



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A UNA PERSONA CON PROBLEMAS DE
ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA.

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta

DAVID OLVERA FUENTES

No. Cta. 9109596-7

Directora de Trabajo

M. C. E. ZOILA LEÓN MORENO

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.

Primeramente quiero agradecer a Dios, así como a mis Padres: Graciela Fuentes y Alberto Olvera quienes me han dado ejemplos de superación y fortaleza para continuar y a los cuales les debo prácticamente todo lo que soy, también a Cynthia Reyes por todo el apoyo y la ayuda incondicional que me ha brindado en todo momento.

También quiero agradecer a la Maestra Zoila León, Gloria Rodríguez, Beatriz Bernal y al Profesor Alexis Santillán por su tiempo, atención, orientación y ayuda para la realización de este trabajo.

DEDICATORIA.

Dedicado a la memoria de Bobby y Nelo.

INDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVO.....	4
METODOLOGÍA.....	5
1. MARCO TEÓRICO	
1.1 Generalidades del cuidado en el hogar.....	6
1.2 Integración bio-psicosocial del ser humano.....	7
1.3 Modelo conceptual de Virginia Henderson con base en 14 necesidades	
1.3.1 Conceptos nucleares.....	8
1.4 Proceso Atención de Enfermería	
1.4.1 Valoración.....	10
1.4.2 Diagnóstico.....	11
1.4.3 Planificación.....	13
1.4.4 Ejecución.....	14
1.4.5 Evaluación.....	15
1.5 Educación para la salud en la prevención de la encefalopatía hepática como complicación en personas con padecimientos hepáticos.	
1.5.1 Hepatitis B.....	16
1.5.2 Hepatitis C.....	17
1.5.3 Cirrosis hepática	
1.5.4 Encefalopatía hepática.....	18
1.5.5 Acciones de Enfermería	
2. PRESENTACIÓN DEL CASO	20
3. SÍNTESIS VALORATIVA.....	21
4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLAN DE CUIDADOS.....	26
5. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	52
6. CONCLUSIONES.....	58
7. SUGERENCIAS.....	60
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS:	
• Instrumento de valoración	
• Medidas de protección para el personal de enfermería ante el riesgo de contagio por Hepatitis B y C	
• Descripción de las patologías presentadas por el paciente	

INTRODUCCIÓN

Hoy en día las tendencias de salud son las de mantener una estancia más corta al paciente en el hospital y continuar con su cuidado en el hogar con la finalidad de ofrecer servicios de salud comunitaria, que puedan disminuir los costos.

La atención de enfermería hospitalaria está cambiando referente al enfermo agudo, que está siendo atendido en su domicilio. Este modelo de atención no es nuevo, porque en el periodo pre-industrial era la forma normal de cuidado. En la actualidad dicho modelo de atención domiciliaria del enfermo agudo son las bases del cuidado moderno de los programas de atención en el hogar y una de las alternativas más deseables. Los enfermos permanecen en su ambiente propio, no están expuestos a las posibles infecciones y al estrés de la hospitalización.¹

La atención de enfermería comprende la ayuda brindada por el enfermero (a) en el ámbito de su competencia profesional a las personas, enfermas o sanas, y a comunidades en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como la asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.²

Muchas veces los errados estilos de vida de las personas o algún accidente sufrido pueden cambiar drásticamente los hábitos adoptados para vivir; este es el caso de las enfermedades, sobre todo si afectan a un órgano o sistema que tenga funciones preponderantes en el buen funcionamiento del cuerpo. Por ejemplo, partiendo de la variedad de funciones hepáticas y de la importancia que éstas tienen para el organismo, es fácil deducir que las enfermedades que afectan al hígado, tienen una gran repercusión para todo el organismo.

Existen varias enfermedades que afectan a este órgano, las cuales pueden presentar orígenes diversos. Entre estas se encuentra la encefalopatía hepática, la cual es causada por trastornos que reducen la función hepática, tales como la cirrosis o la hepatitis, y a causa de afecciones por las que la circulación sanguínea no entra al hígado. Cuando el hígado no puede metabolizar ni volver inofensivas las sustancias tóxicas en el cuerpo, se presenta la acumulación de dichos tóxicos en el torrente sanguíneo y se provoca un daño en el sistema nervioso.³

En la historia clínica se hace énfasis especial en los antecedentes de enfermedades del hígado diagnosticadas con anterioridad, una historia de alcoholismo o de hepatitis, asimismo transfusiones de sangre previas o abuso de drogas por vía intravenosa pueden sugerir una hepatitis crónica B o C.

