de ojo normal o con edema papilar.
- Ceguera brusca.
- Dolor.
- Debilidad.
- Trastornos sensitivos (parestias, hipoestias, hiperestias, analgesias).
- Trastornos esfinterianos.
- Alteración de la marcha
- Paraparesia o tetraparesia.
- Paraplejia predominante en miembros pélvicos.

- Parálisis de miembros torácicos y pélvicos.
- En el 22% de los pacientes se presenta un fallo respiratorio.

Anatomopatológicamente se presentan lesiones en médula espinal con edema difuso, reblandecimiento a lo largo de múltiples segmentos y puede estar afectada toda la médula espinal de forma parcheada o difusa.

Las lesiones agudas presentan infiltrado extenso de macrófagos asociada con pérdida de mielina y axones, necrosis de sustancia gris y de sustancia blanca, y presenta una inflamación perivascular variable.

Las lesiones crónicas se caracterizan por gliosis, degeneración quística, cavitación y atrofia de la médula espinal y de los nervios ópticos. La proliferación de los vasos sanguíneos con paredes hialinizadas y engrosadas es prominente en las áreas de necrosis y perinecrosis de la médula espinal. Las lesiones menos fulminantes coexisten habitualmente y son más típicas de desmielinización inflamatoria. Los nervios ópticos, quiasma y ocasionalmente los hemisferios cerebrales se afectan de modo similar ya sea con lesiones desmielinizantes y/o necrotizantes.

Los métodos diagnósticos son:

- Punción lumbar. En el LCR puede observarse pleocitosis polinuclear e hiperproteíorraquia sin bandas oligoclonales de IgG.
- Resonancia magnética. La RM con contraste de médula espinal puede mostrar inflamación y cavitación y, en los estudios seriados de hemisferios cerebrales en T2 es posible observar lesiones de hiperseñal localizadas fundamentalmente en las regiones temporal y frontal, aunque en algunos casos no se observan lesiones. A los 6 meses de inicio de los síntomas puede observarse atrofia de la médula espinal.

En el tratamiento se han utilizado corticoides, inmunosupresores, plasmaféresis e inmunoglobulinas con resultados dispares. Recientemente se ha señalado que la combinación de metilprednisolona vía intravenosa durante 5 días seguida de prednisona oral en pauta decreciente y aziatioprina a las tres semanas de iniciar la prednisona es una pauta con efecto beneficioso.

V. MÉTODO

5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN EN EL ESTUDIO DE CASO

Para los fines de este estudio de caso los métodos de investigación fueron los siguientes:

- Búsqueda bibliográfica
- Búsqueda en Internet
- Observación
- Entrevista
- Consulta del expediente
- Exploración neurológica de enfermería.
- Aplicación del Instrumento de Valoración de Enfermería Neurológica.

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La importancia de la intervención de enfermería en el caso de Elizabeth R. con Enfermedad de Devic, surge ante los requerimientos de cuidado integral y especializado para el mantenimiento del máximo bienestar de la persona así como para procurar una mejor calidad de vida.

Con base en los requerimientos de atención de la persona con enfermedad de Devic y en las necesidades de conocimiento de esta enfermedad detectadas en el personal de enfermería, y para fines de aprendizaje de las estudiantes de la Especialidad de Enfermería Neurológica, este caso fue seleccionado.

Durante la rotación por los diferentes servicios se detectó a Elizabeth, ella es una persona que presenta enfermedad de Devic. La enfermedad de Devic es una afección desmielinizante “rara” y poco frecuente que ataca principalmente los nervios ópticos y la médula espinal, lo que nos lleva a grandes dificultades para el autocuidado.

Para la recolección de datos se utilizaron fuentes directas e indirectas como lo son la entrevista con la persona, con su cuidador primario, en este caso es su madre, la observación, la exploración física, la valoración neurológica y la consulta del expediente.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Abordar los aspectos ético-legales de los registros de enfermería, desde la consideración de su importancia para el desarrollo profesional enfermero y como instrumentos para una atención sanitaria de calidad, supone tener en cuenta una serie de derechos y obligaciones que emanan de la legislación vigente y que afectan tanto, a los usuarios del sistema sanitario, como a los profesionales que trabajan en él. Además es necesario atender a los principios éticos básicos del ejercicio profesional enfermero y todo ello porque la relación que se establece entre enfermera/usuario, a nivel individual o integrado en el equipo de salud, es una relación terapéutica que exige de la enfermera profesional un comportamiento que puede etiquetarse como comportamiento práctico moral. La enfermera profesional, en su acción de cuidar, toma una serie de decisiones que repercuten positiva o negativamente sobre los usuarios de los servicios de salud.¹⁶

La confidencialidad; el derecho a la intimidad; el secreto profesional entran en juego cuando se trata de valorar los registros desde una perspectiva ética y/o legal. Paralelamente deberemos considerar tres valores fundamentales en el ejercicio profesional enfermero: el respeto a la dignidad humana sin prejuicios; la defensa de la intimidad; y la aceptación de la responsabilidad propia sobre las actuaciones.

Si de lo que se trata es de reflexionar sobre la vertiente ética de los registros enfermeros, es necesario hacerlo partiendo del marco que dibujan estos valores morales y los principios éticos que los desarrollan, basados en principios éticos del ejercicio profesional que son:

1. La responsabilidad moral que tenemos las enfermeras de proteger a los pacientes de prácticas ilegales, incompetentes o deshonestas,
2. La responsabilidad sobre nuestra competencia
3. La responsabilidad moral de contribuir al desarrollo y enriquecimiento del cuerpo de conocimientos específico de la enfermería.

¹⁶ <http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/43>

4. La exigencia ética de humanizar la relación con el enfermo constituye un reto para los profesionales de la Salud, y en especial para el personal de enfermería,
5. No podemos perder de vista que las confidencias hechas, han sido en virtud de nuestra profesión y con fines curativos, y por tanto han de ser inviolables como salvaguarda de los Derechos Humanos.
6. Los registros desde la perspectiva ética tienen que ver con:
 - a) el derecho de los usuarios a tener una información por escrito de todas las acciones que llevamos a cabo,
 - b) el derecho de los usuarios a la intimidad, confidencialidad
 - c) el secreto profesional
 - d) la obligación que tenemos las enfermeras de llevar a cabo nuestro trabajo desde la autonomía profesional
 - e) la obligación de asumir la responsabilidad de nuestras acciones
 - f) la obligación de contribuir al desarrollo profesional.¹⁶

En el anexo 1 se encuentra el consentimiento informado utilizado en este estudio de caso.

¹⁶ <http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/43>

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

El estudio de caso está basado en los requerimientos de autocuidado de Elizabeth, que es una persona con afección del sistema nervioso denominado Enfermedad de Devic. Dentro de este caso se destacan los métodos de valoración y trabajo como lo son la aplicación del instrumento de valoración neurológica por requerimientos basado en el modelo Orem., la exploración física, los requerimientos de rehabilitación para mejorar el bienestar y la calidad de vida, el grado de enseñanza requerido por el cuidador primario y la valoración de riesgos para las desviaciones de la salud, así como el sistema enfermero requerido para cada requisito de autocuidado...

Elizabeth R. S., Femenino de 27 años, nacida y residente en San Matías Tlalancaleca, Puebla; de ocupación obrera, Católica, Soltera y de nivel escolar primaria. Hija de padres separados, vive solo con la madre y es hija #4 de 6, vive en casa propia en zona rural, con todos los servicios intra y extradomiciliarios con 2 habitaciones para 6 personas, zoonosis positiva. Elizabeth comía 3 veces al día regular en cantidad y calidad, rica en carbohidratos, baja en grasas, sin toxicomanías.

Inicia su padecimiento el 15 de agosto del 2004 con cefalea bifrontal, intermitente, irradiada a nivel occipital de leve intensidad que cede con analgésico, náuseas; ardor en ojo derecho con lagrimeo constante y sensación de cuerpo extraño, posteriormente hay disminución de la agudeza visual hasta llegar a la amaurosis en 24 horas por lo que acude al oftalmólogo quien prescribe trastorno sindromático y medicación con meticortén por 2 meses sin recuperación agregándose el mismo cuadro en el otro ojo en noviembre. Subsecuentemente presenta parestesias en miembro pélvico derecho y de manera asimétrica afectando el miembro pélvico izquierdo, se agregan abdomen y tórax anterior iniciando con pérdida del control de esfínteres, estreñimiento, es internada en el hospital General de Puebla y se realiza una resonancia magnética donde se observan zonas de desmielinización que abarca varios niveles torácicos y lumbares por lo que es referida al Instituto Nacional de neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez donde ingresa por el servicio de urgencias el 17 de marzo del 2002, desde entonces es tratada por este instituto con los diagnósticos de síndrome de afección medular completo a nivel T4 y T5,

síndrome de afección del nervio craneal II bilateral, con diagnóstico etiológico de Enfermedad de Devic teniendo ingresos recurrentes por infecciones en las vías respiratorias y dificultad respiratoria principalmente. El último internamiento fue el 17 de junio del 2006 por dificultad respiratoria, y con la presencia de una úlcera por presión grado 3 que abarca la zona coccígea y ambas regiones glúteas.

Al momento del inicio de este PAE, cursando con los siguientes diagnósticos médicos:

- Enfermedad de Devic de 4 años de evolución.
- Neumonía Nosocomial Resuelta.
- Apoyo mecánico Ventilatorio Prolongado.
- Plastía de escaras sacras en proceso de cicatrización.
- Trastorno de ansiedad generalizada y depresión.

Y encontrándose con:

- Amaurosis bilateral
- Paresia y parestesia de los músculos que intervienen en la masticación, la deglución, la expectoración y la respiración.
- No tiene control, de esfínteres.
- Disminución de los ruidos peristálticos.
- Paraplejía con parestesia.
- Monoplejía derecha con parestesia.
- Monoparesia izquierda acompañado de hipersensibilidad.
- Rigidez articular.
- Espasticidad generalizada.
- Alteraciones del sueño
- Alteraciones de la autoestima
- Alteraciones de rol
- Ansiedad.
- Depresión.
- Fatiga física y emocional.
- Alteración del funcionamiento familiar
- Alteración en el cuidador primario.
- Métodos invasivos de larga duración.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN

Esta se aplica a través de la observación y la exploración física utilizando el Instrumento de Valoración de Enfermería Neurológica basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem (anexo 2).

7.1.1 CONCLUSIONES DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN: VALORACIÓN FOCALIZADA

En esta parte encontraremos la conclusión escrita de la valoración neurológica de enfermería así como el sistema de ayuda requerido.

I MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

Elizabeth presenta traqueostomía y requiere de apoyo ventilatorio completo con ventilador mecánico, presenta disnea en reposo y aumenta con la movilización, presenta débil expectoración de abundantes secreciones blanquecinas y espesas por boca y traqueostomía. Presenta ligera paresia de los músculos de la deglución y de los músculos que intervienen en la expectoración y la respiración. Mantiene datos de gases arteriales dentro de valores normales. La coloración de su piel es de una palidez generalizada. Tiene catéter venoso central en miembro torácico derecho. Presenta una frecuencia cardiaca de 88 pulsaciones por minuto; la frecuencia respiratoria es de 16 respiraciones por minuto; la tensión arterial se encuentra en 110/70, está alerta y con Glasgow de 15.

Sistema de enfermería requerido: Totalmente compensatorio.

II MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

Elizabeth ha perdido peso últimamente, bebe agua embotellada, ingiere aproximadamente 300 a 500 ml diarios vía oral, y se mantiene con solución salina de 1000cc + 40mEq KCl a 40cc por hora. Con mucosas y piel hidratadas, tibia al tacto. A nivel sacro presenta úlcera por presión en proceso de recuperación y cicatrización secundario a plastía y cierre de la misma. Y paresia de los músculos que intervienen en la deglución. Con niveles

de Cl 105mmo/L (98-106); Na 143mmo/L (135-145); K 4.3mmo/L (3.5-4.5); y Ca 8.6mg/dL (8.4-10.2).

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

III MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

La alimentación de Elizabeth es de tipo enteral por vía gastrostomía y muy poca cantidad vía oral, se alimenta con ayuda y a su dieta es alta en fibra, mantiene un apetito regular y realiza 3 comidas al día. Y consume Ensure alto en fibra. Mantiene una talla de 1.57 m y pesa aproximadamente 46 kg. La sensibilidad y fuerza de la lengua, se encuentran disminuidos en 3/5, el reflejo nauseoso esta presente, el paladar blando y la úvula central. Se presenta una disminución de fuerza en los músculos que intervienen en la alimentación y los músculos de la deglución. La sensibilidad en las ramas del trigémino están presentes y la fuerza se encuentra disminuida Los niveles de triglicéridos, bilirrubina directa e indirecta, colesterol, glucosa, urea, creatinina, ácido úrico y proteínas totales, se mantienen dentro de los valores normales.

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

IV PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS

En cuanto a la micción, se mantiene con sonda vesical, no tiene control de esfínter urinario, la orina tiene características normales, con una densidad de 1015, Ph de 5.6, sin presencia de leucocitos, glucosa, proteínas, cristales y bacterias. Las evacuaciones se presentan de 0 a 1 vez al día de color café, olor normal, consistencia dura sin presencia de moco o sangre, no controla esfínter anal, y hay disminución de los ruidos peristálticos. El sudor es de características normales. Tiene un IVSA a los 15 años, sin gestaciones, con fecha de última menstruación hace 2 meses,

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

V MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Elizabeth tiene problemas para moverse, se le realizan ejercicios de movilización y movilización frecuente en cama con ayuda total, estas movilizaciones le causan fatiga,

presenta estrés, no realiza ninguna actividad recreativa, duerme por ratos durante el día y por la noche a veces duerme unas 8 horas continuas, sin embargo, frecuentemente durante las noches presenta insomnio. Presenta articulaciones dolorosas, atróficas y espásticas. Muestra espasmos musculares, atrofia muscular, paraplejia y monoplejia derecha con triparestesia de dichos miembros, el miembro torácico izquierdo presenta hipersensibilidad y fuerza de 2/5, refiere cefalea por las mañanas o las noches, sobretodo cuando no pudo dormir bien. Alteraciones del sueño. La función cerebelosa no es valorable. La expresión facial esta presente.

Sistema de enfermería requerido: Totalmente compensatorio

VI MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

Actualmente no trabaja, vive con su familia, describe sus relaciones con el núcleo familiar como buena, se siente insatisfecha consigo misma, refiere ansiedad y temor a estar sola, siente su rol alterado debido a su padecimiento y las secuelas neurológicas presentes, la persona que la ayuda es su mama, sin embargo refiere que sólo está por ratos que son los horarios establecidos por la institución por lo que llega a sentirse aislada además de que sus hermanos no la pueden venir a ver por falta de recursos económicos, Elizabeth presenta ansiedad, depresión, labilidad emocional, llanto fácil y se ve con miedo al futuro

Presenta movimientos oculares y reflejo fotomotor presente, presenta amaurosis bilateral y Rin y Weber en parámetros normales

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

VII PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y EL DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL.

Elizabeth lleva una vida sedentaria, se ve a ella misma como una carga para su familia, lleva alrededor de 2 meses de internamiento, se le realiza aseo bucal 3 veces al día. Debido a las secuelas neurológicas de larga duración que presenta Elizabeth, su familia tiene un cuidador primario, en este caso su madre, la cual cuida de ella noche y día, tanto en el área

de hospitalización como en su hogar por lo que presenta cansancio y fatiga física y emocional.

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

VIII PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO HUMANO Y EL BIENESTAR HUMANO

Elizabeth presenta amaurosis bilateral; por la naturaleza de su enfermedad, presenta inmunosupresión, para cuidar su salud, coopera en su cuidado y en el cumplimiento del tratamiento y rehabilitación, se valoran frecuentemente las constantes vitales, se realizan estudios de laboratorio, mantiene factores de riesgo como el apoyo ventilatorio prolongado, la permanencia por largo tiempo de la traqueostomía asistida a ventilación mecánica, la sonda de gastrostomía y la sonda vesical. Se le da baño de esponja y la cama se mantiene con barandales funcionales y hay una buena iluminación en la habitación.

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

7.1.2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

Con base en la valoración, los problemas dentro de los requisitos de autocuidado se jerarquizan de la siguiente manera:

I MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

- Disnea en reposo
- Disnea de esfuerzo
- Presencia de secreciones espesas
- Apoyo ventilatorio mecánico de modo completo
- Paresia de músculos respiratorios
- Paresia de músculos de la expectoración y deglución.
- Presencia de traqueostomía

Sistema de enfermería requerido: Totalmente compensatorio.

II MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA

- Paresia de músculos de la deglución
- Disminución de la ingesta de líquidos vía oral
- Presencia de úlcera sacra en proceso de cicatrización

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

III MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

- Dificultad para masticar
- Dificultad para deglutir
- Paresia leve de la lengua
- Paresia leve del trigémino
- Presencia de gastrostomía

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

IV PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS

- No controla esfínteres
- Disminución de las deposiciones
- Disminución de ruidos peristálticos
- Presencia de heces duras

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

V MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

- Monoplejía derecha
- Paraplejía
- Triparestesia de miembros pélvicos y torácico derecho
- Monoparesia derecha
- Hipersensibilidad en miembro torácico izquierdo
- Articulaciones dolorosas y deformadas
- Fatiga a la movilización
- Dificultad en el patrón del sueño
- Cefalea tensional
- Estrés
- Hipersomnias diurna

Sistema de enfermería requerido: Totalmente compensatorio

VI MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

- Rol alterado por su padecimiento
- Presencia de ansiedad o temor de estar sola
- Se siente aislada
- Presencia de depresión
- Labilidad emocional
- Miedo al futuro
- Amaurosis bilateral
- Angustia

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

VII PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y EL DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL.

- Autoconcepto alterado secundario a secuelas neurológicas
- Fatiga y cansancio físico y mental del cuidador primario.

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

VIII PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO HUMANO Y EL BIENESTAR HUMANO.

- Presencia de medios invasivos de larga duración
- Amaurosis
- Inmunosupresión

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

A continuación se presentan, de acuerdo a los problemas encontrados, las conclusiones diagnósticas.

I MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

Sistema de enfermería requerido Totalmente compensatorio.

1. Alteración del proceso de la respiración relacionada con paresia de los músculos respiratorios manifestada disnea y episodios de apnea.
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con paresia de los músculos que intervienen en la expectoración así como postración en cama secundaria a lesión medular manifestada por presencia de abundantes y espesas secreciones que no se expectoran de manera eficaz.
3. Fatiga y angustia relacionada con la movilización frecuente manifestada por disnea.
4. Riesgo de broncoaspiración relacionado con paresia de los músculos de la deglución y expectoración, postración en cama secundario a lesión medular y presencia de abundantes y espesas secreciones de difícil expectoración.

II MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

5. Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con baja ingesta de líquidos secundario a paresia de los músculos de la deglución.
6. Riesgo de dificultad en el proceso de cicatrización relacionado con hidratación reducida, paraplejia y monoplejia derecha secundaria a lesión medular.

III MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

7. Riesgo desnutrición relacionado con paresia de los músculos que intervienen en la masticación y deglución secundaria a lesión medular.

IV PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

8. Estreñimiento relacionado con paresia generalizada secundario a lesión medular manifestado por disminución de las deposiciones, de los ruidos peristálticos y presencia de heces duras.

V MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Sistema de enfermería requerido: Totalmente compensatorio

9. Espasticidad y atrofia muscular y artrósica relacionado con paraplejia y monoplejia derecha, manifestada por rigidez articular, disminución de la masa muscular y triparestesia.
10. Alteración de la sensibilidad y fuerza del miembro torácico izquierdo relacionado con enfermedad medular desmielinizante manifestada por hipersensibilidad y parestesia en dicho miembro.
11. Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés secundario a la presencia de secuelas neurológicas manifestado por insomnio, hipersomnía diurna y cefalea tensional.
12. Riesgo de aparición de nuevas úlceras por presión y falta de recuperación de la existente relacionada con paraplejia y monoplejia derecha secundaria a lesión medular.

VI MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

13. Depresión relacionada con sentirse asilada e insatisfecha con su propia vida manifestada por angustia, labilidad, llanto fácil y verbalización del problema.
14. Angustia relacionada con presencia de secuelas neurológicas de larga duración y evolución manifestada por miedo al futuro.
15. Riesgo de caídas de la cama relacionado con paresia generalizada y amaurosis bilateral secundaria a desmielinización de los nervios ópticos.

VII PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y EL DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL.

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

16. Alteración de la autoconcepción relacionada con sedentarismo secundario a padecimiento neurológico desmielinizante e incapacitante manifestada por sentirse como una carga para su familia.
17. Cansancio, fatiga física y mental del cuidador primario relacionado con falta de otro cuidador en la familia para la asistencia de Elizabeth, una persona con secuelas

neurológicas de larga duración manifestado por verbalización del problema, aspecto físico de agotamiento y facies de tristeza y preocupación.

VIII PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO HUMANO Y EL BIENESTAR HUMANO

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

18. Riesgo de infección relacionado con inmunosupresión, medios invasivos de larga duración como el catéter venoso central, gastrostomía, sonda vesical y presencia de estoma traqueal y gástrico de larga duración secundario a paresia generalizada debido a lesión medular.

7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Elizabeth, como se puede observar, requiere de un equipo multidisciplinario para sus problemas, por lo que se referirá también al equipo de nutrición, psicología, psiquiatría, grupos de apoyo, terapeutas físicos y trabajo social.

7.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS

Dentro de este apartado encontraremos la planeación de los cuidados con los objetivos de la persona, los objetivos de Enfermería, los resultados esperados, las intervenciones de enfermería con su fundamentación y la evaluación de las respuestas de la persona.