1 Klainberg, M. Enfermería comunitaria: una alianza para la salud, pp.205-206.

2 Medina, J. Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería, pp. 79-84.

3 Alspach, J. cuidados intensivos en el adulto, pp. 676 -681.

La encefalopatía hepática puede presentarse como un trastorno agudo y potencialmente reversible o como un trastorno progresivo y crónico asociado con enfermedad hepática crónica.

Cuando ésta es aguda puede ser corregible, mientras que las formas crónicas de la enfermedad a menudo empeoran. Ambas formas pueden ocasionar un coma irreversible y la muerte, con una tasa de mortalidad de aproximadamente el 80 % (8 de cada 10 pacientes) si el coma se desarrolla. La recuperación y el riesgo de recaída son variables.⁴

Los cuidados de enfermería a una persona con esta afección, se deben ofrecer de manera integral, la cual considera la unidad de los aspectos curativos con los preventivos, de lo biológico con lo social, así como las condiciones del ambiente físico que están en interacción con el individuo y su colectividad, que condicionan el proceso salud enfermedad. Para cumplir estas funciones, el enfermero debe realizar acciones de prevención y promoción de salud, tanto en el paciente como en sus familiares.

El hogar y la familia son elementos de gran importancia en la atención domiciliaria, los que juegan un rol preponderante en el bienestar y recuperación del individuo. El personal de enfermería reconoce la importancia e influencia de la familia cuando se pierde la salud, el hecho de hacer participar a ésta en el cuidado del enfermo tiene un significado de gran magnitud para él. Su hogar es el ambiente que bajo ciertas circunstancias es el mejor lugar donde la persona puede mantener el control de su cuidado.

Considerando lo anterior, se propone un Proceso de Enfermería en donde se aborda un caso explícito y los cuidados de una persona con problemas de encefalopatía hepática. A lo largo del desarrollo de los capítulos, se encontrará información respecto a los antecedentes históricos y a la naturaleza de la afección, así como el plan de cuidados que tiene como base la valoración del caso, considerando detalladamente, las necesidades, las distintas etapas y fases del proceso de atención de enfermería, así como algunas sugerencias respecto a los cuidados proporcionados, técnicas para hacerlo y algunas conclusiones de la experiencia vivida.

4 Sherlock, S. Color-atlas de enfermedades hepáticas, pp.77-89.

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad es un estado en el que el organismo de una persona se encuentra alterado tanto física como psicológicamente por algunos factores, de origen externo y/o interno,⁵ que en la mayoría de las veces resulta mucho más complicado y estresante cuando dicha enfermedad cuenta con una larga historia de padecerla y cuando las visitas al hospital son algo cotidiano. El asumir este rol de vida conlleva a un agotamiento tanto para la familia como para el paciente.

Este es uno de los motivos por el cual surge el SEUH (Servicio de Enfermería Universitario en el Hogar), con el propósito de brindar atención de calidad impartida por profesionales en el área de la salud, logrando así que se aprovechen las condiciones de comodidad, confianza y calidez que sólo se pueden encontrar en el hogar.

Cabe señalar que el hogar es el contexto social primario, y por tanto un aliciente para el enfermo, en el que éste interactúa con su familia, la cual puede asumir una modalidad distinta de intervención en la recuperación de la persona y su pronta incorporación a la sociedad como un ser productivo o, si fuese el caso, a una muerte digna y en paz.⁶

Resulta crucial hacer énfasis en la participación de la enfermería, ya que teniendo como base el plan de cuidados que debe seguirse en el domicilio del paciente para la realización de nuevas estrategias del cuidado, se puede saber cuáles son los beneficios y oportunidades que da al paciente dicho servicio, por ejemplo: brindarle los cuidados de enfermería de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas del ser humano, poder evaluar constantemente su evolución durante el tiempo que se brinda el servicio, entre otros.

Por otro lado, también ofrece al personal de enfermería la oportunidad de elegir el horario que más se les facilite, el manejo directo con el paciente, optimizar los recursos materiales desechables al máximo (como: guantes, gasas, toallas, pañales, etc.), utilizar los recursos materiales, físicos o económicos con los que cuenta el domicilio y conseguir una interacción permanente entre enfermero (a), paciente y familia.

5 Chaverri, C. Enfermería hoy: filosofía y antropología de una profesión, pp.73-76.

6 Flaherty, M. Comunicación y relaciones en enfermería, pp. 127-131.

OBJETIVOS

General

Proporcionar cuidados de enfermería a una persona adulta en su domicilio, mediante la aplicación de un Proceso de Enfermería, el cual está sustentado en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, con la finalidad de favorecer de forma progresiva su independencia hacia la satisfacción de sus necesidades.