1. Dx Alteración del proceso de la respiración relacionada con paresia de los músculos respiratorios manifestada disnea y episodios de apnea.

Objetivo de la persona (ObP)

- Mantiene la frecuencia respiratoria sin periodos de apnea que causen angustia y reduce la disnea.

Objetivo de enfermería (ObE)

- Disminuir y evitar la alteración del proceso de la respiración.

Resultados esperados (RE)

- Elizabeth mantendrá un aporte respiratorio suficiente, evitará y reducirá la alteración de este patrón.

Intervenciones de enfermería

- **Facilitar la expansión abdominal** y torácica a través de la colocación en posición semifowler.
- **Mantener las vías aéreas permeables**, aspirando exceso de líquidos o secreciones, sin propiciar efectos vagales y complementando con fisioterapia pulmonar.
- **Dar cambios frecuentes de posición** (cada 2 horas) permitiendo la expansión de los campos pulmonares
- **Dar fisioterapia pulmonar** a través de los cambios frecuentes de posición, el drenaje postural, la vibroterapia y si es tolerable para la persona se puede alternar también con la palmopercusión.
- **Estimular el fortalecimiento de los músculos que intervienen en la respiración** a través de ejercicios respiratorios como la respiración profunda que consiste en inspiraciones profundas y forzadas conteniendo la respiración por 5 a 10 segundos según la tolerancia de la persona y posteriormente la expiración lenta.
- **Evitar la ingestión de alimentos que produzcan distensión abdominal.**
- **Asistir a la persona** con problemas de deglución **cuando va a comer o a beber** y así evitar la broncoaspiración.
- Colocación de la persona en **posición fowler** al momento de la comida,
- **Favorecer la deglución y evitar la broncoaspiración.** Al momento de deglutir indicar o ayudar a la persona a colocar la cabeza hacia adelante con la barbilla pegada al pecho.
- **Alentar a la persona a toser** y así fortalecer los músculos de la respiración y la expectoración y a eliminar las secreciones.
- **Vigilar frecuencia respiratoria** para detectar datos de disnea y periodos de apnea.
- **Detectar signos de alarma** como la coloración violácea de piel y mucosas.

Evaluación (Ev)

- Elizabeth mantuvo un aporte respiratorio suficiente sin periodos de apnea y realizó ejercicios para fortalecer los músculos que intervienen en la respiración, disminuyendo así la alteración en el proceso de la respiración.

2. Dx Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con paresia de los músculos que intervienen en la expectoración así como postración en cama secundaria a lesión medular manifestada por presencia de abundantes y espesas secreciones que no se expectoran de manera eficaz.

ObP

- Mantener sin obstáculos para la respiración

ObE

- Mantener una limpieza eficaz de las vías aéreas.

RE

- Elizabeth mantendrá una limpieza eficaz de las vías aéreas sin obstáculos para la respiración.

Intervenciones de enfermería

- **Dar fisioterapia pulmonar** alternando entre palmopercusión, vibroterapia, drenaje postural y cambios frecuentes de posición que permitan la expansión de la zona pulmonar.
- **Mantener a la persona con la hidratación necesaria** para evitar la resequeidad así como la adecuada humidificación de las mucosas orales y nasales.
- **Suministrar nebulizaciones** continuas que ayudan a fluidificar las secreciones siendo así más fácil extraerlas
- **Aspirar secreciones** para mantener las vías aéreas limpias y permeables y así disminuir la dificultad respiratoria evitando estímulos vagales.
- **Administrar los fármacos** prescritos es un medio para ayudar a la fluidificación o licuado de las secreciones y así salgan con mayor facilidad

- Evitar la broncoaspiración de secreciones colocando a la persona en **posición semifowler**.

Ev

- Elizabeth mantuvo la limpieza de las vías aéreas sin obstáculos para su respiración.

3. Dx Fatiga y angustia relacionada con la movilización frecuente manifestada por disnea.

ObP

- Reducir y eliminar la fatiga y la angustia a la movilización.

ObE

- Reducir y eliminar la alteración del aporte respiratorio causado por las frecuentes movilizaciones.

RE

- Elizabeth reducirá ó eliminará la fatiga y la angustia relacionada con la movilización frecuente y manteniendo un adecuado aporte respiratorio.

Intervenciones De Enfermería

- **Concientizar y sensibilizar** a la familia del problema de salud presente para poder brindar un mejor cuidado a través de pláticas educativas, interconsulta con el equipo de psicología y búsqueda de grupos de ayuda.
- **Dar información clara y de fácil comprensión** para que sea mejor aceptada por las personas pues si no lo hacemos de esta forma se pierde el interés y propiciamos desconocimiento.
- **Mantener un contacto frecuente con la persona** y escuchar sus quejas para ayudar a mitigar el componente emocional, ansiedad o miedo, asociado. Cuando las personas no tienen la oportunidad de charlar sobre su preocupación y los miedos asociados, sus reacciones ante la ansiedad se pueden ver intensificadas.
- **Utilizar técnicas de distracción y relajación.** Como la plática, los ejercicios de respiración, relajación, imaginación dirigida, etc. Éstas reducen los datos que

producen ansiedad o estrés, alivia el dolor, disocia a la persona del dolor y la ansiedad, obtiene los beneficios máximos en el reposo y los periodos de sueño, intensifica la eficacia de otras terapias y alivia la desesperanza y la depresión asociadas a la preocupación. Los tres requisitos para relajarse son: una postura correcta, una mente en reposo, y un entorno tranquilo.

- **Ayudar a la persona a mantener una comunicación efectiva** y a lograr que se exprese satisfactoriamente atendiendo todos los mecanismos por medio de los cuales una persona se relaciona con otras personas. El medio o canal para recibir información del ambiente externo son los sentidos corporales. En el campo de la enfermería la comunicación es el medio, por el cual, la enfermera puede mantener una relación terapéutica con la persona
- **Comunicarse positivamente** con las demás personas y recibir información de los demás, es de suma importancia para la conservación de la salud, en todas las etapas de la vida, porque la comunicación es un medio para satisfacer las necesidades básicas. Por ejemplo, saludar siempre con amabilidad a las personas, llamarla por su nombre, darle la oportunidad de platicar con otras personas, platicar con ella, utilizando un lenguaje que sea fácil de entender, demostrar una actitud de aceptación, cuando la persona expresa sus ideas, actitudes, temores, sentimientos, etc. Indicar con palabras y actitudes, que se ha comprendido lo que la persona trata de comunicar y evitar las situaciones que puedan hacer que la persona se sienta rechazada
- A la movilización es importante **vigilar la frecuencia respiratoria**, la coloración de piel y mucosas, es decir **datos de disnea** ya que la falta de oxigenación muestra signos como la cianosis

Ev

- Elizabeth se mantuvo libre de angustia y fatiga relacionadas a la movilización frecuente y mantuvo un buen aporte respiratorio.

4. Dx Riesgo de broncoaspiración relacionado con paresia de los músculos de la deglución y expectoración, postración en cama secundaria a lesión medular y presencia de abundantes y espesas secreciones de difícil expectoración.

ObP

- Mantener a Elizabeth sin broncoaspirar.

ObE

- Reducir el riesgo de broncoaspiración a través de la limpieza de las vías aéreas, movilizaciones frecuentes y ejercicios para el fortalecimiento de los músculos que intervienen en la expectoración.

RE

- Elizabeth no broncoaspirará.

Intervenciones de enfermería

- **Dar posición semifowler** ayudando al descenso de las vísceras por gravedad y facilitando la expansión abdominal para una mejor respiración.
- **Dar fisioterapia pulmonar** alternando vibroterapia, palmopercusión y cambios constantes de posición para despegar las secreciones espesas y ayudar a que salgan junto con el drenaje postural.
- **Dar cambios frecuentes de posición.**(Mínimo cada 2 horas) Permite la expansión de toda la zona de los pulmones.
- **Suministrar nebulizaciones** continuas que ayuden a fluidificar las secreciones siendo así más fácil extraerlas
- **Mantener las vías aéreas permeables**, aspirando el exceso de líquidos o secreciones las veces que sean necesarias sin llegar a la sobreestimulación vagal.
- **Estimular la respiración profunda** a intervalos frecuentes, según lo tolere la persona. Fortalece los músculos que intervienen en la respiración. Esta respiración consiste en la inspiración profunda y forzada de aire sosteniéndolo por 5 a 10 seg., según la tolerancia de la persona y poco a poco ir aumentando el tiempo, para después espirar de forma lenta y continua el aire.
- **Evitar la ingestión de alimentos que produzcan distensión abdominal**
- **Alentar a la persona a toser** y a eliminar las secreciones.

- **Asistir a la persona con problemas de deglución cuando va a comer o a beber** colocando la en posición fowler y al deglutir ayudar o indicar pegar la barbilla al pecho para favorecer la deglución.
- **Vigilar frecuencia respiratoria y datos de disnea como** la coloración de piel y mucosas ya que la falta de oxigenación muestra signos como la cianosis.
- **Administrar los fármacos prescritos** es un medio para ayudar a la fluidificación o licuado de las secreciones y así salgan con mayor facilidad.

Ev

- Elizabeth se mantuvo sin broncoaspirar y redujo el riesgo.
- Elizabeth ejercitó los músculos que intervienen en la deglución y la expectoración

5. Dx. Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con baja ingesta de líquidos secundario a paresia de los músculos de la deglución.

ObP

- Mantener a Elizabeth hidratada.

ObE

- Reducir o eliminar el riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico.

RE

- Elizabeth no presenta desequilibrio hidroelectrolítico

Intervenciones de enfermería

- **Concientizar y sensibilizar a la persona y su familia** de la importancia de la ingesta de líquidos a través de pláticas educativas, recomendación de literatura específica, folletos, trípticos, carteles, etc.
- **Controlar la temperatura ambiente y factores físicos** que la aumentan o disminuyan el calor en la persona a través del registro de la temperatura y la

reducción de los factores ambientales que lo aumenten ya que el exceso de calor estimula el sistema nervioso simpático y la sudoración. Cuando una persona no está adaptada al calor, hay una gran estimulación de las glándulas sudoríparas y se puede llegar a perder de 700ml a 2 Lt por hora a través del sudor así como electrolitos.

- **Mantener una dieta equilibrada** según los requerimientos energéticos y nutricios a través de un plan de alimentación y nutrición personalizada. La dieta influye en la ingesta de líquidos y electrolitos. Cuando la nutrición no es equilibrada o no es adecuada, el cuerpo intenta conservar las proteínas almacenadas mediante la combustión del glucógeno y grasa. Una vez consumidas estas reservas, recurre a las proteínas y el nivel de albúmina en suero desciende. La albúmina del suero juega un papel importante en la extracción de líquidos en los espacios intersticiales y su paso al cuerpo por ósmosis. Si el líquido no pasa al torrente sanguíneo, permanece en los espacios intersticiales produciendo edema.
- **Reducir el estrés** en la persona a través de la conversación, ejercicios de respiración y relajación como la imaginación dirigida, etc. Ya que éste influye en el equilibrio de líquidos y electrolitos, puede acelerar el metabolismo celular, elevar la concentración de glucosa en la orina y glucosas muscular. Además, el estrés puede elevar la producción de orina. También, la respuesta general del cuerpo al estrés consiste en un aumento de volumen sanguíneo.
- **Toma y registro de frecuencia cardiaca** ya que un pulso **aumentado** puede ser debido al déficit de volumen de líquido e Hiperonatremia como mecanismo compensatorio del aumento del gasto cardíaco o por déficit de potasio o magnesio. **Disminuido** puede indicar exceso de potasio o magnesio. **Débil e irregular** indica déficit de volumen líquido como resultado de la disminución del volumen intravascular (hipovolemia). **De galope** puede ser debido al exceso de volumen líquido y **Arritmico** puede indicar déficit de potasio o magnesio.
- **Toma y registro de la temperatura**, El Aumento de la pérdida imperceptible de líquido puede ser debido a fiebre, ansiedad o infección pulmonar.
- **Toma y registro de la frecuencia respiratoria**. La **Hiperventilación** (+ frecuencia y + profundidad) puede indicar exceso de volumen líquido debido a un acumulo de líquido en los pulmones.

- **Toma y registro de la tensión arterial.** La baja TA causada por hipovolemia causa oliguria que puede progresar a anuria.
- **Mantener la presión arterial dentro del rango normal.** ya que los riñones necesitan una presión arterial suficiente para producir orina.
- **Vigilar y registrar la pérdida urinaria.** En consecuencia de oliguria o anuria, los desechos metabólicos se acumulan, y la persona aparece rápidamente desorientada y comatosa, y sobreviene la muerte debido a los efectos de los productos ácidos de desecho sobre las células.
- **Llevar estricto control de líquidos** Se registran aportes y pérdidas para llevar un control y mantener un equilibrio.
- **Inspección y registro de características de la piel y mucosas.** **La piel seca** indica déficit de volumen de líquido; **la piel pálida y fría** indica déficit agudo de volumen de líquido. **La reducción de la turgencia** cutánea puede indicar déficit de volumen de líquido si el pellizco de la piel queda elevado varios segundos. La **mucosa seca entre el carrillo y las encías** indica déficit de volumen de líquido. **La mucosa seca y pegajosa** indica exceso de sodio. **La lengua roja húmeda** puede indicar exceso de sodio. **El llenado capilar** de más de 3 seg. Indica déficit de volumen de líquido, y, un intervalo **mayor de 3-5 segundos** para el vaciamiento capilar indica exceso del volumen de líquidos
- **Ingesta de líquidos vía oral y reposición** en caso de orinas mayores de 250ml por hora para ayudar a mantener el equilibrio hidroelectrolítico.
- **Administrar terapia intravenosa prescrita.** La terapia de líquidos intravenosos es un método eficiente y eficaz de aportar líquidos directamente en el, espacio extracelular líquido, especialmente en el sistema venoso

Ev

- Elizabeth mantuvo el equilibrio hidroelectrolítico.

6. Dx Riesgo de dificultad en el proceso de cicatrización relacionado con hidratación reducida, paraplejia y monoplejia derecha secundaria a lesión medular.

ObP

- Propiciar una adecuada cicatrización.

ObE

- Reducir o eliminar el riesgo de dificultad en el proceso de cicatrización.

RE

- Elizabeth tendrá una cicatrización adecuada

Intervenciones de enfermería

- **Buscar datos de infección** evaluando diariamente la condición de la herida y ver que el proceso de cicatrización se esté llevando a cabo.
- **Planear y enseñar** la rutina de cuidados de la piel que debe mantenerse limpia y seca. La piel dañada debe ser protegida contra la maceración y la irritación por la orina y heces, sudor, secado incompleto después del baño, jabón, polvos y astringentes como el alcohol. Los astringentes constriñen los vasos sanguíneos e inhiben así el suministro de sangre y nutrientes esenciales a la piel. Los polvos deben aplicarse escasamente ya que la acumulación excesiva puede retener la humedad, producir grumos y agravar el problema.
- **Utilizar solo el jabón necesario y de bajo Ph.** Los álcalis del jabón hacen que la piel se hinche, se seque y pierda sus aceites naturales. Además la exposición prolongada al jabón altera el Ph de la piel, una de sus barreras de defensa naturales.
- **Limpiar las heridas** utilizando guantes y técnica estéril o limpia, lavar diariamente con agua y jabón la herida, secarla perfectamente son formas de ayudar al proceso de cicatrización y evitar una infección.
- **Aplicar apósitos de barrera** según se ordene ya que favorecen la cicatrización y protegen contra las infecciones secundarias
- **Aplicación de productos tópicos indicados** para promover la cicatrización y controlar la infección.
- **Utilizar productos que mantengan y proporcionen una superficie seca en contacto con la piel.** Ejemplos de ellos son las bolas de Debrisan (esferas

pequeñas, estériles y porosas que absorben rápidamente la humedad y el exudado), ungüentos de vitamina A y D, y ungüentos antibióticos tales como la neomicina (Neosporin) y la bacitricina de zinc (Polysporin).

- **Evitar la utilización de plásticos en contacto con la piel** para evitar la humedad y el roce.
- **Contemplar la evaluación de la ingesta nutricional y proporcional enseñanza dietética** según se indique. La nutrición es primordial puesto que el proceso de curación impone grandes demandas a las reservas de nutrimentos del cuerpo.
- **Proporcionar complementos nutricionales** según se requiera para promover la curación. Es importante la ingesta adecuada de proteínas, ya que éstas son el componente estructural principal de los tejidos, así mismo diversas vitaminas tienen funciones directas en la reparación espontánea de heridas y tejidos. Por ejemplo, la vitamina C afecta directamente a la producción normal y el mantenimiento de materiales como la colágena; también fortalece y promueve la formación de nuevos vasos sanguíneos.
- **Favorecer la ingesta de líquidos** de 2 litros al día, a menos que esté contraindicado. La adecuada hidratación ayuda en el proceso de cicatrización y mantenimiento de la integridad de la piel.
- **Favorecer la circulación sanguínea** a través de movimientos pasivos de los miembros pélvicos y torácicos. La circulación sanguínea es indispensable para el transporte de oxígeno, nutrimentos, anticuerpos y muchas células inmunitarias al sitio lesionado, la sangre desempeña una función importante en la extracción de líquido tisular, bacterias, cuerpos extraños y desechos, que de otra manera interferirían en el proceso de cicatrización y curación.
- **Evaluar en busca de incontinencia urinaria o fecal.** Limpiar la piel inmediatamente después de las evacuaciones. La orina o las heces tienen un efecto negativo en la integridad cutánea ya que causan humedad y rozamiento además de ser un factor de infección si está en contacto con las heridas
- **Lavar el área perianal** con jabón suave y agua tibia, enjuagar bien y secar completamente después de cada episodio de incontinencia. Mantener el cuerpo

limpio y seco contribuye a evitar la aparición de úlceras y evitar infecciones de la herida, si esta en contacto, e infecciones de tipo genitourinario.

- **Ministrar antibioticoterapia** según se ordene.

Ev

- Elizabeth no presentó dificultades en el proceso de cicatrización.

7. Dx Riesgo de desnutrición relacionado con paresia de los músculos que intervienen en la masticación y deglución secundaria a lesión medular.

ObP

- Sustener a Elizabeth sin desnutrición.

ObE

- Reducir o eliminar el riesgo de desnutrición.

RE

- Elizabeth sostendrá un requerimiento nutricio adecuado.

Intervenciones de enfermería

- **Reducir o cambiar los factores relacionados** que podrían causar el problema siempre y cuando sea posible, en este caso podemos dar pequeños bocados vía oral para estimular a los músculos que intervienen en la alimentación como los músculos de la masticación y la deglución
- **Explicar a la persona y su familia lo importante que es una adecuada nutrición** para la actividad y la salud. La información clara y adecuada nos ayudará a que la persona y su familia colaboren con nosotros para el cumplimiento de los objetivos
- **Proporcionar higiene bucal** esto nos ayuda a evitar problemas que puedan intervenir con la alimentación como la gingivitis o las muelas picadas.
- **Proporcionar ayuda durante la alimentación** según requiera. En algunos casos como el de Elizabeth que presenta en miembros torácicos monoplejía derecha y paresia izquierda, las personas no se pueden alimentar por sí mismos y requieren de asistencia para su toma de alimentos.

- **Proporcionar una posición adecuada** para la toma de los alimentos. Generalmente en posición sedente, fowler o semifowler, en otro caso puede ser tumbado con el tronco ligeramente elevado, esta posición reduce el riesgo de aspiración y proporciona facilidad para la deglución por la fuerza de gravedad.
- **Preparar un entorno agradable y adecuado** para la toma de los alimentos. Algunas veces en los cuartos compartidos no se tienen las condiciones adecuadas o agradables para la toma de los alimentos por lo que es importante preparar a todos las personas (en lo posible) para la toma de sus alimentos sin que estén enojados, con malos olores o alguna otra situación que los incomode
- **Obtener información acerca de los alimentos preferidos, la temperatura de los alimentos y los tiempos para comer.**
- **Proporcionar más tiempo para comer;** recalentar los alimentos que se enfríen esto nos ayudará a tener una mejor aceptación de los alimentos para que Elizabeth se los coma. Ye que serán de su agrado, además de evitar quemaduras por calor o sensibilidad dental por frío o calor.
- **Permitir a la persona que descansa antes de las comidas** para que pueda recuperar energía para mantenerse sentada y realizar el proceso de la alimentación con el movimiento muscular que requiera.
- **Evaluar y medicar en caso de dolor, nauseas** o ambos 1hr antes de las comidas ya que algunas veces el dolor o las nauseas son un obstáculo para la alimentación.
- **Proporcionar alimentos frecuentes en poca cantidad,** entre bocadillos y bebidas que contengan calorías, a veces los alimentos son mejor aceptados en pequeñas cantidades, se puede sugerir una comida en quintos.
- **Identificar signos de inanición.** Como lo son: Pérdida no intencional de más del 10% del peso corporal en las últimas 6 semanas, disminución de la tasa metabólica, disminución de la temperatura, disminución de la glucosa sérica, incremento de los niveles séricos de catecolaminas, glucagón y cortisol, aumento del lactato sérico, aumento de la excreción urinaria de nitrógeno, atrofia muscular y pérdida de peso como resultado de la pérdida de agua y proteínas, debilidad y fatiga, cicatrización deficiente de heridas.

- **Llevar un registro del peso** de la persona para darnos cuenta si disminuye, se mantiene o aumenta.
- **Cuantificar ingestión** para llevar un registro de la cantidad de alimentos y de la cantidad de apoyo que necesita a través de la nutrición enteral.
- **Proporcionar apoyo nutricional entérico o parentérico** según se indique dependiendo del diagnóstico médico, el tratamiento y el estado de la persona.
- **Utilización de sondas para la alimentación a largo plazo** como en este caso la gastrostomía, indicada cuando se espera que la alimentación enteral dure más de tres meses.
- **Mantener la permeabilidad de la sonda** asegurando el paso de la alimentación y el mantenimiento funcional de la sonda.
- **Revisión del residuo gástrico** antes de introducir los alimentos por la sonda de gastrostomía para comprobar la digestión de los alimentos pues si se encuentra un residuo de más de 100ml se suspenderá la toma y se revisará de nuevo en 3 o 4 horas.
- **Preparar el alimento a introducir** por la sonda de gastrostomía. Generalmente se debe dar la fórmula a temperatura ambiente a menos que el fabricante haga alguna indicación especial; si están demasiado frías reducen el flujo de los jugos gástricos debido a la vasoconstricción y pueden provocar calambres abdominales, por otro lado si la fórmula está caliente y la alimentación se va a prolongar, puede favorecer el crecimiento de microorganismos. También es importante revisar que la fórmula no esté caducada o tenga preparada más de 24 horas.
- **Cuantificar el alimento introducido vía enteral** para el control de líquidos y el registro nutricional.
- **Limpiar la sonda después de la toma y mantenerla cerrada y cubierta hasta la siguiente toma.** Se debe limpiar el tubo con agua o solución inyectable para mantener la permeabilidad y limpieza de la sonda.
- **Cuidado de la piel peristomal.** Los contenidos del estómago contienen enzimas digestivas que pueden irritar la piel.
- **Estar alerta de los signos habituales de complicaciones de la nutrición enteral.** La aspiración, la hiperglucemia, la distensión abdominal, la diarrea y los fecalomas

son algunas de estas complicaciones y a veces basta con cambiar la fórmula o el ritmo de administración para solucionar estos problemas.

- **Favorecer el requerimiento de eliminación** para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión. El estreñimiento agudo aparece a menudo acompañado de dolor de cabeza, distensión abdominal, malestar, náuseas y mareos, todo lo cual hace disminuirle el apetito.

Ev

- Elizabeth redujo el riesgo y se sostuvo sin desnutrición.

8. Dx Estreñimiento relacionado con paresia generalizada secundaria a lesión medular manifestado por disminución de las deposiciones, de los ruidos peristálticos y presencia de heces duras.

ObP

- Mantener a Elizabeth sin estreñimiento.

ObE

- Reducir o eliminar el estreñimiento.

RE

- Elizabeth tendrá un régimen diario de deposiciones, al menos de 1 al día.

Intervenciones de enfermería

- **Tomar una dieta equilibrada que contenga fibra.** La reducción de la ingesta de alimentos, incluyendo alimentos ricos en fibra, puede exacerbar el problema.
- **Ingesta de líquidos suficiente,** cuanto más tiempo permanece la masa fecal en el colon, más agua pierde, endureciéndose progresivamente y dificultando su expulsión, si se reduce la ingesta de líquidos o existe deshidratación, el organismo puede intentar compensarlo tomando más líquido del colon.

- **Vigilar la toma de las comidas a intervalos regulares entre una y otra** pues el estreñimiento agudo aparece a menudo acompañado de dolor de cabeza, distensión abdominal, malestar, náuseas y mareos, todo lo cual hace disminuir el apetito.
- **Consumir frutas sin pelar, papaya, ciruelas pasa y productos integrales** para promover las evacuaciones y **evitar la formación de fecalomas**. Si los esfuerzos para expulsar las heces endurecidas resultan infructuosos, puede formarse un fecaloma. Las heces endurecidas van desplazándose hacia la porción distal a medida que las heces nuevas, más blandas, se acumulan detrás, pudiendo provocar una obstrucción mecánica del colon, total o parcial. La presión intraabdominal creada por las contracciones del colon puede ser tan alta que la parte líquida de las heces blandas puede rebasar por los bordes de la masa impactada siendo expulsados en forma de diarrea. Este tipo de diarrea es sintomática de un fecaloma que puede resultar muy doloroso y de eliminación muy molesta. Si el bloqueo es grave puede deprimir la función del colon y predisponer a la persona a un desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- **Hacer ejercicio diario o aumentar la actividad física**. El estreñimiento es un problema frecuente entre las personas inmovilizadas, debido al aumento de la producción de adrenalina, el peristaltismo y la motilidad del colon se hallan deprimidos y los esfínteres se hallan más frecuentemente constreñidos. El debilitamiento musculoesquelético general afecta a los músculos abdominales y perineales que participan en la defecación. Cuando las heces se endurecen mucho su expulsión resulta más difícil y la persona inmovilizada puede carecer de la fuerza necesaria para expulsarlas.
- **Promover medidas para evitar o aliviar la tensión** ya que puede causarle incomodidad y preferir no hacerlo.
- **Valorar y registrar la frecuencia y consistencia del movimiento intestinal**. La persona debe ser estimulada a defecar cuando note la urgencia de ello. Para establecer la eliminación regular intestinal, la persona y la enfermera puede comentar el momento en que el peristaltismo en masa aparece normalmente e instaurar el horario para la defecación

- **Procurar un tiempo regular para la defecación**, a una hora en que tenga más tranquilidad, mucha gente tiene horarios y rutinas para la deposición bien establecidos que deberían ser parte de la programación de la persona, otras actividades como el baño no deben interferir con el horario de la deposición. Tampoco se les debe presionar, sino que se les debe dar un tiempo adecuado para realizar la defecación.
- **Procurar intimidad** para la defecación, la falta de ésta y la dependencia de otras personas para que le ayuden en el requerimiento de eliminación pueden hacer que la persona llegue a posponer o ignorar la necesidad de evacuar. La postergación de este acto puede llegar a inhibir la necesidad y debilitar el reflejo de defecación.
- **Poner a la persona en una posición adecuada.**, se puede poner en posición semifowler. Al estar tumbados boca arriba, no se favorece el empleo de los músculos que intervienen en la defecación. La posición semifowler alivia la curvatura de la espalda de la persona y permite una posición más normal para la deposición.
- **Estimular con el dedo** enguantado y lubricado el esfínter anal en forma de círculos durante por lo menos 10 min antes del horario establecido para la evacuación. En este caso los impulsos nerviosos no llegan a los músculos y no se mueven por lo que es necesario estimularlos, y estimular el reflejo y la contracción anal.
- **Aplicación de enemas.** Un enema consiste en la introducción de una solución líquida en el recto y el colon sigmoideo para eliminar las heces o el flato. Se puede utilizar un enema de limpieza o un enema de retención. En el primero se estimula el peristaltismo mediante la irritación del colon y el recto, o mediante la distensión del intestino con el volumen de líquido introducido, estableciéndose una diferencia entre grandes (1000 ml de solución con la persona cambiando frecuentemente de postura, con mayor presión, es decir con el recipiente con el líquido a mayor altura, por 5 a 10 min para limpiar al máximo el colon) y pequeños (500 ml para limpiar el recto y el colon sigmoideo solamente con una postura en decúbito lateral izquierdo). Los enemas de retención lubrican el recto y el colon sigmoideo. El aceite se retiene un periodo de 1 a 2 horas; reblandece las heces y lubrican el recto y el conducto anal, con lo que se facilita el paso de las heces

- **Valorar los riesgos en la aplicación de cada enema.** Un enema es un procedimiento relativamente seguro, los riesgos más importantes que puede tener son la irritación de la mucosa rectal por el exceso de jabón, así como los efectos negativos sobre el equilibrio de electrolitos y líquidos de las soluciones hipertónicas (es ligeramente irritante para la membrana mucosa y arrastra hacia el colon los líquidos de los tejidos circundantes. Este proceso se denomina osmosis. Como normalmente solo se administra una pequeña cantidad de solución, las ventajas que supone en cuanto a comodidad, tiempo de retención de solo 5 a 7 min, superan las desventajas) o hipotónicas (su administración repetida, como lo son los enemas de agua del grifo, pueden provocar el paso de agua del colon al torrente sanguíneo aumentando el volumen sanguíneo y puede provocar una intoxicación, por esta razón algunos centros limitan el número de enemas que se pueden administrar consecutivamente). Las soluciones hipotónicas también pueden resultar peligrosas para las personas con problemas renales o fallo cardíaco agudo.
- **Desimpactación manual.** Algunas veces es necesaria la extracción digital de los fecalomas. La enfermera dispersa la masa fecal digitalmente y retira las porciones de ésta. Este procedimiento es angustioso e desagradable para la persona y puede desear la presencia de otra enfermera o de algún miembro de la familia para que le ayuden. Se debe tener cuidado en evitar lesionar la mucosa intestinal y prevenir hemorragias. Además la estimulación rectal está contraindicada en algunas personas pues puede provocar una reacción excesiva del vago que puede producir arritmia cardíaca. Después de retirar los fecalomas, se toman medidas de refuerzo durante unos días para estimular la defecación normal como la administración de enemas y supositorios.
- **Limpiar el área genital** después de las deposiciones, El lavado y secado adecuado permite prevenir la irritación cutánea y la acumulación excesiva de microorganismos.
- **Administrar medicamentos prescritos** como laxantes o purgantes.

Ev

- Elizabet eliminó el estreñimiento.

9. Dx Espasticidad y atrofia muscular y artrósica relacionado con paraplejia y monoplejia derecha, manifestada por rigidez articular, disminución de la masa muscular y triparestesia.

ObP

- Perseverar a Elizabeth sin espasticidad y reducirá la atrofia muscular y artrósica.

ObE

- Reducir la espasticidad y atrofia muscular y artrósica

RE

- Elizabeth preservará sus miembros pélvicos y torácicos sin espasticidad, y reducirá la atrofia muscular y artrósica.

Intervenciones de enfermería

- **Comunicación.** Explicarle al familiar la importancia de la movilidad y la protección en puntos de presión para prevenir la aparición de úlceras de presión ya que éstas son causadas por la deficiencia constante del flujo sanguíneo a los tejidos. La enfermera enseñará que las zonas decoloradas y las sensaciones tales como el hormigueo pueden indicar presión, y a informar rápidamente de los estos cambios. La persona y su familia tienen que saber que los cambios frecuentes de posturas, aunque sean leves, cambian de forma eficaz el punto de presión. La enfermera anima a que cambie a menudo de postura y, cuando sea posible, haga ejercicio en lo posible para estimular la circulación de la sangre.
- **Cambio de posición por lo menos cada 2 hrs.** Los cambios de postura frecuentes ayudan a prevenir las molestias musculares, la presión indebida que resulta en úlceras por presión, el daño a los nervios y vasos sanguíneos superficiales, y las contracturas (acortamiento permanente de los músculos). Los cambios posturales también mantienen el tono muscular y estimulan los reflejos posturales
- **Alineación de segmentos corporales.** El alineamiento de las diferentes partes del cuerpo en una postura cómoda, la más similar posible a la posición anatómica, es la que impone menos estrés sobre los músculos y articulaciones y resulta más comfortable para la persona. Cuando el mal alineamiento se prolonga mucho tiempo, las contracturas corporales pueden volverse irreversibles. En la persona inmovilizada

las contracturas más habituales son las de flexión de las caderas, rodillas y flexión plantar de los tobillos, la flexión de las cervicales y los hombros.

- **Vigilar datos de alarma.** Es importante que en los frecuentes cambios de posición no olvidemos revisar la coloración de la piel o la presencia de algún objeto que lastime pues en este caso hay hiposensibilidad y podríamos causar un daño mayor.
- **Reducir o eliminar cualquier factor causal afín o contribuyente al problema de inmovilidad** siempre que sea posible. El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardíaco y mejorar la circulación.
- **Identificar las capacidades y respuestas de la persona a la actividad o movilidad** (signos vitales, coloración de la piel, presencia de cualquier irregularidad en el pulso, sudoración, dolor anginoso o de tórax, informe de fatiga, mareos, dificultad respiratoria, etc.). Cuando el cuerpo está sano y bien alineado, los músculos están en un estado de ligera tensión. La buena alineación necesita una fuerza muscular mínima y mantiene un apoyo adecuado para la estructura y órganos internos del cuerpo.
- **Manejo del dolor;** anticipar las actividades dolorosas y medicarlas para evitar el dolor en la fisioterapia, los cambios de posición, etc. La comunicación clara para la anticipación de lo que se va a realizar ayudan a prepararse psicológicamente para su realización y se pueden tomar medidas preventivas para el dolor como la relajación, la respiración relajante y la aceptación del procedimiento.
- **Alentar la ingesta adecuada de líquidos y de una buena nutrición.** Se necesita energía para la realización de los ejercicios y debido a que puede haber sudoración, por ejemplo, se requiere de una buena hidratación
- **Favorecer el funcionamiento respiratorio óptimo.** La respiración adecuada es importante para mantener las contracciones y tratar de evitar las maniobras de Valsalva pues debido a la gran presión puede ser contraproducente en algunos casos.
- **Favorecer el descanso y el sueño antes y después del ejercicio y la actividad.** El descanso antes y después de los ejercicios y el sueño reparador nos ayudan a su

óptima realización Coordinar los esfuerzos de enfermería con el equipo de terapia física, proporcionar descanso y alivio anticipado del dolor antes de programar las rutinas de fisioterapia; revisar y aclarar la enseñanza a la persona y su familia hecha por el fisioterapeuta y reforzarla.

- **Explicar todos los tratamientos y las intervenciones a la persona y a su familia,** mostrar y enseñar basados en la evaluación del conocimiento y las destrezas habituales.
- **Evitar la fibrosis, la anquilosis o la formación de nuevas contracturas.** Cuando las articulaciones no se mueven normalmente se produce fibrosis (aumento del tejido fibroso conectivo) y anquilosis (fijación). Los músculos flexores de las personas inmovilizadas permanecen contraídos durante largos periodos de tiempo, debido a la fuerza que tienen, y los extensores, que son más débiles, no se utilizan. Al mismo tiempo, el tejido muscular fibroso que recubre la articulación va siendo remplazado gradualmente por tejido conectivo, y la articulación se vuelve rígida y dolorosa. El problema puede verse exacerbado por depósitos de cantidades excesivas de calcio en los tejidos blandos adyacentes a la articulación. Con el tiempo, la articulación puede quedar deformada de forma irreversible y anquilosada. Los músculos que la recubren pueden sufrir un acortamiento de longitud o contractura.
- **Proteger las principales articulaciones** como el tobillo para evitar anquilosis. La fuerza de gravedad empuja hacia abajo las partes del cuerpo que no tienen apoyo. Para contrarrestar la fuerza de gravedad, se utilizan distintos tipos de soportes (tablas de madera, rollos trocateros, bolsas de arena, alpiste o alguna otra semilla, plataformas para los pies y férulas para las manos y muñecas). Los músculos dorsiflexores del tobillo se deterioran rápidamente cuando no se emplean para caminar o estar de pie. Los músculos plantares flexores de los tobillos son más fuertes que los dorsiflexores.
- **Poner, antes de iniciar, paños calientes** durante 15 min en la articulación y zona muscular que se vaya a ejercitar. Ayuda a disminuir la inflamación, si la hay, y ayuda a disminuir el dolor.
- **Dar ligero masaje con aceite en la zona a movilizar.** Estimula o relaja los músculos y las articulaciones espásticas o rígidas para la realización de los ejercicios.

- **Ejercitar los músculos y las articulaciones.** Cuando las fibras de los músculos no se contraen con la frecuencia a la que obliga la actividad física, se registra una disminución de la masa muscular o atrofia muscular. La atrofia muscular es consecuencia de la disminución de la fuerza muscular y la resistencia física.
- **Realizar ejercicios de rango de movimiento.** Es decir, en las articulaciones, mover en todo el rango o hasta el punto donde se produce incomodidad; rango activo de movimiento (RAM) si la persona es capaz de moverse con independencia; rango pasivo de movimiento (RPM) para ayudar o sustituir RAM con el fin de lograr todo el movimiento articular.
- **Alentar a la persona para que utilice los músculos** durante los giros en la cama, los cambios de posición y el cuidado personal para mantener la fuerza, **alentar la participación en actividades cotidianas** dentro de los límites del tratamiento o de la condición. Favorece la fuerza y el movimiento independiente.
- **Utilizar aparatos o auxiliares para mantener la movilidad articular**, mejora la circulación y la curación (como los estimuladores musculares eléctricos). Estos aparatos nos pueden ayudar con el manejo del dolor y la estimulación profunda de los músculos.
- **Realizar ejercicios isotónicos.** Los ejercicios isotónicos (dinámicos) son aquellos en que la tensión muscular es constante y el músculo se acorta para producir una contracción muscular y por tanto movimiento. Los ejercicios isotónicos potencian la fuerza y resistencia muscular y pueden mejorar la función cardiorrespiratoria. Durante la práctica de los ejercicios isotónicos, el ritmo y el gasto cardiaco se aceleran para aumentar el aporte sanguíneo a todas las zonas del cuerpo. La tensión no experimenta prácticamente ningún cambio. Favorecer el movimiento isotónico de las extremidades, las manos, los pies, los dedos de manos y pies, según la condición lo permite; mover de arriba abajo los tobillos 10 veces por hora mientras está despierto (flexión y extensión de los tobillos).
- **Realizar ejercicios isométricos.** Los ejercicios isométricos son aquellos en los que se producen cambios en la tensión muscular pero no en su longitud. No se produce ningún movimiento muscular ni articular. Estos ejercicios son útiles para endurecer los abdominales, los glúteos y los músculos cuádriceps usados en la Deambulación pero

no son útiles para prevenir la contracción de las articulaciones ya que el movimiento articular está ausente. Este tipo de ejercicios dan los mejores resultados en cuanto a aumento de la fuerza muscular, si se realizar 5 tensiones máximas seguidas que duren 5 segundos cada una y con 2 min de descanso entre ellas. Aunque los ejercicios isotónicos son la base de la mayor parte de los problemas de preparación física, estos también incluyen ejercicios isométricos. Alentar el ejercicio isométrico de las extremidades, incluyendo la parte inmovilizada (10 repeticiones por hora mientras esta despierto): Ejercicios para cuádriceps: estando acostado sobre la cama con las piernas rectas, empujar las rodillas hacia el colchón al contraer los músculos anteriores de los muslos, sostener 5 a 10 seg. y relajarlos.

- **Movilizar a la persona de la cama** en cuanto sea posible; sentado en una silla durante las comidas y estimulación de la actividad con la carga de peso. Para aliviar la tensión muscular, liberar puntos de presión y estimular el movimiento de diferentes grupos musculares.
- **Realizar ejercicios activos de movilidad articular.** Los ejercicios activos de movilidad articular (MA), son ejercicios isotónicos en los que la persona mueve las diferentes articulaciones, estirando al máximo todos los grupos musculares que actúan en cada plano de la articulación. Estos ejercicios mantienen y aumentan la fuerza y la resistencia muscular y ayudan a mantener la función cardiorrespiratoria en las personas inmovilizadas. Además previenen el deterioro de las cápsulas articulares, la anquilosis y las contracturas.
- **Realizar ejercicio de movilidad articular pasiva.** En los ejercicios pasivos de movilidad articular, otra persona se encarga de mover las distintas partes del cuerpo de la persona, haciendo trabajar todas las articulaciones al máximo y extendiendo todo los grupos musculares en los distintos planos. Como la persona no contrae el músculo, los ejercicios pasivos de movilidad articular no son muy útiles para mantener la flexibilidad de las articulaciones. Por tanto, estos ejercicios deben reservarse únicamente para aquellas personas que no pueden participar activamente en los ejercicios como en este caso. Los MA pasivos deben alcanzar sólo hasta el punto en que se encuentre una ligera resistencia, sin superarlo nunca y sin que provoque molestias, los movimientos deben de ser sistemáticos y repetirse la misma secuencia

en cada sesión. Se debe repetir 3 veces cada movimiento y hacer dos series de ejercicios al día, es aconsejable hacer una de las series en el momento del baño.

- **Evitar mover o forzar una parte del cuerpo más allá del grado de movilidad existente.** Animar a la persona a realizar ejercicio de movilidad articular hasta el punto en que encuentre resistencia, pero sin sobrepasarlo y sin que produzca molestias, los ejercicios se deben realizar de forma sistemática utilizando la misma secuencia en cada sesión. Puede producirse tensión muscular, dolor y lesión. Esto es especialmente importante para personas con parálisis flácida, cuyos miembros pueden estar estirados y las articulaciones descolocadas sin que se den cuenta
- **Apoyar los miembros de la persona por encima y por debajo de la articulación según se necesite.** Previene la tensión muscular o una lesión.
- **Mover las partes del cuerpo suave, lenta y rítmicamente.** Los movimientos bruscos pueden producir molestias, y posiblemente, lesión. Los movimientos rápidos pueden producir espasticidad o rigidez.
- **Estar alerta si durante los ejercicios se produce espasticidad, contractura o rigidez.** Si se produce la espasticidad de un músculo durante el movimiento, parar temporalmente el movimiento pero seguir aplicando una presión lenta y suave en la parte hasta que el músculo se relaje; luego seguir con el movimiento. Si hay una contractura, aplicar una presión lenta y firme sin producir dolor, para estirar las fibras musculares. Si se produce rigidez, aplicar presión contra ella, y continuar lentamente con el ejercicio.
- **Realizar terapia de sensibilidad** a través de la estimulación con texturas diferentes. Ayuda a la estimulación sensorial de las terminaciones nerviosas de la piel. También se puede hacer uso de semillas en contenedores y meter en ese contenedor la mano o un pie o dejarlas caer suavemente por la parte afectada, así como la estimulación con calor como la cera líquida.

Ev

- Elizabeth redujo la espasticidad y la atrofia muscular y artrósica.

10. Dx Alteración de la sensibilidad y fuerza del miembro torácico izquierdo relacionado con enfermedad medular desmielinizante manifestada por hipersensibilidad y parestesia en dicho miembro.