Específicos

- Diseñar, implementar y evaluar el plan de cuidados con base en las alteraciones detectadas por necesidades, favoreciendo con ello de estilos de vida más saludables.
- Valorar las condiciones ambientales del hogar del Señor Carlos, a fin de considerar los resultados en el plan de cuidados.
- Conjuntar los cuidados de enfermería con las indicaciones del médico y nutriólogos que están a cargo del señor Carlos a fin de favorecer su bienestar.
- Promover la educación para la salud en el núcleo familiar con la finalidad de que ellos se integren al cuidado del señor Carlos.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el proceso de atención de enfermería, desde la modalidad de atención domiciliaria, al señor Carlos JAP se realizaron las siguientes actividades:

1. **Valoración:** mediante un instrumento basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, elaborado por la maestra Martha Copca Garibay (2006). Dicho instrumento es utilizado en el Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar (SEUH).
2. Con base en los resultados obtenidos se elaboró una **síntesis valorativa** en donde se redactan de manera objetiva y subjetiva los datos recabados del paciente, su familia y su entorno.
3. Identificando las necesidades que no eran cubiertas y, según los requerimientos demandados por el paciente dadas sus circunstancias de salud, se elaboraron una serie de **diagnósticos**, acompañados de sus respectivas fuentes de dificultad, las cuales mostraron el origen de las alteraciones identificadas.
4. Derivado de los diagnósticos se elaboró un **Plan de cuidados de enfermería**, donde se enlistan una serie de cuidados fundamentados, de acuerdo a cada necesidad, mediante el cual el profesional de la salud pueda ejercer sus servicios.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Generalidades del cuidado en el hogar:

El objetivo de este servicio de salud además de prestar el cuidado a nivel del hogar es de ofrecer atención continua.

Existe una clara indicación por el sistema de salud respecto a la necesidad de buscar nuevas oportunidades para entregar estos servicios a la comunidad, muchos de estos cambios se deben a que las personas con enfermedades crónicas, puedan tener ayuda en sus hogares y continuar viviendo independientemente.⁷

Otro de los factores que han facilitado este movimiento ha sido la demanda de los pacientes con relación al derecho de poder elegir el sistema de salud que más les acomode.

Los cambios de las políticas de salud en los países desarrollados, han sido de un sistema que ha enfatizado la responsabilidad de la familia en el cuidado de los enfermos. Consecuentemente, los principios que guían las pautas del modelo de atención domiciliaria son básicamente las siguientes:

- Un servicio diseñado a prestar atención individualizada.
- Participación de la familia en el cuidado del enfermo.
- Oportunidad de elegir el servicio de salud disponible.
- Ofrecer un servicio de calidad a un costo adecuado.
- Mantener una continuidad en el cuidado.

Cabe destacar que el éxito del modelo de atención domiciliaria depende de diversos factores como el hecho de que la calidad del servicio domiciliario está basado fundamentalmente en la filosofía que promueve la institución o agencia encargada de lo que significa este tipo de cuidados. Además, es crucial procurar el entrenamiento continuo del personal, para que se asegure la calidad del cuidado, por medio de una revisión sistemática de la atención prestada y de la estabilidad del equipo de salud.⁸

7 Girbau, M. 700 preguntas y respuestas en enfermería comunitaria, p. 57.

8 Turton, P. Enfermería comunitaria, pp. 3-11.

1.2 Integración bio-psico-social del ser humano.

El Ser humano como parte del ecosistema, es un ser complejo y está formado como un “**yo integral**”, para que su desarrollo sea homeostático. Requiere satisfacer sus necesidades básicas y de crecimiento además de desarrollar todo su potencial que lo conlleve hacia la autorrealización y plenitud en su salud y creatividad.

Por tanto, el hombre es el resultado de la evolución biológica adquiriendo gradualmente propiedades específicas que le hace agente de los procesos culturales y se conceptualiza como unidad bio-psico-social, que posee estructura anatomo-funcional y desarrolla una personalidad definida conforme a la sociedad, crea cultura y trasciende.

La alteración de una de estas áreas repercute en menor o mayor grado en las restantes originando desequilibrio del yo integral; este desequilibrio también es conocido como “**enfermedad**”.⁹

En la definición de **Enfermería**, etimológicamente deriva del latín: “*Infirmis*” que significa enfermedad, se observa cuál es la importancia que se le da a este último concepto, ya que ésta es la ciencia que cuenta con acciones y técnicas destinadas a preservar, promover, proteger y restaurar la salud del individuo, familia y comunidad.