ObP

- Reducir la hipersensibilidad y aumentar la fuerza en el miembro torácico izquierdo

ObE

- Reducir o eliminar la alteración de la sensibilidad y la fuerza del miembro torácico izquierdo.

RE

- Elizabeth reducirá la alteración de la sensibilidad y aumentará la fuerza del miembro torácico izquierdo.

Intervenciones de enfermería

- **Comunicación.** Explicarle al familiar la importancia de la movilidad y la protección en puntos de presión para prevenir la aparición de úlceras de presión ya que éstas son causadas por la deficiencia constante del flujo sanguíneo a los tejidos. La enfermera enseñará que las zonas decoloradas y las sensaciones tales como el hormigueo pueden indicar presión, y a informar rápidamente de los estos cambios. La persona y su familia tienen que saber que los cambios frecuentes de posturas, aunque sean leves, cambian de forma eficaz el punto de presión. La enfermera anima a que cambie a menudo de postura y, cuando sea posible, haga ejercicio en lo posible para estimular la circulación de la sangre.
- **Cambio de posición por lo menos cada 2 hrs.** Los cambios de postura frecuentes ayudan a prevenir las molestias musculares, la presión indebida que resulta en úlceras por presión, el daño a los nervios y vasos sanguíneos superficiales, y las contracturas (acortamiento permanente de los músculos). Los cambios posturales también mantienen el tono muscular y estimulan los reflejos posturales
- **Alineación de segmentos corporales.** El alineamiento de las diferentes partes del cuerpo en una postura cómoda, la más similar posible a la posición anatómica, es la que impone menos estrés sobre los músculos y articulaciones y resulta más

confortable para la persona. Cuando el mal alineamiento se prolonga mucho tiempo, las contracturas corporales pueden volverse irreversibles. En la persona inmovilizada las contracturas más habituales son las de flexión de las caderas, rodillas y flexión plantar de los tobillos, la flexión de las cervicales y los hombros.

- **Vigilar datos de alarma.** Es importante que en los frecuentes cambios de posición no olvidemos revisar la coloración de la piel o la presencia de algún objeto que lastime pues en este caso hay hiposensibilidad y podría causar un daño mayor.
- **Reducir o eliminar cualquier factor causal afín o contribuyente al problema de inmovilidad** siempre que sea posible. El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardíaco y mejorar la circulación.
- **Identificar las capacidades y respuestas de la persona a la actividad o movilidad** (signos vitales, coloración de la piel, presencia de cualquier irregularidad en el pulso, sudoración, dolor anginoso o de tórax, informe de fatiga, mareos, dificultad respiratoria, etc.). Cuando el cuerpo está sano y bien alineado, los músculos están en un estado de ligera tensión. La buena alineación necesita una fuerza muscular mínima y mantiene un apoyo adecuado para la estructura y órganos internos del cuerpo.
- **Manejo del dolor;** anticipar las actividades dolorosas y medicarlas para evitar el dolor en la fisioterapia, los cambios de posición, etc. La comunicación clara para la anticipación de lo que se va a realizar ayudan a prepararse psicológicamente para su realización y se pueden tomar medidas preventivas para el dolor como la relajación, la respiración relajante y la aceptación del procedimiento.
- **Alentar la ingesta adecuada de líquidos y de una buena nutrición.** Se necesita energía para la realización de los ejercicios y debido a que puede haber sudoración, por ejemplo, se requiere de una buena hidratación
- **Favorecer el funcionamiento respiratorio óptimo.** La respiración adecuada es importante para mantener las contracciones y tratar de evitar las maniobras de Valsalva pues debido a la gran presión puede ser contraproducente en algunos casos.

- **Favorecer el descanso y el sueño antes y después del ejercicio y la actividad.** El descanso antes y después de los ejercicios y el sueño reparador nos ayudan a su óptima realización. Coordinar los esfuerzos de enfermería con el equipo de terapia física, proporcionar descanso y alivio anticipado del dolor antes de programar las rutinas de fisioterapia; revisar y aclarar la enseñanza a la persona y su familia hecha por el fisioterapeuta y reforzarla.
- **Explicar todos los tratamientos y las intervenciones a la persona y a su familia,** mostrar y enseñar basados en la evaluación del conocimiento y las destrezas habituales.
- **Evitar la fibrosis, la anquilosis o la formación de nuevas contracturas.** Cuando las articulaciones no se mueven normalmente se produce fibrosis (aumento del tejido fibroso conectivo) y anquilosis (fijación). Los músculos flexores de las personas inmovilizadas permanecen contraídos durante largos periodos de tiempo, debido a la fuerza que tienen, y los extensores, que son más débiles, no se utilizan. Al mismo tiempo, el tejido muscular fibroso que recubre la articulación va siendo remplazado gradualmente por tejido conectivo, y la articulación se vuelve rígida y dolorosa. El problema puede verse exacerbado por depósitos de cantidades excesivas de calcio en los tejidos blandos adyacentes a la articulación. Con el tiempo, la articulación puede quedar deformada de forma irreversible y anquilosada. Los músculos que la recubren pueden sufrir un acortamiento de longitud o contractura.
- **Proteger las principales articulaciones** como el tobillo para evitar anquilosis. La fuerza de gravedad empuja hacia abajo las partes del cuerpo que no tienen apoyo. Para contrarrestar la fuerza de gravedad, se utilizan distintos tipos de soportes (tablas de madera, rollos trocateros, bolsas de arena, alpiste o alguna otra semilla, plataformas para los pies y férulas para las manos y muñecas). Los músculos dorsiflexores del tobillo se deterioran rápidamente cuando no se emplean para caminar o estar de pie. Los músculos plantares flexores de los tobillos son más fuertes que los dorsiflexores.
- **Poner, antes de iniciar, paños calientes** durante 15 min en la articulación y zona muscular que se vaya a ejercitar. Ayuda a disminuir la inflamación, si la hay, y ayuda a disminuir el dolor.

- **Dar ligero masaje con aceite en la zona a movilizar.** Estimula o relaja los músculos y las articulaciones espásticas o rígidas para la realización de los ejercicios.
- **Ejercitar los músculos y las articulaciones.** Cuando las fibras de los músculos no se contraen con la frecuencia a la que obliga la actividad física, se registra una disminución de la masa muscular o atrofia muscular. La atrofia muscular es consecuencia de la disminución de la fuerza muscular y la resistencia física.
- **Realizar ejercicios de rango de movimiento.** Es decir, en las articulaciones, mover en todo el rango o hasta el punto donde se produce incomodidad; rango activo de movimiento (RAM) si la persona es capaz de moverse con independencia; rango pasivo de movimiento (RPM) para ayudar o sustituir RAM con el fin de lograr todo el movimiento articular.
- **Alentar a la persona para que utilice los músculos** durante los giros en la cama, los cambios de posición y el cuidado personal para mantener la fuerza, **alentar la participación en actividades cotidianas** dentro de los límites del tratamiento o de la condición. Favorece la fuerza y el movimiento independiente.
- **Utilizar aparatos o auxiliares para mantener la movilidad articular**, mejora la circulación y la curación (como los estimuladores musculares eléctricos). Estos aparatos nos pueden ayudar con el manejo del dolor y la estimulación profunda de los músculos.
- **Realizar ejercicios isotónicos.** Los ejercicios isotónicos (dinámicos) son aquellos en que la tensión muscular es constante y el músculo se acorta para producir una contracción muscular y por tanto movimiento. Los ejercicios isotónicos potencian la fuerza y resistencia muscular y pueden mejorar la función cardiorrespiratoria. Durante la práctica de los ejercicios isotónicos, el ritmo y el gasto cardiaco se aceleran para aumentar el aporte sanguíneo a todas las zonas del cuerpo. La tensión no experimenta prácticamente ningún cambio. Favorecer el movimiento isotónico de las extremidades, las manos, los pies, los dedos de manos y pies, según la condición lo permite; mover de arriba abajo los tobillos 10 veces por hora mientras está despierto (flexión y extensión de los tobillos).
- **Realizar ejercicios isométricos.** Los ejercicios isométricos son aquellos en los que se producen cambios en la tensión muscular pero no en su longitud. No se produce

ningún movimiento muscular ni articular. Estos ejercicios son útiles para endurecer los abdominales, los glúteos y los músculos cuádriceps usados en la Deambulaci3n pero no son 3tiles para prevenir la contracci3n de las articulaciones ya que el movimiento articular est3 ausente. Este tipo de ejercicios dan los mejores resultados en cuanto a aumento de la fuerza muscular, si se realizar 5 tensiones m3ximas seguidas que duren 5 segundos cada una y con 2 min de descanso entre ellas. Aunque los ejercicios isot3nicos son la base de la mayor parte de los problemas de preparaci3n f3sica, estos tambi3n incluyen ejercicios isom3tricos. Alentar el ejercicio isom3trico de las extremidades, incluyendo la parte inmovilizada (10 repeticiones por hora mientras esta despierto): Ejercicios para cuádriceps: estando acostado sobre la cama con las piernas rectas, empujar las rodillas hacia el colch3n al contraer los m3sculos anteriores de los muslos, sostener 5 a 10 seg. y relajarlos.

- **Movilizar a la persona de la cama** en cuanto sea posible; sentado en una silla durante las comidas y estimulaci3n de la actividad con la carga de peso. Para aliviar la tensi3n muscular, liberar puntos de presi3n y estimular el movimiento de diferentes grupos musculares.
- **Realizar ejercicios activos de movilidad articular.** Los ejercicios activos de movilidad articular (MA), son ejercicios isot3nicos en los que la persona mueve las diferentes articulaciones, estirando al m3ximo todos los grupos musculares que actúan en cada plano de la articulaci3n. Estos ejercicios mantienen y aumentan la fuerza y la resistencia muscular y ayudan a mantener la funci3n cardiorrespiratoria en las personas inmovilizadas. Adem3s previenen el deterioro de las c3psulas articulares, la anquilosis y las contracturas.
- **Realizar ejercicio de movilidad articular pasiva.** En los ejercicios pasivos de movilidad articular, otra persona se encarga de mover las distintas partes del cuerpo de la persona, haciendo trabajar todas las articulaciones al m3ximo y extendiendo todo los grupos musculares en los distintos planos. Como la persona no contrae el m3sculo, los ejercicios pasivos de movilidad articular no son muy 3tiles para mantener la flexibilidad de las articulaciones. Por tanto, estos ejercicios deben reservarse 3nicamente para aquellas personas que no pueden participar activamente en los ejercicios como en este caso. Los MA pasivos deben alcanzar s3lo hasta el punto en

que se encuentre una ligera resistencia, sin superarlo nunca y sin que provoque molestias, los movimientos deben de ser sistemáticos y repetirse la misma secuencia en cada sesión. Se debe repetir 3 veces cada movimiento y hacer dos series de ejercicios al día, es aconsejable hacer una de las series en el momento del baño.

- **Evitar mover o forzar una parte del cuerpo más allá del grado de movilidad existente.** Animar a la persona a realizar ejercicio de movilidad articular hasta el punto en que encuentre resistencia, pero sin sobrepasarlo y sin que produzca molestias, los ejercicios se deben realizar de forma sistemática utilizando la misma secuencia en cada sesión. Puede producirse tensión muscular, dolor y lesión. Esto es especialmente importante para personas con parálisis flácida, cuyos miembros pueden estar estirados y las articulaciones descolocadas sin que se den cuenta.
- **Apoyar los miembros de la persona por encima y por debajo de la articulación según se necesite.** Previene la tensión muscular o una lesión.
- **Mover las partes del cuerpo suave, lenta y rítmicamente.** Los movimientos bruscos pueden producir molestias, y posiblemente, lesión. Los movimientos rápidos pueden producir espasticidad o rigidez.
- **Estar alerta si durante los ejercicios se produce espasticidad, contractura o rigidez.** Si se produce la espasticidad de un músculo durante el movimiento, parar temporalmente el movimiento pero seguir aplicando una presión lenta y suave en la parte hasta que el músculo se relaje; luego seguir con el movimiento. Si hay una contractura, aplicar una presión lenta y firme sin producir dolor, para estirar las fibras musculares. Si se produce rigidez, aplicar presión contra ella, y continuar lentamente con el ejercicio.
- **Realizar terapia de sensibilidad** a través de la estimulación con texturas diferentes. Ayuda a la estimulación sensorial de las terminaciones nerviosas de la piel. También se puede hacer uso de semillas en contenedores y meter en ese contenedor la mano o un pie o dejarlas caer suavemente por la parte afectada, así como la estimulación con calor como la cera líquida.

Ev

- Elizabeth eliminó la hipersensibilidad y aumentó la fuerza del miembro torácico izquierdo.

11. Dx Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés secundario a la presencia de secuelas neurológicas manifestado por insomnio, hipersomnias diurna y cefalea tensional.

ObP

- Dormir de forma continua por la noche y disminuir la cefalea.

ObE

- Eliminar en Elizabeth la alteración en el patrón del sueño.

RE

- Elizabeth reducirá o eliminará la alteración en el patrón del sueño.

Intervenciones de enfermería

- **Concientización** con respecto al problema ya que las alteraciones del sueño interfieren con el proceso de curación y el estilo de vida.
- **Identificar y eliminar o reducir los factores relacionados que causan fatiga en exceso, alteraciones del sueño o ambas.**
- **Organizar los cuidados para reducir al mínimo las interrupciones del sueño.** La ansiedad y la depresión afectan a la capacidad de la persona para dormir. Una persona ansiosa está a menudo preocupada por los problemas que le impiden relajarse antes de dormir. La ansiedad aumenta los niveles sanguíneos de norepinefrina por medio de la estimulación del sistema nervioso simpático.
- **Reducir o eliminar los factores relacionados que causan trastornos del sueño** Las alteraciones también resultan de las interrupciones relacionadas con los cuidados intensivos o frecuentes durante la noche, especialmente, por ejemplo, administrar analgésicos antes de acostarse si se tiene dolor; reprogramar los diuréticos para evitar aumento de la diuresis durante el sueño; ofrecer la discusión de las preocupaciones y dudas con la persona; y referir al servicio social para las preocupaciones económicas.
- **Limitar el ruido ambiental.** Manejar el ambiente para favorecer el sueño; ruidos, luces, temperatura, que se ajusten para el bienestar de la persona. Los ruidos y las distracciones ambientales son un importante problema para las personas

hospitalizadas; los ruidos del hospital les resultan extraños a la mayoría pero es imposible eliminarlos completamente.

- **Favorecer la reducción de estímulos ambientales** Cerrar la puerta para bloquear los ruidos, la luz; cambiar luz nocturna.
- **Utilizar las señales de “no molestar” o “revisar en control de enfermería”**. Para proporcionar periodos de reposo o sueño interrumpido.
- **Ajustar la temperatura** a nivel de comodidad de la persona; proporcionar mantas adecuadas.
- Para el ruido ambiental intermitente, sugerir un radio o una cinta para el **sonido de fondo**.
- **Favorecer las medidas de seguridad a la hora de dormir**. La utilización de luces de noche, la cama en posición baja, el uso de barandales laterales, un timbre de llamada al alcance de la persona ayudan a conseguir este objetivo.
- **Evaluar en busca de medicamentos o drogas que pudieran afectar el sueño** (por ejemplo, fármacos que disminuyen la fase REM (movimientos oculares rápidos), estimulante, diuréticos mal programados que provoquen micciones frecuentes durante la noche). Los hipnóticos y barbitúricos disminuyen el sueño REM, aunque pueden aumentar el tiempo total del sueño, las anfetaminas y los antidepresivos disminuyen el sueño REM de forma anormal. La persona que está deshabiéndose a cualquiera de éstos fármacos duerme más en la fase REM de lo normal, y como consecuencia, puede tener pesadillas.
- **Reducir la ingesta de café, cafeína, alcohol**; eliminarlos después de la cena; eliminar o **reducir el tabaquismo**, ofrecer un catre o una cama para el familiar que duerme en la habitación. Las bebidas que contienen cafeína actúan como estimulantes del sistema nervioso central, por tanto interfieren con el sueño.
- **Alentar una buena nutrición**; un trago de leche antes de acostarse, alimentos proteicos. Se ha demostrado que el aumento o la reducción de peso interfieren con el sueño. Se cree que el aminoácido L-triptófano afecta el sueño, éste se encuentra en el queso fresco, la leche y el atún en conserva, puede inducir el sueño, lo que explica la costumbre de tomarse un vaso de leche tibia antes de dormir.

- **Proporcionar a la persona espacios de reposo o sueño ininterrumpidos** consolidando la atención, los tratamientos y los diagnósticos para ello. Se deben dejar por la noche por lo menos periodos seguidos de 90 min sin interrupciones.
- **Alentar el cumplimiento de las rutinas habituales** de la persona, al momento de acostarse, que favorezcan dormirse. La mayoría de las personas esta acostumbrada a ritos o rutinas antes de acostarse conducentes a la comodidad y a la relajación. Alterar o eliminar tales rutinas pueden afectar el sueño.
- **Favorecer momentos de tranquilidad antes de ir a la cama** en lugar de tener visitantes (por ejemplo, ver la TV, leer). Favorecer la actividad diaria y el ejercicio adecuado para el estado de salud. Las personas necesitan aprender a evitar un ejercicio físico excesivo y un estímulo mental excesivo tales como el trabajo o tratar los problemas familiares antes de la hora de acostarse, tal actividad prolonga la inducción al sueño. El ejercicio realizado 2 horas antes de acostarse, no obstante, puede favorecer el sueño por que contribuye a la fatiga física e invita al sueño.
- **Identificar las rutinas previas** respecto del sueño de la persona cuando dormía bien y tratar de igualarlas lo mejor posible (por ejemplo, idas al baño, higiene, bocadillos, música, colocación, hora de acostarse). La costumbre de dormir un periodo determinado y levantarse a la misma hora cada mañana es importante también para el establecimiento de un patrón sano de sueño.
- **Disminuir o eliminar las siestas durante el día.** Para conservar la fatiga y no alterar el sueño por las noches o la inversión del ciclo circadiano.
- **Favorecer la comodidad, seguridad y pertenencia** reduce el estrés y ayuda al descanso y sueño a través del uso de la almohada favorita, o de los juguetes afelpados de casa.
- **Proporcionar ropa de cama limpia y seca;** según se requiera estirar o arropar las esquinas. Las ropas sucias o húmedas pueden dar sensaciones desagradables al momento de dormir.
- **Ayudar con una buena alineación del cuerpo.** El alineamiento de las diferentes partes del cuerpo en una postura cómoda, las más similar posible a la posición anatómica, es la que impone menos estrés sobre los músculos y articulaciones y resulta más confortable para la persona.

- **Sugerir nuevas actividades para favorecer el sueño.** Técnicas simples de relajación como el rodamiento de espalda antes de acostarse, leche o bocado proteico antes de acostarse o utilizar hábitos bastante consistentes al momento de acostarse y despertar.

Ev

- Elizabeth duerme continuamente por la noche eliminando la alteración del patrón del sueño.

12. Dx Riesgo de aparición de nuevas úlceras por presión y falta de recuperación de la existente relacionada con paraplejia y monoplejia derecha secundaria a lesión medular.

ObP

- Mantener a Elizabeth libre de la aparición de nuevas úlceras por presión y sanar la existente.

ObE

- Reducir o eliminar el riesgo de aparición de nuevas úlceras por presión y presentar un proceso de recuperación efectivo de la ya existente.

RE

- Elizabeth se mantendrá sin aparición de nuevas úlceras por presión y se recuperará de la ya existente.

Intervenciones de enfermería

- **Comunicación.** Explicarle al familiar la importancia de la movilidad y la protección en puntos de presión para prevenir la aparición de úlceras de presión ya que son causadas por la deficiencia constante del flujo sanguíneo a los tejidos. La educación de la persona y su familia es otra estrategia eficaz para prevenir las úlceras de presión.
- **Identificar los factores causantes del problema** como los puntos de presión ósea, la falta de higiene, la hidratación reducida, la presencia de arrugas en la ropa de cama, etc. Identificándolos podemos evitarlos y prevenir el problema.

- **Llevar un registro diario de las características y evolución de las úlceras**, determinar la profundidad de la lesión, los puntos de presión ósea y la sensibilidad en la zona afectada. La valoración continua es esencial para prevenir las úlceras de presión. Toda interacción con la persona es una oportunidad para valorar los problemas en desarrollo.
- **Estar alerta a los síntomas** precoces de las úlceras por presión, especialmente sobre las prominencias óseas. Estos síntomas incluyen el enrojecimiento o palidez localizada, dolor, una sensación desagradable descrita frecuentemente como escozor, frialdad, y edema localizado. Llevar un registro de los cambios de color, textura, temperatura e hidratación de la piel, características que indican la evolución de las lesiones o el riesgo de infección. En las prominencias óseas que se someten a presión constante durante unas cuantas horas y luego se interrumpe, se observa enrojecimiento sin que ocurra daño duradero en los tejidos; la formación de ampollas en el área afectada muestra daño superficial, mientras que su coloración azul rojiza indica daño tisular profundo. La presión prolongada ocasiona ulceración de los tejidos, se infectan las grietas pequeñas de la epidermis y se dañan el tejido subcutáneo sensible y otros de ubicación profunda, en última instancia sobreviene la necrosis de los tejidos afectados.
- **Evitar la posibilidad de lesiones debido al uso de métodos de sujeción** y la presión en salientes óseas, las arrugas en la ropa de cama Shannon (1984) describe tres causas fundamentales para la formación de úlceras por decúbito: presión, fricción y fuerza de rozamiento. Normalmente, para que aparezca una úlcera por decúbito deben ocurrir dos causas.
- **Ayudar a la persona a reducir o corregir el problema** y promover una óptima cicatrización a través de la higiene, la hidratación, nutrición, la liberación de puntos de presión ósea, etc. Ayudar en el proceso natural de reparación del organismo evitando la infección y manteniendo un buen estado general de la persona. La atención meticulosa de enfermería en la higiene de la persona es otra estrategia para disminuir la incidencia de úlceras de presión. La piel de la persona debe mantenerse limpia y seca.

- **Manipulación adecuada del ambiente** a través del tendido de cama el proporcional una base lisa, firme y sin arrugas ayuda a disminuir la fricción.
- **Reducir la fricción.** Se puede reducir la fricción poniendo una capa fina de almidón de maíz en la sábana.
- **Planear y enseñar la rutina de cuidados de la piel que debe mantenerse limpia y seca.** La piel dañada debe ser protegida contra la maceración y la irritación por la orina y heces, sudor, secado incompleto después del baño, jabón, polvos y astringentes como el alcohol. Los astringentes constriñen los vasos sanguíneos e inhiben así el suministro de sangre y nutrientes esenciales a la piel. Los polvos deben aplicarse escasamente ya que la acumulación excesiva puede retener la humedad, producir grumos y agravar el problema.
- **Utilizar solo el jabón necesario y de bajo Ph.** Cuando se baña a la persona se debe evitar dar masaje a las prominencias óseas con jabón, los álcalis del jabón hacen que la piel se hinche, se seque y pierda sus aceites naturales. Además la exposición prolongada al jabón altera el Ph de la piel, una de sus barreras de defensa naturales.
- **Lubricar la piel después del baño.** Después de un baño las áreas secas de la piel se lubrican para prevenir las grietas. Los jabones grasos y los aceites se pueden utilizar.
- **Limpiar las heridas utilizando guantes y técnica estéril o limpia.** Lavar diariamente con agua y jabón la herida, secarla perfectamente son formas de ayudar al proceso de cicatrización y evitar una infección.
- **Aplicar apósitos de barrera** según se ordene favoreciendo la cicatrización y protegen contra las infecciones secundarias.
- **Aplicación de productos tópicos para promover la cicatrización y controlar la infección.** Productos que mantengan y proporcionen una superficie seca en contacto con la piel. Ejemplos de ellos son las bolas de Debrisan (esferas pequeñas, estériles y porosas que absorben rápidamente la humedad y el exudado), ungüentos de vitamina A y D, y ungüentos antibióticos tales como la neomicina (Neosporin) y la bacitricina de zinc (Polysporin).

- **Evitar la utilización de plásticos en contacto con la piel.** para evitar la humedad y el roce.
- **Contemplar la evaluación de la ingesta nutricional y proporcional enseñanza dietética** según se indique. La nutrición es primordial puesto que el proceso de curación impone grandes demandas a las reservas de nutrientes del cuerpo.
- **Proporcionar complementos nutricionales** según se requiera para promover la curación. Es importante la ingesta adecuada de proteínas, ya que éstas son el componente estructural principal de los tejidos, así mismo diversas vitaminas tienen funciones directas en la reparación espontánea de heridas y tejidos. Por ejemplo, la vitamina C afecta directamente a la producción normal y el mantenimiento de materiales como la colágena; también fortalece y promueve la formación de nuevos vasos sanguíneos
- **Favorecer la ingesta de líquidos** de 2 litros al día, a menos que esté contraindicado. La adecuada hidratación ayuda en el proceso de cicatrización y mantenimiento de la integridad de la piel.
- **Utilizar dispositivos de asistencia** (camas de agua, almohadillas de goma, de alpiste, etc.) según se indique para evitar las úlceras por presión. (ANEXO #4).
- **Evitar masaje sobre las prominencias óseas.** El masaje aumenta el daño a los tejidos en úlceras profundas que no son visibles al ojo. Las áreas de presión se masajean suavemente y sólo si no hay evidencias de daño en el tejido subyacente.
- **Favorecer la circulación sanguínea** a través de movimientos pasivos de los miembros pélvicos y torácicos, la circulación sanguínea es indispensable para el transporte de oxígeno, nutrientes, anticuerpos y muchas células inmunitarias al sitio lesionado, la sangre desempeña una función importante en la extracción de líquido tisular, bacterias, cuerpos extraños y desechos, que de otra manera interferirían en el proceso de cicatrización y curación.
- **Alineación corporal.** Cuanto menor sea el grado de movilidad, la autonomía para los cuidados personales y el nivel de energía, más necesario será un buen alineamiento corporal. La lordosis postural, la cifosis y la escoliosis causadas por malas posturas propician la aparición de dolores de cuello y de espalda, presión en salientes óseas

así como contracturas. Una buena alineación impone menos estrés sobre los músculos y articulaciones y resulta más confortante para la persona.

- **Cambio de posición cuando menos cada 2 horas**, dependiendo de la necesidad de la persona, aún cuando se utilice un colchón especial, de forma que el peso se apoye en otra superficie corporal. Normalmente pueden utilizarse 6 posturas corporales diferentes: prono, supino, decúbito lateral derecho o izquierdo y posiciones de Sims izquierda y derecha. Documentar la condición de la piel así como de la nueva posición, toda postura, correcta o incorrecta puede ser dañina si se mantiene por un periodo prolongado. Los cambios de postura frecuente ayudan a prevenir las molestias musculares, la presión indebida que resulta en úlceras por presión, el daño a los nervios y vasos sanguíneos superficiales y las contracturas. Los cambios posturales también mantienen el tono muscular y estimulan los reflejos posturales
- **Limpiar la piel inmediatamente después de las evacuaciones.** La orina o las heces tienen un efecto negativo en la integridad cutánea ya que causan humedad y rozamiento además de ser un factor de infección si está en contacto con las heridas.
- **Lavar el área perianal con jabón suave y agua tibia, enjuagar bien y secar completamente después** de cada episodio de incontinencia. Mantener el cuerpo limpio y seco contribuye a evitar la aparición de úlceras y evitar infecciones de la herida, si esta en contacto, e infecciones de tipo genitourinario.
- **Mantener la antibioticoterapia** según se ordene, evaluar y documentar la respuesta del tratamiento.

Ev

- Elizabeth redujo el riesgo de aparición de nuevas úlceras por presión y mantiene un proceso de recuperación efectivo de la ya existente.

13. Dx Depresión relacionada con sentirse asilada e insatisfecha con su propia vida manifestada por angustia, labilidad, llanto fácil y verbalización del problema.

ObP

- Mostrar a Elizabeth libre de signos de depresión y sin referir sentirse aislada.

ObE

- Reducir o eliminar la depresión.

RE

- Elizabeth reducirá o eliminará la depresión.

Intervenciones de enfermería

- **Concientización de la persona y la familia** sobre el estado emocional de la persona y las formas de ayuda para ella y su familia. La sensibilización de la familia es importante para que se pueda dar una mejor atención y de esta forma mantener un estado de salud adecuado.
- **Dar información clara.** La información debe ser de fácil comprensión y clara para que sea mejor aceptada por las personas pues si no lo hacemos de esta forma se pierde el interés y propiciamos desconocimiento.
- **Dar a conocer las maneras de prevención de accidentes** y otras enfermedades como la utilización de los barandales de la cama, el aseo diario, el secado e hidratación de la piel, la nutrición y alimentación balanceada, etc. La información a través de pláticas o el uso de distintos recursos didácticos facilita la comprensión del problema y la forma de solucionarlo, el dar a conocer las medidas de prevención ayudarán a disminuir la incidencia en estos problemas.
- **Mantener un contacto frecuente con la persona y escuchar sus quejas.** Es importante ayudar a mitigar el componente emocional, ansiedad o miedo, asociado. Cuando los pacientes no tienen la oportunidad de charlar sobre su preocupación y los miedos asociados, sus reacciones ante la ansiedad se pueden ver intensificadas.
- **Utilizar técnicas de distracción** como los ejercicios de relajación, imaginación dirigida, la conversación, escuchar música, etc. capacitando a la persona para reducir los datos que produce la ansiedad o el estrés, alivia el dolor de una contractura muscular, disocia a la persona del dolor y la ansiedad, obtiene beneficios máximos del reposo y los periodos de sueño, intensifica la eficacia de otras terapias y alivia la desesperanza y la depresión asociadas a la preocupación. **Los tres requisitos para relajarse son: una postura correcta, una mente en reposo, y un entorno tranquilo.**

- **Proporcionar estimulación cutánea.** La distracción aparta la ansiedad de la atención de la persona y disminuye la percepción del temor y la preocupación. En algunas ocasiones, la distracción puede hacer que el paciente reduzca la ansiedad. Algunas técnicas de distracción son la respiración rítmica lenta, masaje, cantar y dar palmas rítmicamente, escuchar activamente, imaginación dirigida.

Ev

- Elizabeth redujo la depresión y refiere ya no sentirse tan aislada.

14. Dx Angustia relacionada con presencia de secuelas neurológicas de larga duración y evolución manifestado por miedo al futuro.

ObP

- Reducir los sentimientos de angustia

ObE

- Reducir o eliminar la angustia

RE

- Elizabeth reducirá o eliminará la angustia y aprende a aceptar su nuevo rol.

Intervenciones de enfermería

- **Concientización de la persona y su familia** sobre el estado emocional y los procesos por donde pueden pasar en el transcurso de su enfermedad como el duelo anticipado. La sensibilización de la familia es importante para que se pueda dar una mejor atención al paciente lactante y de esta forma mantener un estado de salud adecuado.
- **Dar información clara.** La información debe ser de fácil comprensión y clara para que sea mejor aceptada por las personas pues si no lo hacemos de esta forma se pierde el interés y propiciamos desconocimiento.
- **Dar a conocer las maneras de prevención de accidentes y otras enfermedades** a través de la adecuada nutrición, alimentación, hidratación, el uso de barandales, las conversaciones frecuentes con la persona con la enfermedad, la utilización de distracciones, diversiones, etc. La información a través de pláticas o el uso de

distintos recursos didácticos facilita la comprensión del problema y la forma de solucionarlo, el dar a conocer las medidas de prevención ayudarán a disminuir la incidencia en estos problemas.

- **Mantener un contacto frecuente con el paciente y escuchar sus quejas.** Es importante ayudar a mitigar el componente emocional, ansiedad o miedo, asociado. Cuando las personas no tienen la oportunidad de charlar sobre su preocupación y los miedos asociados, sus reacciones ante la ansiedad se pueden ver intensificadas.
- **Utilizar técnicas de distracción** como la relajación, la imaginación dirigida, la respiración, la música, la conversación, las visitas familiares en lo posible, etc. Usarlas capacita a la persona para reducir los datos que produce la ansiedad o el estrés, alivia el dolor de una contractura muscular, disocia a la persona del dolor y la ansiedad, obtiene beneficios máximos del reposo y los periodos de sueño, intensifica la eficacia de otras terapias y alivia la desesperanza y la depresión asociadas a la preocupación. Los tres requisitos para relajarse son: una postura correcta, una mente en reposo, y un entorno tranquilo.
- **Proporcionar estimulación cutánea.** La distracción aparta la ansiedad de la atención de la persona y disminuye la percepción del temor y la preocupación. En algunas ocasiones, la distracción puede hacer que el paciente reduzca la ansiedad. Algunas técnicas de distracción son la respiración rítmica lenta, masaje, cantar y dar palmas rítmicamente, escuchar activamente, imaginación dirigida.

Ev

- Elizabeth redujo la angustia y acepta su nuevo rol.

15. Dx Riesgo de caídas de la cama relacionado con constantes movilizaciones, paresia generalizada y amaurosis bilateral secundaria a desmielinización de los nervios ópticos.

ObP

- Evitar caídas de la cama.

ObE

- Reducir o eliminar el riesgo de caídas de la cama.

RE

- Elizabeth reducirá el riesgo de caídas de la cama

Intervenciones de enfermería

- **Favorecer el conocimiento del personal de enfermería** sobre los riesgos potenciales para el desarrollo en la práctica clínica y los problemas frecuentes de enfermedades desmielinizantes como la Enfermedad de Devic. Informar de la condición de Elizabeth es esencial para que las intervenciones estén acompañadas de la protección adecuada.
- **Identificación de prácticas y conductas que aumentan el riesgo de lesión**, y su explicación a la persona y su familia así como sugerir alternativas. Las prácticas como el baño de esponja, aumentan el riesgo, explicar a su familia sobretodo de la utilización siempre de los barandales o de pedir ayuda para la movilización nos ayudarán a reducir el riesgo.
- **Proteger a la persona de riesgos** disminuyendo su amenaza con intervenciones que fortalezcan a la persona, debiliten o cambien el peligro o ambos. Fortalecer la fuerza, la energía son factores que pueden disminuir la amenaza y fortalecen a la persona.
- **Promover la buena nutrición e hidratación.** Para la utilización de la energía necesaria para tratar de colaborar en las movilizaciones.
- **Favorecer el ejercicio** según lo permita la condición, éste fortalece los músculos, ayudan a la fuerza, la tonicidad y evitar contracturas musculares y articulares.
- **Alentar el descanso y el sueño.** Para la preparación física de las movilizaciones y la reserva de energías.
- **Favorecer la comodidad de la persona.** La alineación de segmentos en cada movilización y cambios de posición ayudará a sentirse cómoda a la persona y tratar de moverse sola lo menos posible.
- **Alentar las técnicas de reducción de la ansiedad y el estrés.** Las técnicas de relajación, de respiración, la conversación ayudan a reducir la ansiedad y con eso la necesidad de moverse en busca de “algo” ante el sentimiento de inquietud.

- **Seguridad.** Utilizar barandales según se requiera, usar seguros en las ruedas de las camas, las sillas de ruedas, los carros, mantener la cama en una posición baja, ayudan en gran medida a evitar movimientos inesperados de los muebles en que nos apoyamos, y evitan o disminuyen en gran medida este riesgo.
- **Contestar las llamadas con prontitud.** Para no provocar ansia, inquietud y angustia que lleven a la persona a moverse o su familia al descuido.
- **Proporcionar una buena iluminación y los objetos personales al alcance.** La iluminación adecuada reduce los tropiezos y equivocaciones en la valoración o ejecución de cualquier intervención; por otro lado tener los objetos personales a la mano evita la movilización forzada para alcanzarlos.
- **Eliminar o reparar los peligros en el ambiente,** pasillos ordenados. Evitan tropiezos, obstáculos, etc.
- **Comunicación** de las intervenciones que se van a realizar evitan la ansiedad.
- **Alentar la movilidad, fuerza y estabilidad** óptimas a través de ejercicios, apoyos para la movilidad, etc. Se puede hacer uso de los ejercicios isotónicos o isométricos.
- **Favorecer el funcionamiento sensorial óptimo** mediante el uso de iluminación adecuada, luces de noche, reducción de sonidos extraños que puedan interferir con la comprensión de la comunicación. A través de la estimulación sensorial y de las intervenciones que ayudan al cuidador a elaborar los cuidados con claridad, firmeza y seguridad.
- **Utilizar sujeciones físicas sólo para proteger a la persona de una posible lesión.** En casos de inquietud extrema o de que la persona no pueda sostenerse sentado, por ejemplo.

Ev

- Elizabeth redujo el riesgo de caídas de la cama.

16. Dx Alteración de la autoconcepción relacionada con sedentarismo secundario a padecimiento neurológico desmielinizante e incapacitante manifestada por sentirse como una carga para su familia.

ObP

- Reducir en Elizabeth los sentimientos negativos,

ObE

- Reducir o eliminar la alteración de la autoconcepción.

RE

- Elizabeth reducirá o eliminará la alteración de la autoconcepción y reducirá los sentimientos negativos.

Intervenciones de enfermería

- **Concientización de las limitaciones.** La sensibilización de la familia y de la paciente respecto a sus limitaciones por su mejora en la salud es de gran importancia ya que esto permitirá una mejor organización y resolución del problema.
- **Búsqueda y asignación de actividades específicas.** La hará sentirse y ser útil beneficiara su estado de animo y así el mantenimiento de su estado de salud o bienestar.
- **Reconocimiento de las actividades que realiza.** El reconocimiento social es importante para que la persona no desarrolle patrones de baja autoestima y deteriore su salud.

Ev

- Elizabeth redujo la alteración de la autoconcepción y redujo el sentimiento negativo.

17. Dx Cansancio y fatiga física y mental del cuidador primario relacionado con falta de otro cuidador primario en la familia para la asistencia de Elizabeth, una persona con secuelas neurológicas de larga duración manifestado por verbalización del problema, aspecto físico de agotamiento y facies de tristeza y preocupación.

ObP

- Reducir en el cuidador primario el cansancio y la fatiga física y mental.

ObE

- Reducir o eliminar en el cuidador primario el cansancio físico y mental y buscar un rol con otros miembros de la familia para el cuidado de Elizabeth.

RE

- El cuidado será repartido en varios cuidadores primarios.

Intervenciones de enfermería

- **Concientización del problema.** El hablar del problema y dar una información clara nos ayudará a reducir la tensión, el estrés y con ello favorecer el descanso además de ayudar en la aceptación del problema de salud propio y de la persona a quien cuida.
- **Revisión de alternativas para la búsqueda de otro u otros cuidadores.** Favorecer y elaborar las posibilidades de encontrar otro miembro de la familia que lo auxilie y se puede elaborar un rol de tiempos para compartir los cuidados y dejar que el otro cuidador se repare física y mentalmente para realizar los cuidados.
- **Enseñanza y adiestramiento de cuidados claros** para Elizabeth. Una adecuada comunicación y enseñanza evitara desviaciones en la salud del cuidador y desviaciones en los cuidados que los hagas más difíciles, complicados o cansados.
- **Favorecer la nutrición e hidratación adecuada para el cuidador primario.** Para la conservación y adquisición de energía necesaria para la realización de los cuidados.
- **Favorecer el adecuado descanso y sueño para el cuidador primario.** Ayuda en la obtención de energía y el descanso físico y mental.
- **Utilizar técnicas de distracción** como la relajación, la imaginación dirigida, la respiración, la música, la conversación, las visitas familiares en lo posible, etc. Usarlas capacita a la persona, en este caso, el cuidador primario, para reducir los datos que produce la ansiedad o el estrés, alivia el dolor de una contractura muscular, disocia a la persona del dolor y la ansiedad, obtiene beneficios máximos del reposo y los periodos de sueño, intensifica la eficacia de otras terapias y alivia la desesperanza y la depresión asociadas a la preocupación. Los tres requisitos para relajarse son: una postura correcta, una mente en reposo, y un entorno tranquilo.
- **Mantener un contacto frecuente con el cuidador primario y escuchar sus quejas.** Es importante ayudar a mitigar el componente emocional, ansiedad o miedo, asociado con su problema. Cuando las personas no tienen la oportunidad de charlar

sobre su preocupación y los miedos asociados, sus reacciones ante la ansiedad se pueden ver intensificadas.

Ev

- El cuidador primario es rotado y reduce la fatiga y cansancio físico y mental.

18. Dx Riesgo de infección relacionado con inmunosupresión, medios invasivos de larga duración como el catéter venoso central, gastrostomía, sonda vesical y presencia de estoma traqueal y gástrico de larga duración secundario a paresia generalizada debido a lesión medular.

ObP

- Mantener a Elizabeth libre de infecciones.

ObE

- Reducir o eliminar en Elizabeth el riesgo de infecciones.

RE

- Elizabeth reducirá el riesgo y se mantendrá libre de infecciones.

Intervenciones de enfermería

- **Identificar los factores causantes** identificando el problema fundamental implicado para prevenir el problema. En este caso la utilización de múltiples medios invasivos de larga duración.
- **Juzgar si es necesario la permanencia de todos ellos y la posibilidad de eliminar o reducir el tiempo de alguno.**
- **Registrar los cambios** de color, textura, temperatura e hidratación de la piel, nos indican la evolución de la lesión o el riesgo de infección.
- **Higiene**, La atención meticulosa en la higiene de la persona es otra estrategia para disminuir el riesgo de infección
- **Ayudar en el proceso natural de reparación del organismo manteniendo la zona limpia y manteniendo un buen estado general de la persona.** La piel de la persona debe mantenerse limpia y seca. La piel dañada debe ser protegida contra la irritación, el sudor y con un secado completo después del baño con agua y jabón. Ya

que la humedad proporciona un medio favorable para la proliferación de microorganismos.

- **Usar técnicas de relajación y distracción.** Usarlas capacita a la persona para reducir la ansiedad que produce el dolor o el estrés, alivia el dolor de una contractura muscular, disocia a la persona del dolor, obtiene beneficios máximos del reposo y los periodos de sueño, intensifica la eficacia de otras terapias y alivia la desesperanza y la depresión asociadas al dolor.
- **Mantener a la persona en un adecuado estado nutricional.** Un estado nutricional adecuado ayuda a reforzar las defensas y disminuir el riesgo de infección.
- **Evitar las infecciones nosocomiales.** La fuente de microorganismos que causan infecciones nosocomiales pueden ser las propias personas (fuente endógena) o el ambiente y el personal hospitalario (fuentes exógenas). La mayoría de las infecciones aparecen por fuentes endógenas. La enfermedad debida a cualquier aspecto de la terapia médica es llamada iatrogénica. Las infecciones iatrogénicas son el resultado directo de un procedimiento terapéutico o diagnóstico.
- **Adoptar medidas de aislamiento** dependiendo del microorganismo causal, limitar las visitas cuando sea necesario, reducir la presencia de microorganismos de transmisión aérea, otro factor contribuyente es la presencia de muchas personas susceptibles, es decir, pacientes cuyas defensas normales han sido disminuidas por la cirugía o la enfermedad.
- **Lavado de manos** para proteger de microorganismos infecciosos, **lavarse las manos antes y después de todos los contactos** con esta y otros pacientes
- **Mantener una técnica aséptica para todos los instrumentos invasivos.** El usar técnicas antisépticas y precauciones estándar universales así como las normas para el manejo de secreciones reduce el riesgo de contagio e infección.
- **Medición y registro horario de signos vitales.** La infección se inicia con datos de hipertermia, hiperemia en la zona, salida de líquido purulento, edema, etc. Se presentan polipnea y taquicardia.