Para entender la perspectiva de su labor, se debe mencionar el concepto de “**holismo**”, el cual etimológicamente deriva de la palabra griega *holo* y significa “todo”, y se define como la visión de que una persona es más que la suma de un organismo fisiológico.

1.3 Modelo conceptual de Virginia Henderson:

Este es uno de los modelos conceptuales más conocidos, el cual se ha adoptado en numerosas escuelas de enfermería y centros de cuidados. Da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados (ya sea en centro de hospitalización y en la comunidad).

Propone el método de solución de problemas, es decir el proceso enfermero como metodología adecuada para llevarlo a la práctica. Permite utilizar la taxonomía diagnóstica de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* para formular los problemas identificados.¹⁰

⁹ Rosales, S., Reyes, E. *Fundamentos de Enfermería*, pp. 5-7.

¹⁰ Kozier, B. *Conceptos y temas en la práctica de la enfermería*, pp. 52-53.

1.3.1 Conceptos nucleares:

Persona. Es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y su entorno para ocuparse de sus propios cuidados.

Virginia Henderson da al concepto de persona una visión integral de ser humano considerando que:

- La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha.

Necesidades Básicas. Necesidad no tiene el significado de carencia o problema, sino de requisito y, aunque algunas podrían considerarse especialmente para supervivencia física, todos son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

La satisfacción de cada una de las necesidades está condicionada por los componentes antes mencionados, los biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, interrelacionándose constantemente, de tal modo que considerar cualquiera de ellas sin tener en cuenta las demás constituye la negación de la totalidad de la persona. Por tal motivo Virginia Henderson los integra en las 14 necesidades básicas, las cuales son:

1. Oxigenación
2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación
4. Movilidad y postura
5. Higiene y protección de la piel
6. Termorregulación
7. Vestir prendas
8. Sueño y descanso
9. Evitar peligros
10. Comunicación
11. Aprendizaje
12. Trabajo y realización
13. Distraerse y participar en actividades recreativas
14. Creencias y valores

Salud. Se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, mediante acciones llevadas a cabo por la persona o, cuando ello no es posible, mediante acciones realizadas por otros. Así, la salud deja de ser algo externo que es dado por el sistema sanitario para convertirse en un deber personal y colectivo.

Entorno. Se trata de algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud.

Rol profesional. Es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirla cuando ésta no pueda hacerlo o ayudar a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimiento o voluntad), para que logre su independencia y la satisfaga por sí misma. Incluye también, como parte de la actuación del enfermero, el papel de colaboración con otros profesionales de la salud. Henderson no solo delimita claramente el campo de actuación propio sino que incluye ayudar al paciente a seguir su plan terapéutico tal como fue iniciado por el médico, lo que hace que su adopción no entre en contradicción con nuestra realidad asistencial.

Objetivos de los cuidados. Consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Fuente de dificultad. Este rubro también recibe el nombre de **área de dependencia** y alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Independencia. Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida. El término "situación de vida" se refiere al "aquí y ahora" de la persona e incluye tanto los aspectos biofisiológicos (edad, sexo, etapa de desarrollo, funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas etc.), como los socioculturales (experiencia previas, nivel cultural, entorno físico y social en el que viven) y espirituales (ideas, creencias y valores).

Dependencia. Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida a causa de una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

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

Tanto la definición de autonomía como la de fuerza hacen referencia a capacidad física y psíquica para realizar las acciones necesarias con objeto de satisfacer las necesidades básicas la cual puede inducir a confusión.

La diferencia entre una y otra estriba en el hecho de que exista o no un potencial que desarrollar. Es decir en la falta de fuerza, la persona no pueda hacer algo en ese momento, pero tiene capacidades que pueden desarrollarse. Por el contrario, en la falta de autonomía o bien la persona, por su edad y etapa de

desarrollo, aun no a desarrollado sus capacidades para hacer por si misma las actividades necesarias o bien las a perdido temporal o definitivamente.

Agente de Autonomía Asistida. Con este nombre se designa a la persona (familiar o persona allegada) que cuando el usuario carece de autonomía, se dedicará a realizarle ciertas acciones encaminadas a apoyarlo en la satisfacción de aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia: comer y beber, eliminar, moverse y mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar la piel y mucosas limpias y cuidadas, y procurar un entorno seguro.¹¹

1.4 Proceso de Atención de Enfermería:

El proceso de Enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados. Como todo proceso, consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente.