- **Limpieza por turno de estoma traqueal, gástrica.** Es necesario mantenerlos en lo posible limpio y secos para evitar una infección, de igual forma en la limpieza podemos darnos cuenta oportunamente del inicio de una infección.
- **Limpieza de genitales.** La higiene es fundamental para evitar infecciones en sitios específicos como el área genital.
- **Valoración de la estancia o retiro de la sonda vesical.** Mantener los aparatos de drenaje urinario por debajo del nivel de la vejiga o pinzarlo durante su traslado. Se valorará su estancia o retiro según necesidades o según la acción de riesgo-beneficio.
- Valoración de la integridad de la sonda de gastrostomía y vesical. Las fugas en las sondas pueden provocar infecciones.
- **Cambio de la sonda vesical cada 30 días** Los residuos acumulados dentro de la sonda pueden causar infección.
- Si el caso lo amerita, bajo prescripción médica se aplicará **antibioticoterapia**.
- **Administrar los antibióticos prescritos dentro de los 15 minutos de la hora programada** para asegurar el mantenimiento adecuado de los niveles terapéuticos (prevención de cepas o microorganismos resistentes).

Ev

- Elizabeth redujo el riesgo y se mantuvo libre de infecciones.

7.5 EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El PAE al ser evaluado debe tomar en cuenta el logro de los objetivos y los resultados esperados así como la funcionalidad de las intervenciones y la retroalimentación de la persona, su familia, el equipo multidisciplinario de salud incluyendo al personal enfermero, encargado del cuidado intrahospitalario. En la elaboración de este proceso se da cuenta de cada una de las etapas y de la forma de su elaboración para la proporción de un cuidado

especializado de alta calidad y con la calidez necesaria que caracterizan a las especialistas en Enfermería Neurológica y el cuidado integral.

Es así como este PAE cuenta con el logro de sus objetivos al encontrar que Elizabeth:

- Mantuvo un aporte respiratorio suficiente sin periodos de apnea, disminuyendo la angustia y la disnea realizando ejercicios para fortalecer los músculos que intervienen en la respiración, disminuyendo así la alteración en este proceso Realizando una o 2 respiraciones espontáneas por minuto y logra toser ligeramente.
- Mantuvo la limpieza de las vías aéreas sin obstáculos para su respiración.
- Disminuyó la angustia y fatiga relacionadas a la movilización frecuente y mantuvo un buen aporte respiratorio.
- Redujo el riesgo de broncoaspiración a través de la limpieza de las vías aéreas, movilizaciones frecuentes y ejercicios para el fortalecimiento de los músculos que intervienen en la expectoración.
- Mantuvo la hidratación, el equilibrio hidroelectrolítico y redujo el riesgo de éste a través del ejercitamiento y fortalecimiento de los músculos que intervienen en la deglución y la expectoración y presenta una ingesta diaria de 1 litro vía oral.
- No presentó dificultades o aumento del riesgo en el proceso de cicatrización.
- Redujo el riesgo y se mantuvo sin alteración del requerimiento nutricio logra una ingesta oral de alimentos de 30% de los alimentos preparados según su necesidad calórica, lo restante es vía gastrostomía.
- Eliminó el estreñimiento presentando un régimen diario de deposiciones, al menos de 1 al día.
- Redujo la espasticidad y la atrofia muscular y artrósica con la eliminación de la hipersensibilidad y el aumento la fuerza del miembro torácico izquierdo así como la reducción de la monoplejía y parestesia del miembro torácico derecho, de igual forma redujo la parestesia de los miembros pélvicos.
- Duerme continuamente por la noche eliminando la alteración del patrón del sueño y reduciendo la cefalea.
- Redujo el riesgo de aparición de nuevas úlceras por presión y mantiene un proceso de recuperación efectivo de la ya existente
- Disminuyó la depresión y refiere ya no sentirse tan aislada.

- Redujo la angustia aprendiendo a aceptar su nuevo rol.
- Mantiene un estado de ánimo optimista.
- No presentó de caídas de la cama y redujo dicho riesgo.
- Disminuyó la alteración de la autoconcepción y redujo el sentimiento negativo.
- Redujo el riesgo y se mantuvo libre de infecciones.
- El cuidador primario es rotado y reduce la fatiga y cansancio físico y mental a través de la elaboración y participación familiar de un rol para la asistencia y mantenimiento de una persona con secuelas neurológicas de larga duración.

El logro de los objetivos en su mayoría fueron alcanzados satisfactoriamente al igual que el objetivo general de este proceso que es el de mantener a Elizabeth cerca del mayor estado posible de bienestar dentro de su condición actual, así como una retroalimentación positiva con ella y su familia, en este sentido, es importante resaltar que la enfermera especialista es la encargada de fomentar en Elizabeth, su familia y el equipo enfermero y multidisciplinario la comunicación, la confianza, así como de ejercitar recomendaciones para un mayor bienestar y calidad de vida así como la mayor rehabilitación posible empero de las secuelas neurológicas instaladas y la integración a las actividades de la vida diaria. También se alcanzó el objetivo de aprendizaje y educación de nosotras mismas como estudiantes, con la familia de Elizabeth y con los profesionales de la salud involucrados en el cuidado intrahospitalario al verificar la funcionalidad y resultados de las intervenciones planeadas y ejecutadas en este PAE.

Es así como la sensibilización, la enseñanza, la educación, el adiestramiento y la transmisión de la información correcta y clara aunada al cuidado especializado, es la principal actividad de la enfermera neuróloga.

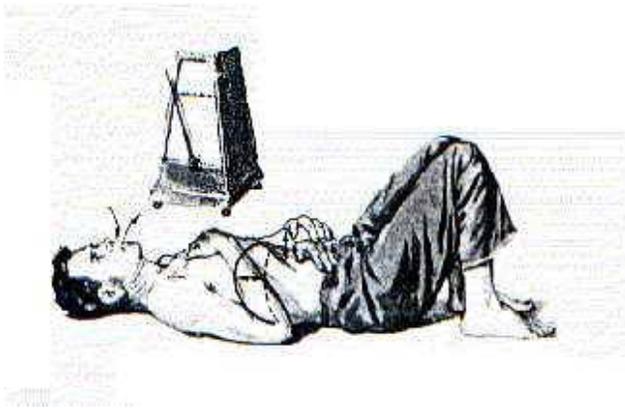
VIII. PLAN DE ALTA

El plan de alta para Elizabet se basa en la enseñanza y el adiestramiento del cuidador(es) primario(s) para los cuidados generales y especiales que requiere para la vida diaria en su hogar, sin embargo, la condición actual no vislumbra un egreso hospitalario pronto sino la estancia prolongada en el ámbito intrahospitalario. Este último requiere de la constante evaluación de las intervenciones y la aplicación de nuevas para el logro de los objetivos.

En este plan de alta se utilizan medios para el adiestramiento del cuidador y el intercambio de conocimientos para el seguimiento del cuidado en el equipo de enfermería.

- I Ejercicios para fortalecer los músculos que intervienen en la respiración, expectoración y deglución.

Ejercicio 1: Respiración abdominal básica



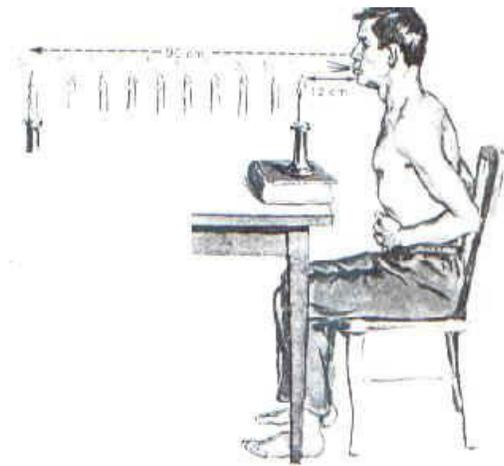
Tenderse de espaldas, con piernas extendidas, una mano en el pecho y la otra en el abdomen, con el pulgar en el ombligo o justo debajo de él. Inhalar profundamente por la nariz dejando que el abdomen se expanda por completo, tal como se nota con la mano. El tórax se mantiene estacionario. Exhalar lentamente con los labios fruncidos, mientras el abdomen se encoge hacia dentro ayudado por la presión de la mano. Practicar durante 3 minutos por la mañana y por la tarde y, cuando se domine, sin la ayuda de las manos.

Practicar también durante 3 minutos sobre cada lado, con las piernas extendidas hacia arriba.

Ejercicio 2: Con peso abdominal

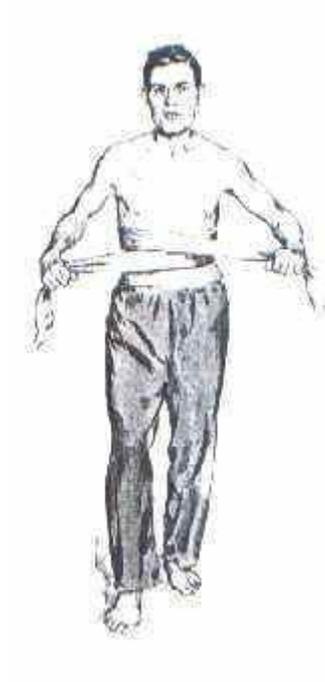
Levantar el pie de la cama unos 40 cm. y colocar sobre el abdomen un peso aproximado de 0,5 Kg. (bolsa de arena, de agua caliente o libros). Practicar la respiración básica como en 1, empujando el abdomen contra el peso al espirar, durante 5 o 10 minutos y añadir 0,25 Kg. cada 3 días hasta llegar a 2,5 Kg. Cuando se haga fácilmente, prolongar gradualmente el tiempo de ejercicio hasta los 10 minutos.

Ejercicio 3: Soplar velas



Colocar sobre la mesa una vela encendida, con la llama al nivel de la boca y a unos 12 cm. de distancia. Soplar suavemente con los labios fruncidos utilizando la respiración abdominal como en 1, inclinando la llama, pero sin apagarla. Practicar durante 3 minutos al irse a acostar, aumentando la distancia en 8 o 10 cm. cada noche hasta llegar a 1 metro. Luego, practicar en pie con la llama a la altura de la boca.

Ejercicio 4: Expansión y constricción de las costillas inferiores



Rodear las costillas inferiores con una tira de tela de 1,5 metros de longitud, con los extremos cruzados. Practicar la respiración básica aflojando la tira al inhalar y apretándola firmemente al espirar. Practicar sentado, luego de pie y finalmente caminando por la habitación. Avanzar un paso durante la inhalación y dos en la espiración. Repetir hasta que puedan efectuarse los movimientos del tórax sin la tira de tela y sin pensarlo.

Estimulación deglución y alimentación.

El control postural. Para considerar que tenemos un buen posicionamiento debemos estar con los pies apoyados en el suelo, la carga repartida entre ambos glúteos y con una alineación pélvica con respecto al tronco - hombros - cuello - cabeza.

La silla debe tener un respaldo y un asiento rígidos.

Estimulación facial para la alimentación:

- La cabeza del paciente ligeramente flexionada hacia delante
- Con una gasa o toallita seca estirar los músculos para cerrar los labios (repetir 5 veces)
- De debajo del ojo hacia el lado superior
- De la parte alta de la mejilla hacia la comisura de los labios

- De delante del lóbulo de la oreja hacia la comisura de los labios
- Elevación de la barbilla

Estimulación del buccinador:

- Cepillo o gasa, estirar el labio superior desde la base de la nariz hacia el labio superior.
- Repetir el mismo movimiento un poco más cerca de la comisura de los labios
- Desde la barbilla hasta el labio inferior
- El orden sería: labio superior izquierdo, inferior izquierdo, superior derecho e inferior derecho.

Estimulación de las encías y los dientes:

- Con una gasa o cepillo presionar sobre las encías. Empezar por la inferior
- Deslizar la gasa SIN TOCAR LA ENCIA por la parte inferior y luego la superior
- Estimular la lengua pasando la gasa por ella y luego el paladar.
- NO FORZAR

Tratamiento para la predeglución:

- Comenzaremos desensibilizando la cara y la boca. El Terapeuta colocará sus dedos de tal forma que se alargará la comisura nariz - boca.
- Para desensibilizar la boca, masajearemos las encías con el dedo índice recorriéndolas desde los incisivos a los molares.
- Acto seguido, realizaremos un movimiento circular en el interior de los carrillos y sacaremos el dedo de la boca suavemente. Este proceso se repetirá tres veces.

Facilitar el sellado labial:

- Haremos al paciente que silbe, que tire besos, que esconda los labios mientras sujeta entre los mismos nuestro dedo.
- Con la boca cerrada, el paciente intentará seguir con la lengua el movimiento que nuestro dedo irá realizando por la piel de los mejillas y la barbilla.
- Otro ejercicio útil puede ser realizar desplazamientos con una paleta en un espacio comprendido entre los carrillos y las encías.

Facilitar la masticación:

- Se practicará con trozos grandes de alimento, por ejemplo frutas o galletas, con lo que se facilitará el movimiento del maxilar.
- La formación del bolo se puede promover con muchos de los ejercicios citados, ya que son facilitadores de dicho paso.

Tratamiento de la deglución:

- Iniciar con ejercicios de presa y succión de una gasa humedecida con caldo o zumo. Para ello, se sujetará la gasa entre la porción ventanal de la lengua y los alvéolos de los incisivos superiores e inferiores. La lengua deberá quedar oculta tras los dientes y se ejercitarán sus movimientos de distal a proximal con los sonidos: t, g, d, k.
 - No se debe hiperestimular
 - Nunca introducir toda la cuchara en la boca, ni apoyarla en los dientes para vaciarla.
 - Para estimular el reflejo de deglución, se dan poco a poco probaditas de comida, primero molida y según vaya tolerando se dará más consistente, picada, etc.
- II Llevar un control de líquidos y estimular la ingesta vía oral.

Se mide y revisa si orina aproximadamente la misma cantidad de líquidos que consume.

Revisar que cuando lllore si le salgan lagrimas.

Revisar que la boca y los labios no estén secos.

Proporcionar alimentos que le guste y en presentación atractiva.

Tener un ambiente agradable para comer.

Vigilar que defecue.

Acompañarla en la comida, platicar con ella y estimular su apetito.

➤ III Elaboración de dieta equilibrada alta en proteínas, carbohidratos y fibra.

Consultar con su nutriólogo los alimentos permitidos y los recomendados para ella y presentarlos de forma atractiva y variada.

➤ IV Elaboración de un plan de estimulación para la formación de hábitos de eliminación diaria.

Estimular con masaje a marco cólico durante 20 min, esto hacerlo 15 minutos después de cada comida.

Recordar dar fibra en las comidas.

Llevarla al sanitario o darle posición para defecar todos los días a una misma hora.

Hacer estimulación con el dedo enguantado y lubricado alrededor del ano.

Verificar que tome suficiente agua durante el día.

Propiciar un ambiente agradable y que ella se sienta cómoda para defecar.

➤ V Elaboración de un plan de ejercicios asistidos

1- Colocar un paño caliente 15 minutos previos al movimiento en la articulación a mover.

2- Mover los dedos uno por uno poco a poco como abriendo y cerrando la mano 10 veces cada articulación de cada mano.

3- Mover la muñeca en forma circular 10 veces al lado derecho y 10 al lado izquierdo cada una.

4- Mover al brazo como doblándolo sosteniendo el codo 10 veces cada brazo.

5- Levantar el brazo completo haciendo circulas y sosteniendo con la otra mano el hombro 10 veces cada brazo.

- 6- Mover la cabeza sosteniendo el cuello 10 veces hacia el lado izquierdo y 10 hacia el derecho.
- 7- Mover la cabeza hacia delante y hacia atrás 10 veces.
- 8- Mover los dedos de los pies en forma circular 10 veces cada dedo.
- 9- Mover el pie en forma circular 10 veces a la derecha y 10 a la izquierda.
- 10- Doblar la pierna 10 veces sosteniendo la rodilla.
- 11- Levantar la pierna 10 veces sosteniendo la rodilla.
- 12- Estimular todo el cuerpo de arriba hacia abajo para relajar los músculos con masaje.
- 13- Estimular todo el cuerpo con texturas diversas de abajo hacia arriba para estimular el músculo y la sensibilidad.

➤ VI Reforzamiento constante de la autoestima y la implicación de Elizabeth en actividades recreativas dentro de sus potencialidades.

Platicar con ella, escucharla y hacer que se sienta apoyada en todo momento.

Cantar, leerle cuentos, amasar plastilina o masa de pan, pasear en el parque, etc.

Integrar a Elizabeth a las actividades de la familia.

➤ VII Elaboración de un rol para el cuidado compartido

Según capacidades y actividades de cada miembro de la familia y estimularlos para que todos se involucren.

➤ VIII Elaboración de un plan de cuidados para los estomas y mantenimiento de los medios invasivos.

- 1 Lavar diario el estoma traqueal con solución antiséptica
- 2 Enjuagar y secar bien
- 3 Colocar gasas alrededor para evitar laceración y secar el posible sudor periestomal.
- 4 Vigilar que el estoma traqueal no presente alrededor enrojecimiento, que se sienta muy caliente, que presente pus o secreción verde o de mal olor.
- 5 Lavar diario el estoma gástrico con solución antiséptica
- 6 Enjuagar y secar bien

- 7 Colocar gasas alrededor para evitar laceración y secar el posible sudor periestomal.
- 8 Vigilar que el estoma gástrico no presente alrededor enrojecimiento, que se sienta muy caliente, que presente pus o secreción verde o de mal olor.
- 9 Aseo diario de genitales
- 10 Vigilar que no presente fluido blanquecino o café o fétido.
- 11 Observar que la sonda vesical no se doble.
- 12 Verificar que la sonda vesical no se suba mas arriba de la cintura de Elizabeth con la pinza abierta.
- 13 Llevar un registro de los días que lleva de estancia y acudir al centro para el recambio cada 3 meses.
- 14 Corroborar que dentro de la sonda vesical no se veas sedimentos o sangre.
- 15 Tener cuidado de no jalarla.
- 16 Mantenerla fija en una pierna para que no se jale,

IX. CONCLUSIONES

Hasta el momento del término de este estudio de caso, Elizabeth se encuentra en mejoría general, con las siguientes condiciones:

Realiza respiraciones espontáneas mas frecuentes, disminuyó la disnea y la angustia relacionada a este requisito, se encuentra en un estado óptimo de hidratación y nutrición y cada día mejora su aspecto y mantiene su peso, refiere un régimen de deposiciones diario y sin tanto esfuerzo, presenta buen proceso de cicatrización en las úlceras por presión, redujo la espasticidad logrando mover miembros torácicos y pélvicos, en proporción 2/5, redujo la hipersensibilidad, tolerando mejor los cambios frecuentes de posición, duerme mejor y vive con optimismo, es decir, la depresión va en reducción gradual, no presenta caídas ni infecciones y con un rol de cuidadores en la familia reduciendo la fatiga y el cansancio físico y mental del cuidador primario.

Se realiza la intercomunicación interdisciplinaria y dentro del área de enfermería para darle un seguimiento al cuidado y la asistencia de Elizabeth y su familia, ya que de ello depende el mantenimiento de la calidad de vida para ambas partes, de igual forma se sigue este proceso pues como ya sabemos, es dinámico y cíclico, siempre se puede corregir, hacer mejores y nuevas intervenciones dependiendo de las necesidades y requerimientos de Elizabeth, su familia y la profesión enfermera.

Gracias a la elaboración de este estudio de caso la Especialista en Enfermería Neurológica puede contar con una herramienta metodológica clara y precisa para la atención y el cuidado de las personas con riesgo y/o daño neurológico. Este cuidado especializado se va formando con el fundamento teórico obteniendo así la experiencia que se expresa de mayor calidad y relevancia dentro del campo de la enfermería para el fomento de nuevos especialistas y la estimulación de la educación continua, la actualización y la certificación; de la misma forma nos compromete a la elaboración de investigaciones, docencia, asistencia y administración de los cuidados especializados además de la opción a la publicación y utilización del material de los nuevos estudiantes interesados en ésta área.

Sin lugar a dudas, la elaboración de un estudio de caso ayuda al desarrollo y crecimiento del profesional de enfermería ya que cuenta con objetivos claros y precisos para proporcionar una mejor calidad de vida y preservar un estado de máximo bienestar, con fomento interdisciplinario del aprendizaje y la retroalimentación así como la superación personal.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Kozier, B; et al. (1993). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ªed. México: McGraw-Hill, Interamericana Tomo 1.
2. Wolff, L. y Kuhn, T.B. (1998). Fundamentos de Enfermería. 4ª ed. Filadelpia.
3. Colliere, M. (1993). Promover la vida. Madrid, España: McGraw-Hill.
4. Wesley, R. Et al (1997). Teoría y Modelos de Enfermería. 2ª ed. D. F. México: McGraw-Hill, Interamericana.
5. Kerouac, S; et al. (1996). El Pensamiento Enfermero. Barcelona, España: Masson
6. Mariner, T.A.. y Raile, A.M. (2002) Modelos y Teorías de Enfermería, 5ª ed., Madrid; España: Mosby
7. López, A. R. (1993). Manual de procedimientos básicos de enfermería. 3ª Ed. D. F.; México: DEM.
8. Tortora, J.G. (1997). Principios de anatomía y fisiología. México: HARLA.
9. Marriner, A.; R. N. Y Ph.D. (1983). El proceso de atención de enfermería. Un enfoque científico. D.F.; México: Manual Moderno.
10. Rodríguez, C.R y colaboradores. (1999), Vademécum Académico de Medicamentos, D. F.; México: UNAM.
11. Martin, T. S. Et al , (1997). Normas del cuidado de pacientes. Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta., Madrid; España: Harcourt Brace.
12. Rosenstein, S. E. (2001). Diccionario de especialidades farmacéuticas PLM.; México: Thomson.
13. <http://www.revneurolog.org>
14. <http://www.medlineplus/>
15. Snell, S. R. (1997). Neuroanatomía clínica, Madrid; España: Editorial Médica Panamericana
16. <http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/43>
17. Conferencia "Surgimiento y Desarrollo de los estudios de Posgrado en la ENEO" impartida por la Maestra Rosa Amarillis Zárate Grajales, Jefa de la División de Estudios de Posgrado ENEO-UNAM. 2006

18. Reglamento General de Estudios de posgrado de la UNAM. Título 1. Capítulo único. *Disposiciones generales.*
19. Cárdenas, J. M; Et al. (2004) Curso de Inducción, Plan de Especialización en Enfermería, Material Didáctico; México; D. F.: División de Estudios de Posgrado. UNAM.
20. Atkinson, D. L. y Murria, M. E. (1997) GUÍA CLÍNICA PARA LA PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS, Datos y Diagnósticos, D. F.; México: McGraw-Hill Interamericana.
21. Alspach, J. G. (Et al) (2000) Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto, D. F.; México: McGraw-Hill Interamericana.
22. <http://es.geocities.com/simplex59/fisioterapia.html>
- 23 http://www.alfa1.org/info_alfa1_enfermedad_pulmonar_rehab_pul_relajacion.htm
- 24http://www.alfa1.org/info_alfa1_enfermedad_pulmonar_rehab_pul_drenaje_postural.htm
- 25http://www.alfa1.org/info_alfa1_enfermedad_pulmonar_rehab_pul_drenaje_postural.htm
- 26 http://www.alfa1.org/info_alfa1_enfermedad_pulmonar_rehab_pul_ejer_resp.htm

ANEXOS

ANEXO #1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mexico D.F. a 28 de Agosto del 2006.

A través de este conducto manifiesto mi conformidad para la realización de un estudio de caso con el conocimiento de que no existen riesgos para la salud de Elizabeth con el objetivo de contribuir para el desarrollo profesional enfermero y como instrumentos para una atención sanitaria de calidad, teniendo en cuenta una serie de derechos y obligaciones que emanan de la legislación atendiendo los principios éticos básicos del ejercicio profesional enfermero y todo ello porque la relación que se establece entre enfermera/usuario, a nivel individual o integrado en el equipo de salud, en una relación terapéutica que exige de la enfermera profesional un comportamiento práctico moral. Se utilizará la confidencialidad; el derecho a la intimidad; el secreto profesional, el respeto a la dignidad humana sin prejuicios; la defensa de la intimidad; y la aceptación de la responsabilidad propia sobre las actuaciones, de igual forma se proporcionará toda la información que requieran.

Las observaciones, entrevistas, exploraciones y valoraciones necesarias se realizarán dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez.

Hortensia Sánchez Rodríguez

Nombre y firma de quien autoriza

Mamá

Parentesco

Romero Rojas Mitz 

Nombre y firma de quien realiza el estudio de caso.

Estudiante del Posgrado en
Grado Enfermería Neurológica

Jesus Perez 

Nombre y firma de Testigo #1

Nombre y firma de testigo #2



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETICIA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA NEUROLOGICA**



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA NEUROLOGICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN
 Nombre: _____ Edad _____ Sexo M F Estado civil _____ Religión _____ Escolaridad _____ # de integrantes _____
 Ocupación anterior _____ Ocupación actual _____
 Domicilio _____ Teléfono _____
 en la familia _____ Dx. médico _____ Tx médico actual _____
 Motivo de consulta _____ Derecho a algun servicio de salud SI () NO () ¿Cuál? _____
 Persona responsable _____ Edad: _____ Parentesco _____

| Desviaciones de la salud | |
|---|-------|
| Factores de riesgo | SI No |
| Hipercolesterolémia | |
| Obesidad | |
| Sedentarismo | |
| Diabetes mellitus | |
| Hipertensión arterial | |
| Consumo excesivo de sal | |
| Consumo de drogas | |
| Anticonceptivos orales | |
| Traumatismo Craneoencefálico | |
| Cuadros gripales (reciente) | |
| Infecciones gastrointestinales (reciente) | |

| Desviaciones de la salud | |
|------------------------------|------------|
| Antecedentes familiares | Parentesco |
| Diabetes mellitus | |
| Obesidad | |
| Hipertensión | |
| Cardiopatía | |
| Enfermedad Vascular Cerebral | |
| Cancer | |
| Migraña | |
| Epilepsia | |

Totalmente compensatorio _____
 Parcialmente Compensatorio _____
 de apoyo o educación _____

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

TOTALMENTE COMPENSATORIO : La enfermera realiza el principal papel, el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos auto cuidado
PARCIALMENTE COMPENSATORIO: La enfermera participa implicando al paciente en su propio cuidado
DE APOYO O EDUCACIÓN: El paciente es capaz de realizar auto cuidado

Nota: En cada requisito se determinara el Sistema de Enfermería para la planeación del cuidados

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Totamente compensatorio _____
 Parcialmente Compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

¿Cuando realiza sus actividades cotidianas lo hace sin fatigarse?: Si () No ()

¿Cómo considera que son sus actividades cotidianas?: Sedentaria () Activa ()

¿Usted fuma? Si () No () ¿cuantos cigarrillos al día? _____ ¿Convive con fumadores? Si () No ()

| Presenta: | SI | NO |
|-----------------------|----|----|
| Anosmia | | |
| Tabique desviado | | |
| Rinorrea | | |
| Obstrucción nasal | | |
| Disnea | | |
| Disnea de esfuerzo | | |
| Disnea paroxística | | |
| Ortopnea | | |
| Respiración sibilante | | |
| Alergias | | |
| Tos seca | | |
| Tos productiva | | |
| Hemoptisis | | |
| Expectoración | | |
| Espasmo bronqueal | | |
| Murmullo o Soplo | | |
| Ronquido | | |

FC _____ x' FR _____ x' TA _____ Nivel de conciencia _____

Pupilas _____ Glasgow _____

| Signos de respiración patológica: | SI | NO |
|-----------------------------------|----|----|
| Cheyne stokes | | |
| Neurogenica | | |
| Apneútica | | |
| Cuse Maul | | |
| Ataxica | | |

Fecha y resultado de la última radiografía de tórax: _____

Fecha: / / _____



Observaciones: _____

| Coloración de piel | SI | NO |
|--------------------|----|----|
| Normal | | |
| Palidez | | |
| Cianosis | | |
| rubicundez | | |
| Otros | | |

| LABORATORIOS | | Valores normales |
|------------------|-----------|------------------|
| GASES ARTERIALES | Resultado | |
| SAO ₂ | | 93 - 100 |
| pH | | 7.35 - 7.45 mmHg |
| PO ₂ | | 60 - 80 mmHg |
| CO ₂ | | 28 - 32 mmHg |
| Exe. B | | -2 +5 mmHg |
| Def. B | | -2 +5 mmHg |
| HCO ₂ | | 18 - 22 mmHg |

Sa O2 _____ % PVC _____ PIC _____ Apoyo Ventilatorio: Ninguno () Puntas nasales () Mascanilla (Ventilador ()

Traqueostomía () Aspiración de secreciones por: _____ Características de secreciones _____

Tipo de Catéter _____ Línea Arterial _____ Medicamentos y soluciones _____ 2

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

| | |
|----------------------------|-------|
| Totamente compensatorio | _____ |
| Parcialmente Compensatorio | _____ |
| De apoyo o educación | _____ |

Ha perdido peso últimamente: Si () No () Ha ganado peso últimamente: Si () No ()
 Tiene restricción de líquidos: Si () No () Causa: _____ Bebe agua: Potable () Hervida ()
 Ingesta de líquidos habitual (Cantidad y tipo): _____

| PIEL Y MUCOSAS | | SI | NO |
|---------------------|--|----|----|
| Presenta | | | |
| Mucosas Secas | | | |
| Mucosas hidratadas | | | |
| Edema | | | |
| Piel hidratada | | | |
| Piel tibia al tacto | | | |
| Piel fría al tacto | | | |

| LABORATORIOS | | |
|----------------------|-----------|-------------------|
| ELECTROLITOS SERICOS | Resultado | Valores normales |
| Cl | | 135-145 mmol/L |
| Na | | 98-106 mmol/L |
| K | | 3.5-4.5 mmol/L |
| Calcio | | 1.2 - 1.32 mmol/L |
| ALT Glutámica | | 10 - 42 UI / l |

| Medicamentos y soluciones: | |
|----------------------------|-------|
| a) | _____ |
| b) | _____ |
| c) | _____ |
| d) | _____ |

Observaciones

| | |
|----------------------------|-------|
| Totamente compensatorio | _____ |
| Parcialmente Compensatorio | _____ |
| De apoyo o educación | _____ |

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Tipo de alimentación: Enteral () Parenteral () Via: Sonda Nasogastrica () Gastrostomia () Otra _____
 La persona se alimenta solo () Con ayuda () Tipo de dieta que consume: Normal () Especial ()
 ¿Como es su apetito? Bueno () Regular () Deficiente () Nulo () Cuántas comidas realiza al día: _____
 ¿Cuántas veces a la semana consume? Carnes () Harinas () Verduras () Frutas () Lácteos ()
 ¿Como prepara sus alimentos? Fritos () Hervidos () Asados () Otros _____

Preferencias alimenticias: _____ Desagradados alimenticios: _____

Consumo suplementos alimenticios Si () No () Cuál? _____ Total de la ingesta _____

Peso: _____ Kg Talla _____ Cm

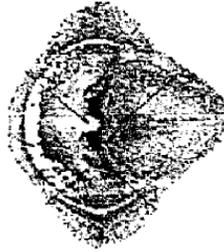
| Presenta | SI | NO |
|------------------------------|----|----|
| Alteraciones del gusto | | |
| Lesiones o úlcera en la boca | | |
| Dificultad para masticar | | |
| Dificultad para deglutar | | |
| Caries | | |
| Prótesis dental | | |
| Infección bucal | | |
| Dolor de garganta | | |
| Nauseas | | |
| Vómito | | |
| Cambio de apetito | | |
| Dolor abdominal o intestinal | | |

| Presenta | SI | NO |
|-----------------------------|----|----|
| Parálisis facial central | | |
| Parálisis facial periférica | | |
| Úlcera gástrica | | |
| Intolerancia alimenticia | | |
| Polidipsia | | |
| Polidipsia | | |
| Indigestión | | |
| Flatulencias | | |
| Acidez estomacal | | |

| Masa corporal: | SI |
|----------------|----|
| Peso ideal | |
| Sobrepeso | |
| Obesidad | |

Observaciones

Características de la Boca



Sensibilidad de lengua _____
 Fuerza de lengua _____
 Reflejo nauseoso _____
 Paladar blanco _____
 Uvula _____

Sensibilidad de la cara

Derecho

I. _____
 II. _____
 III. _____

Izquierdo

I. _____
 II. _____
 III. _____

| LABORATORIOS | Resultados | Valores normales |
|-----------------------|------------|------------------|
| Triglicéridos | | 70-200mg/dl |
| Bilirrubina Directa | | 0.0-4mg/dl |
| Bilirrubina Indirecta | | 0.0-1.1mg/dl |
| Colesterol | | 80-200mg/dl |
| Glucosa | | 36-115mg% |
| Urea | | 20-40mg% |
| Creatinina | | 0.8-1.5mg% |
| Acido urico | | 2.1-7.4mg% |
| Proteínas totales | | 6.3-8.2gr/dl |

IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

| |
|--|
| Totalmente compensatorio _____ Parcialmente Compensatorio _____ De apoyo o educación _____ |
|--|

MICCIONES

¿Cuántas veces orina al día? _____

Orina: Color _____

Olor _____

Cantidad _____

| presenta | SI | NO |
|------------------------------------|----|----|
| Disuria | | |
| Polaquiuria | | |
| Poliuria | | |
| Oliguria | | |
| Nicturia | | |
| Hematuria | | |
| Dificultad para iniciar la micción | | |
| Infección de Vías Urinarias | | |
| Incontinencia | | |

EVACUACIONES

¿Cuántas veces defeca al día? _____

Heces: Color _____

Olor _____

Consistencia _____

Presencia de sangre _____

Presencia de moco _____

| Presenta | SI | NO |
|-------------------------------------|----|----|
| Ardor al defecar | | |
| Dolor al defecar | | |
| Evacuaciones diarreicas | | |
| Hemorroides | | |
| Prurito | | |
| Disminución de ruidos peristálticos | | |

Valoración en sexo femenino

Antecedentes ginecoobstétricos

IVSA: _____

Fecha de última menstruación: _____

Gesta: _____ P: _____ A: _____

C: _____

Autoexploración mamaria: _____

Si () No () Fecha: _____

Citología vaginal: Si () No ()

Fecha: _____

Mastografía: Si () No ()

Fecha: _____

LABORATORIOS

| Examen General de Orina | Resultado | Valores normales |
|-------------------------|-----------|------------------|
| Densidad | | 1.025 |
| PH | | 5.0 - 7.0 |
| Leucocitos | | Negativo |
| Glucosa | | Negativo |
| Proteínas | | Negativo |
| Cristales | | Negativo |
| Bacterias | | Negativo |

Drenajes

| | Fecha de instalación | Fecha de curación | Perdida insensible | Balance |
|-----------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|---------|
| Verticilostomía corta | | | | |
| Drenaje de lecho quirúrgico | | | | |
| Drenaje subdural | | | | |
| Drenaje epidural | | | | |
| Sonda nasogástrica | | | | |
| Verticilostomía larga | | | | |
| Sello de agua | | | | |
| Sonda Foley | | | | |

V. *Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo*

| | |
|----------------------------|-------|
| Totamente compensatorio | _____ |
| Parcialmente Compensatorio | _____ |
| De apoyo o educación | _____ |

Problemas para movilizarse: Si () No () Ejercicios de movilización Si () No ()

¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si () No () ¿Cuántas horas duerme?: _____ ¿Se cansa al moverse?: Si () No ()

¿Sufre de estrés?: Si () No () ¿Cuántas horas duerme?: _____ ¿Utiliza de algún remedio para dormir?: Si () No () ¿Cuál?: _____

¿Requiere ayuda para movilizarse? Si () No () ¿Cuál?: Bastón () Andadera () Silla de ruedas () Muletas ()

| Presenta | SI | NO |
|-------------------------------|----|----|
| Articulaciones dolorosas | | |
| Deformación de articulaciones | | |
| Espasmos musculares | | |
| Monoplejía | | |
| Hemiplejía | | |
| Cuadriplejía | | |
| Monoparesia | | |
| Hemiparesia | | |
| Cuadriparesia | | |
| Tembler | | |
| Calambres | | |
| Actividad motora | | |

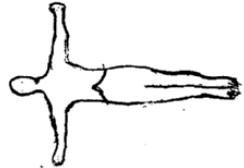
| Presenta | SI | NO |
|----------------------------|----|----|
| Dolor de cabeza | | |
| Vértigo | | |
| Crisis convulsiones | | |
| Alteraciones de la memoria | | |
| Alteraciones de sueño | | |
| Atrofia muscular | | |
| Buena postura | | |
| Espasticidad | | |
| Marcha atáxica | | |
| Marcha cerebelosa | | |
| Marcha jacksoniana | | |

Observaciones

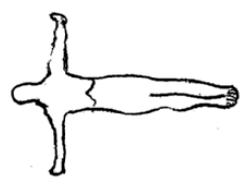
Reflejos patológicos

| | SI | NO |
|---------------|----|----|
| Babinsky | | |
| Brudzinsky | | |
| Kerning | | |
| Hiperreflexia | | |
| Hiporreflexia | | |

Sensibilidad y Reflejos



Fuerza / /



Reflejos Sensibilidad

+ + + +

→ ↓ → ↓

Reflejos Se. sibilidad

+ + + +

→ ↓ → ↓



Expresión facial

Presentes +

Ausentes X

Frente ()

Nariz ()

Boca ()

VI. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social

| |
|----------------------------------|
| Totalmente compensatorio _____ |
| Parcialmente Compensatorio _____ |
| De apoyo o educación _____ |

¿Trabaja?: Si () No () ¿Con quién convive?: Solo () Familia () Hijos () Pareja () Padres ()

¿Descripción de las relaciones en el núcleo familiar?: Buena () Mala () Regular () nula ()

Papel que desempeña en el hogar: _____ Cómo se siente en relación con su trabajo?: Satisfecho () Valorado () Satisfecho ()

| INTERACCIÓN SOCIAL | SI | NO |
|--|----|----|
| Le satisface el rol que desempeña en el hogar | | |
| Se ha visto afectado su rol que desempeña por su padecimiento | | |
| Se siente satisfecho con su propia vida | | |
| Siente ansiedad o temor de estar solo o con otras personas | | |
| Tiene facilidad para comunicarse con los demás | | |
| Tiene facilidad para relacionarse con otras personas | | |
| Su familia lo apoya con su enfermedad | | |
| Buena ayuda en otras personas cuando tiene problemas | | |
| Buena apoyo en su religión | | |
| Cuenta con alguna persona en quién apoyarse en una situación de crisis | | |
| Se siente aislado | | |

| Dificultad para comunicarse | SI | NO |
|-----------------------------|----|----|
| Afasia | | |
| Alexia | | |
| Apraxia | | |
| Dismetria | | |
| Anomia | | |
| Perseverancia | | |

Observaciones

| ESTADO EMOCIONAL | SI | NO |
|------------------|----|----|
| Ansioso | | |
| Deprimido | | |
| Lábil | | |
| Miedoso | | |
| Agresivo | | |
| Pasivo | | |

Vida Sexual

Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria? Si () No ()

En caso de que su respuesta sea no, le resulta un problema digno de mencionar?: _____

En caso de que sea afirmativa su respuesta, cree que la causa es personal o situacional?: _____

| Ojos | SI | NO |
|------------------------|----|----|
| Lagrimeo excesivo | | |
| Prurito en los ojos | | |
| Partículas flotantes | | |
| Visión doble | | |
| Fotofobia | | |
| Infecciones frecuentes | | |
| Uso de lentes | | |
| Ptoisis Palpebral | | |

Valoración ocular



Campos visuales

90°

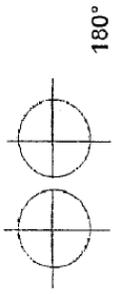
180°

Movimientos oculares

Reflejo pupilar

Reflejo consensual

Reflejo corneal



NOTA: Lesiones visuales
 Marcar el cuadrante
 ocular que este afectado

Valoración auditiva



| Oídos | SI | NO |
|-----------------------|----|----|
| Tinnitus | | |
| Secreción ótica | | |
| Vértigo | | |
| Sensibilidad auditiva | | |
| Infección | | |
| Prótesis auditivas | | |

Rinne:
 resultado + --
 Oído derecho () oído izquierdo ()

Weber:
 Lateraliza X
 Izquierdo () Derecho () Central ()

VII. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

Lleva una vida: Sedentaria () Activa ()

Autoconcepto de si mismo _____

Cual es su situación laboral actual: _____

Con que frecuencia visita al médico: _____

Realización de aseo bucal: 3 veces () 2 veces () 1 vez () ninguno ()

| | |
|----------------------------|-------|
| Totalmente compensatorio | _____ |
| Parcialmente Compensatorio | _____ |
| De apoyo o educación | _____ |

Observaciones

VIII. *Prevención de peligros para vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano*

| |
|--|
| Totalmente compensatorio _____ Parcialmente Compensatorio _____ De apoyo o educación _____ |
|--|

¿Que hace para cuidar su salud? _____

Vacunación Completa () Incompleta () Ultima vacuna aplicada _____

Consumo de alcohol Si () No () Frecuencia _____ Alergias Si () No () A qué _____

Toxicómanas Si () No () Frecuencia _____

Acude regularmente a las revisiones de salud: Si () No () Quien le lleva un control de su enfermedad _____

Ha presentado cefalea últimamente? Si () No () Con que frecuencia e intensidad? _____

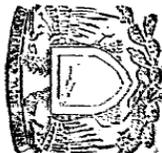
| Realiza algún control adicional | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|
| Dieta | | |
| Ejercicio | | |
| Control de Presión Arterial | | |
| Registro de pulso | | |
| Registro de respiración | | |
| Control de glucosa en sangre | | |
| Visión | | |
| Audición | | |
| Memoria | | |

| Conservación del entorno | |
|--|--|
| Distribución de cuartos que tiene en la casa Cocina: _____ Habitaciones: _____ Baño: _____ | |
| Cuenta con Agua <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> | |
| La casa es: Rentada <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | |
| Material de construcción: | |
| Animales SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Perros: <input type="checkbox"/> Gatos: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> | |
| ¿Están vacunados? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Donde se encuentran? Fuera de la casa <input type="checkbox"/> Dentro de la casa <input type="checkbox"/> | |
| Comentarios: | |

Observaciones

| Factores de riesgo | SI | NO |
|------------------------------------|----|----|
| Suelo encerado | | |
| Suelo mojado | | |
| Cables en el piso | | |
| Suelo a desniveles | | |
| Falta de iluminación en escaleras | | |
| Falta de iluminación de habitación | | |
| Falta de barandales en la cama | | |

Elaboro:
 LEO. Alvarado Ramirez Reyna Columba
 LE. Bernal González Araceli
 LEO. Cass Garrea Beatriz
 LEO. Guzman Zavala Lilia
 LEO. Reyes Chávez Blanca Estela



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEUROLÓGICA



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Elizabeth Edad 27 Sexo M Estado civil Soltera Religión Católica Escolaridad 2 años
 Ocupación anterior Objera Ocupación actual Ninguna
 Domicilio San Mateo Ixtacalco, Puebla. Teléfono Antelco canalizado, antelco # de integrantes en la familia 7 Dx. médico S.N. de Deus Tx médico actual
 Motivo de consulta Df. Respiratoria Derecho a algún servicio de salud SI () NO (X) Cuál?
 Persona responsable Madre Edad: 47 años Parentesco Materna

| Desviaciones de la salud | |
|---|-------|
| Factores de riesgo | SI No |
| Hipercolesterolemia | — |
| Obesidad | — |
| Sedentarismo | ✓ |
| Diabetes mellitus | — |
| Hipertensión arterial | — |
| Consumo excesivo de sal | — |
| Consumo de drogas | — |
| Anticonceptivos orales | — |
| Traumatismo Craneoencefálico | — |
| Cuadros gripales (reciente) | — |
| Infecciones gastrointestinales (reciente) | — |

| Desviaciones de la salud | |
|------------------------------|------------|
| Antecedentes familiares | Parentesco |
| Diabetes mellitus | — Po |
| Obesidad | — 220 |
| Hipertensión | — 220 |
| Cardiopatía | — 220 |
| Enfermedad Vascular Cerebral | — 26 |
| Cáncer | — 220 |
| Migraña | — 220 |
| Epilepsia | — |

Totalmente compensatorio —
 Parcialmente Compensatorio —
 de apoyo o educación —

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

TOTALMENTE COMPENSATORIO: La enfermera realiza el principal papel, el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos auto cuidado
 PARCIALMENTE COMPENSATORIO: La enfermera participa implicando al paciente en su propio cuidado
 DE APOYO O EDUCACIÓN: El paciente es capaz de realizar auto cuidado

Nota: En cada requisito se determinara el Sistema de Enfermería para la planeación del cuidados

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Totamente compensatorio | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Parcialmente Compensatorio | <input type="checkbox"/> |
| De apoyo o educación | <input type="checkbox"/> |

¿Cuando realiza sus actividades cotidianas lo hace sin fatigarse?: Si () No (X)
 ¿Cómo considera que son sus actividades cotidianas?: Sedentaria (X) Activa ()
 ¿Usted fuma? Si () No (X) ¿cuantos cigarrillos al día? ¿Convive con fumadores? Si () No (X)

| Presenta: | SI | NO |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Anosmia | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tabique desviado | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Rinorrea | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Obstrucción nasal | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Disnea | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Disnea de esfuerzo | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Disnea paroxística | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ortopnea | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Respiración sibilante | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alergias | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tos seca | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tos productiva | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hemoptisis | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Expectoración | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Espasmo bronqueal | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Murmullo o Soplo | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ronquido | | <input checked="" type="checkbox"/> |

FC 88 x' FR 16 x' TA 1970 Nivel de conciencia Alerta
 Pupilas SCR Glasgow 15

| Signos de respiración patológica: | SI | NO |
|-----------------------------------|----|-------------------------------------|
| Cheyne stokea | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Neurogenica | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Apneúscica | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Causa Mauí | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Atáxica | | <input checked="" type="checkbox"/> |

| Coloración de piel | SI | NO |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Normal | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Palidez | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Cianosis | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| rubicundez | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Otros | | <input checked="" type="checkbox"/> |

Fecha y resultado de la última radiografía de tórax:
 Fecha: / /



Observaciones:

| LABORATORIOS | | Valores normales |
|------------------|------------|------------------|
| GASES ARTERIALES | Resultado | |
| SAO ₂ | <u>98</u> | 93 - 100 |
| pH | <u>7.4</u> | 7.35 - 7.45 mmHg |
| PO ₂ | <u>78</u> | 60 - 80 mmHg |
| CO ₂ | <u>30</u> | 28 - 32 mmHg |
| Exc. B | | -2 +5 mmHg |
| Def. B | | -2 +5 mmHg |
| HCO ₃ | <u>19</u> | 18 - 22 mmHg |

Sa O₂ 98 % PVC PIC Apoyo Ventilatorio: Ninguno () Puntas nasales () Mascarilla () Ventilador (X)
 Traqueostomía (X) Aspiración de secreciones por: res que se bombea Características de secreciones blancas, espesas
 Tipo de Catéter Neuroletra Línea Arterial Medicamentos y soluciones, MD COMYST, consubent, Bolmicos t 2

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

| | |
|----------------------------|----------|
| Totalmente compensatorio | _____ |
| Parcialmente Compensatorio | <u>X</u> |
| De apoyo o educación | _____ |

Ha perdido peso últimamente: Si (X) No () Ha ganado peso últimamente: Si () No (X)
 Tiene restricción de líquidos: Si () No (X) Causa: _____ Bebe agua: Potable () Hervida (X)
 Ingesta de líquidos habitual (Cantidad y tipo): Subsiste, líquidos 300 a 500 cc/día.

| PIEL Y MUCOSAS | LABORATORIOS | |
|---------------------|--------------|----------|
| | SI | NO |
| Presenta | | |
| Mucosas Secas | | <u>/</u> |
| Mucosas hidratadas | <u>/</u> | |
| Edema | | <u>/</u> |
| Piel hidratada | <u>/</u> | |
| Piel tibia al tacto | <u>/</u> | |
| Piel fría al tacto | | <u>/</u> |

Medicamentos y soluciones:

| | |
|----|--------------------------------------|
| a) | <u>Sol. fis. 0.9% (1000cc) Noxha</u> |
| b) | <u>KCl - 40mg. p/24hrs</u> |
| c) | |
| d) | |

Observaciones

Presenta alteración en proceso de creatinización debido a dieta para el cèrce de la semana

| | |
|----------------------------|----------|
| Totalmente compensatorio | _____ |
| Parcialmente Compensatorio | <u>Y</u> |
| De apoyo o educación | _____ |

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Tipo de alimentación: Enteral (X) Parenteral () Via: Sonda Nasogastrica () Gastrostomía (X) Otra _____
 La persona se alimenta solo () Con ayuda (X) Tipo de dieta que consume: Normal () Especial (X) Alta en fibra
 ¿Como es su apetito? Bueno () Regular (X) Deficiente () Nulo () Cuántas comidas realiza al día: 3
 ¿Cuántas veces a la semana consume? Carnes (3) Harinas (-) Verduras (7) Frutas (3) Lácteos (2)
 ¿Como prepara sus alimentos? Fritos () Hervidos (X) Asados (X) Otros _____
 Preferencias alimenticias: Desarrollar Desagrados alimenticios: _____
 Consume suplementos alimenticios Si (X) No () Cuál? Case Total de la ingesta _____

Peso: 56 kg Kg Talla 1.68 Cm

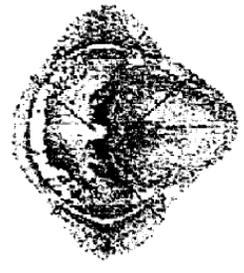
| Presenta | SI | NO |
|------------------------------|----|----|
| Alteraciones del gusto | | X |
| Lesiones o úlcera en la boca | | X |
| Dificultad para masticar | X | |
| Dificultad para deglutar | X | |
| Caries | | X |
| Prótesis dental | | X |
| Infección bucal | | X |
| Dolor de garganta | | X |
| Nauseas | | X |
| Vómito | | X |
| Cambio de apetito | | X |
| Dolor abdominal o intestinal | | X |

| Presenta | SI | NO |
|-----------------------------|----|----|
| Parálisis facial central | | X |
| Parálisis facial periférica | | X |
| Úlcera gástrica | | X |
| Intolerancia alimenticia | | X |
| Poli-fagia | | X |
| Polidipsia | | X |
| Indigestión | | X |
| Fiatulencias | | X |
| Acidez estomacal | | X |

| Masa corporal: | SI |
|----------------|----|
| Peso ideal | X |
| Sobrepeso | No |
| Obesidad | No |

Observaciones

Características de la Boca



Sesibilidad de lengua presente

Fuerza de lengua deminuida

Reflejo nauseoso presente

Paladar blanco _____

Uvula central

Sensibilidad de la cara



Derecho

I. 5/5

II. 5/5

III. 5/5

Izquierdo

I. 5/5

II. 5/5

III. 5/5

| LABORATORIOS | Resultados | Valores normales |
|-----------------------|------------|------------------|
| Triglicéridos | <u>100</u> | 70-200mg/dl |
| Bilirrubina Directa | <u>0</u> | 0-0.4mg/dl |
| Bilirrubina Indirecta | <u>1</u> | 0.0 - 1.1mg/dl |
| Colesterol | <u>841</u> | 80 - 200mg/dl |
| Glucosa | <u>66</u> | 36-115mg% |
| Urea | <u>22</u> | 20-40mg% |
| Creatinina | <u>0.3</u> | 0.8-1.5mg% |
| Acido urico | <u>2</u> | 2.1-7.4mg% |
| Proteinas totales | <u>5.5</u> | 6.3-8.2gr/dl |

IV. *Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos*

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Totalmente compensatorio | <input type="checkbox"/> |
| Parcialmente Compensatorio | <input checked="" type="checkbox"/> |
| De apoyo o educación | <input type="checkbox"/> |

MICCIONES

¿Cuántas veces orina al día? 5 veces
 Orina: Color Amarillo Olor Normal
 Cantidad Normal

EVACUACIONES

¿Cuántas veces defeca al día? 1
 Heces: Color Cafe Olor Normal
 Consistencia Dora
 Presencia de sangre No
 Presencia de moco No

| presenta | SI | NO |
|------------------------------------|-------------------------------------|----|
| Disuria | | / |
| Polaquiuria | | / |
| Poliuria | | / |
| Oliguria | | / |
| Nicturia | | / |
| Hematuria | | / |
| Dificultad para iniciar la micción | | / |
| Infección de Vías Urinarias | | / |
| Incontinencia | <input checked="" type="checkbox"/> | |

| Presenta | SI | NO |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----|
| Ardor al defecar | | / |
| Dolor al defecar | | / |
| Evacuaciones diarreicas | | / |
| Hemorroides | | / |
| Prurito | | / |
| Disminución de ruidos peristálticos | <input checked="" type="checkbox"/> | |

SUDOR

Características Normal

Valoración en sexo femenino

Antecedentes ginecoobstetricos

IVSA: 15 hace 2 meses
 Fecha de ultima menstruación: hace 2 meses
 Gesta: 0 P: 0 A: 0
 C: 0
 Autoexploración mamaria: Si (X) No () Fecha: hace 1 mes
 Citología vaginal: Si (X) No ()
 Fecha: hace 1 año
 Mastografía: Si () No (X)
 Fecha:

| LABORATORIOS | | Resultado | Valores normales |
|-------------------------|--|-------------|------------------|
| Examen General de Orina | | <u>1015</u> | 1.025 |
| Densidad | | <u>6</u> | 5.0 - 7.0 |
| PH | | <u>N</u> | Negativo |
| Leucocitos | | <u>N</u> | Negativo |
| Glucosa | | <u>N</u> | Negativo |
| Proteinas | | <u>N</u> | Negativo |
| Cristales | | <u>N</u> | Negativo |
| Bacterias | | <u>N</u> | Negativo |

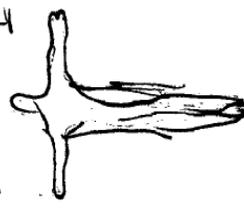
| | Drenajes | | Balance |
|-----------------------------|----------------------|-------------------|---------|
| | Fecha de instalación | Fecha de curación | |
| Ventriculostomia corta | | | |
| Drenaje de lecho quirurgico | | | |
| Drenaje subdural | | | |
| Drenaje epidural | | | |
| Sonda nasogastrica | | | |
| Ventriculostomia larga | | | |
| Sello de agua | | | |
| Sonda Foley | | | |

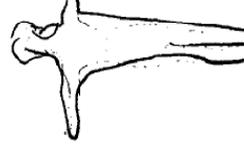
V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Totalmente compensatorio | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Parcialmente Compensatorio | <input type="checkbox"/> |
| De apoyo o educación | <input type="checkbox"/> |

Problemas para movilizarse: Si No Ejercicios de movilización Si No ¿Se cansa al moverse?: Si No
 ¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si No Cuál? _____
 ¿Sufre de estrés?: Si No ¿Cuántas horas duerme?: 8 ¿Utiliza de algún remedio para dormir?: Si No Cuál? _____
 ¿Requiere ayuda para movilizarse? Si No Cual?: Bastón Andadera Silla de ruedas Muletas

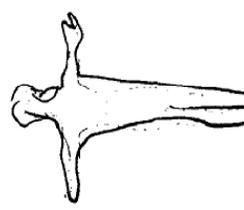
| Presenta | SI | NO |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Articulaciones dolorosas | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deformación de articulaciones | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Espasmos musculares | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Monoplejía (Esquerda) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemiplejía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cuadriplejía | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Monoparesia Izquierda | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hemiparesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cuadriparesia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tembler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Calambres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actividad motora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

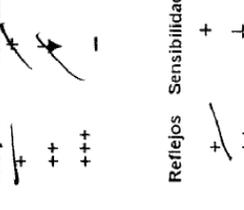
Fuerza 0/5  Fuerza 2/2

Fuerza 0/5  Fuerza 0/5

| Presenta | SI | NO |
|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Dolor de cabeza | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vértigo | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Crisis convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alteraciones de la memoria | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alteraciones de sueño | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atrofia muscular | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Buena postura | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Espasticidad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcha ataxica | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Marcha cerebelosa | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Marcha jacksoniana | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Sensibilidad y Reflejos

Reflejos Sensibilidad +  Reflejos Sensibilidad +

Reflejos Sensibilidad ++  Reflejos Sensibilidad +

Reflejos Sensibilidad +++  Reflejos Sensibilidad +

Reflejos patológicos

| | SI | NO |
|---------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Babinsky | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Brudzinsky | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Kerning | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hiperreflexia | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hiporreflexia | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Observaciones

Presentes +
 Ausentes X

Expresión facial



Frente
 Nariz
 Boca

VI. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Totalmente compensatorio | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Parcialmente Compensatorio | <input type="checkbox"/> |
| De apoyo o educación | <input type="checkbox"/> |

¿Trabaja?: Si () No (✓) ¿Con quién convive?: Solo () Familia (✓) Hijos () Pareja () Padres ()

¿Descripción de las relaciones en el núcleo familiar?: Buena (✓) Mala () Regular () nula ()

Papel que desempeña en el hogar: hija Cómo se siente en relación con su trabajo?: Satisfecho () Valorado () ^hsatisfecho (✓)

| INTERACCIÓN SOCIAL | SI | NO |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Le satisface el rol que desempeña en el hogar | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Se ha visto afectado su rol que desempeña por su perfeccionamiento | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Se siente satisfecho con su propia vida | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Siente ansiedad o temor de estar solo o con otras personas | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Tiene facilidad para comunicarse con los demás | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Tiene facilidad para relacionarse con otras personas | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Su familia lo apoya con su enfermedad | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Buena ayuda en otras personas cuando tiene problemas | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Buena apoyo en su religión | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Cuenta con alguna persona en quien apoyarse en una situación de crisis | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Se siente aislado | <input checked="" type="checkbox"/> | |

| Dificultad para comunicarse | SI | NO |
|-----------------------------|----|--------------------------|
| Afasia | | <input type="checkbox"/> |
| Alexia | | <input type="checkbox"/> |
| Apraxia | | <input type="checkbox"/> |
| Díartria | | <input type="checkbox"/> |
| Anomia | | <input type="checkbox"/> |
| Perseverancia | | <input type="checkbox"/> |

Observaciones

| ESTADO EMOCIONAL | SI | NO |
|------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Ansioso | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Deprimido | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Lábil | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Miedoso | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Agresivo | | <input type="checkbox"/> |
| Pasivo | <input checked="" type="checkbox"/> | |

Vida Sexual

Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria? Si () No (✓)

En caso de que su respuesta sea no, le resulta un problema digno de mencionar?: NO

En caso de que sea afirmativa su respuesta, cree que la causa es personal o situacional?: _____

| Ojos | SI | NO |
|------------------------|----|-------------------------------------|
| Lagrimeo excesivo | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Prurito en los ojos | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Partículas flotantes | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Visión doble | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fotofobia | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Infecciones frecuentes | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Uso de lentes | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ptoisis Palpebral | | <input checked="" type="checkbox"/> |

Valoración ocular



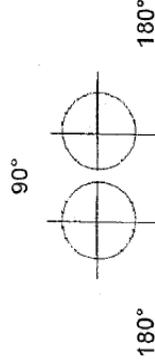
Movimientos oculares
Presente

Reflejo pupilar
Presente

Reflejo consensual
Presente

Reflejo corneal
Presente

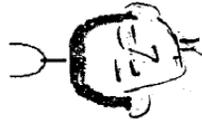
Campos visuales



90°
ANOMALIA BILAT.

NOTA: Lesiones visuales
Marcar el cuadrante ocular que este afectado

Valoración auditiva



| Oídos | SI | NO |
|-----------------------|----|-------------------------------------|
| Tinnitus | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Secreción ótica | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vértigo | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sensibilidad auditiva | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Infección | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Prótesis auditivas | | <input checked="" type="checkbox"/> |

Rinne:
resultado + --
Oído derecho (A) oído izquierdo (I)

Weber:
Lateraliza X
Izquierdo () Derecho () Central (C)

VII. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

Lleva una vida: Sedentaria (X) Activa ()

Autoconcepto de sí mismo Como es en todo

Cual es su situación laboral actual: No trabajo

Con que frecuencia visita al médico: Presentemente

Realización de aseo bucal: 3 veces (X) 2 veces () 1 vez () ninguno ()

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Totamente compensatorio | <input type="checkbox"/> |
| Parcialmente Compensatorio | <input checked="" type="checkbox"/> |
| De apoyo o educación | <input type="checkbox"/> |

Observaciones

VIII. Prevención de peligros para vida, el funcionamiento

humano y el bienestar humano

Totamente compensatorio _____
 Parcialmente compensatorio /
 De apoyo o educación _____

¿Que hace para cuidar su salud? compra cosas y su datos

Vacunación Completa Incompleta () Última vacuna aplicada _____

Consumo de alcohol Si () No Frecuencia _____ Alergias Si () No A qué _____

Toxicómanas Si () No Frecuencia _____

Acude regularmente a las revisiones de salud: Si No () Quien le lleva un control de su enfermedad NNU

Ha presentado cefalea últimamente? Si No () Con que frecuencia e intensidad? cada 2 o 3 meses

| Realiza algún control adicional | SI | NO |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Dieta | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Ejercicio | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Control de Presión Arterial | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Registro de pulso | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Registro de respiración | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Control de glucosa en sangre | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Visión | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Audición | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Memoria | | <input checked="" type="checkbox"/> |

| Conservación del entorno | |
|--|--|
| Distribución de cuartos que tiene en la casa Cocina: _____ Habitaciones: _____ Baño: _____ | |
| Cuenta con Agua <input checked="" type="checkbox"/> Drenaje <input checked="" type="checkbox"/> Luz <input checked="" type="checkbox"/> | |
| La casa es: Rentada <input type="checkbox"/> Propia <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | |
| Material de construcción: <u> cemento </u> | |
| Animales SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Perros: <input checked="" type="checkbox"/> Gatos: <input checked="" type="checkbox"/> ¿Están vacunados? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Donde se encuentran? Fuera de la casa <input type="checkbox"/> Dentro de la casa <input type="checkbox"/> | |
| Comentarios: | |

| Factores de riesgo | SI | NO |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Suelo encerado | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Suelo mojado | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Cables en el piso | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Suelo a desniveles | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de iluminación en escaleras | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de iluminación de habitación | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Falta de barandales en la cama | | <input checked="" type="checkbox"/> |

Observaciones

Elaboro:
 LEO. Alvarado Ramirez Reyna Columba
 LE. Bernal González Araceli
 LEO. Cass Garrea Beatriz
 LEO. Guzman Zavala Lilia
 LEO. Reyes Chávez Blanca Estela

ANEXO #4

Dispositivos mecánicos para la prevención y el tratamiento de úlceras por decúbito

| Dispositivo | Descripción |
|---------------------------------------|---|
| Colchón de presión alternante. | Está formado por departamentos cuya presión aumenta y disminuye alternativamente, funciona con una bomba. |
| Colchón de espuma. | La espuma se adapta al cuerpo. |
| Cama de aire. | Proporciona un soporte uniforme. Permite controlar la temperatura y la humedad. |
| Cama de aire a baja presión. | Soporta al cliente y reduce la cantidad de aire necesario. Utiliza una bomba. Ejerce una presión muy baja. Permite controlar la temperatura. |
| Cama de agua. | Colchón especial relleno de agua. Permite controlar la temperatura. |
| Cama en forma ovalada. | Colchón de espuma de poliuretano con aspecto de nido. Algunos tipos son inflamables. |
| Compresas de consistencia gelatinosa. | Compresas de polivinilo, silicona o silastis que van llenas de un sistema gelatinoso similar a la grasa. |
| Muletones (naturales y artificiales). | Algunos fabricantes hacen muletones de mezcla de tejido natural y sintético. Los muletones sintéticos resisten mejor el lavado pero resultan más calurosos para el cliente. |

| | |
|--|--|
| Anillos neumáticos de goma. | Limitan el aporte sanguíneo a las zonas |
| Almohadones (de espuma, de gel y aire, de espuma y líquido). | Algunos están recortados en las zonas de presión. |
| Protectores para los talones (muletones, férulas, almohadillas, cuñas de espuma). | Limitan la presión sobre los talones cuando el cliente está en cama. |