1.4.1 Valoración. Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. Consta de cuatro fases:

- a) *Recolección de datos:* Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Los datos recogidos se pueden clasificar en:
- Antecedentes o actuales: según pertenezcan al pasado o al presente.
 - Objetivos o subjetivos: los primeros son observables, mensurables o se obtienen básicamente a través del examen físico; los segundos por el contrario, se refieren a ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.
 - Generales y focalizados: ya se trate de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida de usuario, ya de datos pormenorizados sobre una situación o aspecto concreto.

Las fuentes para obtener los datos son varias, la principal es el propio usuario, al que cabe añadir la familia o las personas allegadas a él, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud. Los métodos para obtener la información requerida son: La entrevista, la observación y el examen físico (Inspección u observación, palpación, percusión y auscultación).

11 Nordmark, M. Bases científica de la enfermería, pp. 603-638.

- b) *Validación de datos:* Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos los datos anómalos o incongruentes con el resto de la información de que se dispone, así como todos aquellos que resulten de importancia crítica para establecer el diagnóstico o planificar la actuación.
- c) *Organización de datos:* Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación.
- d) *Registro de datos:* Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso es de suma importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación del enfermero, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.¹²

1.4.2 Diagnóstico. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Esta etapa engloba cuatro fases:

- a) *Recolección de información:* Una recolección de información experta, que es altamente importante en el proceso diagnóstico, está influida por el conocimiento clínico y es lo que se espera percibir (sobre la base del conocimiento almacenado). El conocimiento clínico almacenado en la memoria proporciona las expectativas que conducen a los datos. El juicio independiente de cuándo una pregunta o medición es apropiada está influido por el propio conocimiento clínico.
- b) *Interpretación de la información:* La interpretación de los datos del estado de salud de un paciente permite predecir o explicar los hallazgos. Están implicadas dos operaciones mentales: el razonamiento de inferencias y el juicio.
- c) *Agrupamiento de la información:* en la práctica clínica, el personal de enfermería que recoge la información suele decir, “...corresponde con el cuadro...estoy obteniendo el cuadro de...”, o “...no, esto no encaja en el cuadro...”. Lo que parece estar ocurriendo es el agrupamiento de la información de una forma significativamente basada en su interpretación (una hipótesis diagnóstica, una sospecha). Se refiere al grupo memorizado de signos y síntomas que definen una categoría diagnóstica.

¹² Phaneuf, M. *Cuidado de enfermería: el proceso de atención y la orientación para el diagnóstico de enfermería*, pp. 75-112.

Para realizar lo anterior se empieza por revisar la información recogida diferenciando los datos relevantes o clave entre los que parezca existir alguna relación; una vez hecho esto se determinan las inferencias, que al analizarlas conducen a la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone.

- d) *Nominación del grupo de datos*: las fases anteriores suceden una y otra vez a lo largo del proceso diagnóstico. Cuando las observaciones parecen corresponder a una categoría diagnóstica, el nombre de la categoría se aplica al grupo de datos. La identificación o nominación de un problema de salud, es un acto de juicio que decide, es esto y no eso. El razonamiento y el juicio diagnóstico son importantes porque son la base para la planificación de cuidados.¹³

La NANDA definió los diagnósticos enfermeros como “juicios clínicos sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales” y pueden ser:

Diagnóstico real: describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas. Para escribirlos, se aconseja un formato en tres partes:

Problema relacionado con causa manifestado por datos objetivos y subjetivos.

Diagnóstico de riesgo: describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Se apoya en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Al escribirlo debe anteponerse la frase “riesgo de” y se aconseja el formato en dos partes:

Riesgo de (problema) relacionado con factor de riesgo (causa).

Diagnóstico de salud: describe respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial, para alcanzar un grado superior. Este tipo de diagnóstico tiene un solo componente:

¹³ Gordon, M. *Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación*, pp. 30-31.

Situación de salud a mejorar.

En los Diagnósticos reales y de riesgo, es importante identificar la causa que los provoca o que contribuyen a ellos, ya que en la medida en que ésta pueda eliminarse o reducirse, o sus efectos puedan modificarse, el problema desaparecerá, se reducirá o se controlará. No obstante en los diagnósticos de salud, no es preciso identificar la causa, dado que ésta es irrelevante para nuestros propósitos.¹⁴

1.4.3 Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud. Esta etapa consta de diversas fases consecutivas:

- a) *Fijación de prioridades:* Para facilitar el establecimiento de prioridades se aplican los siguientes criterios:
 - Problemas que amenacen la vida de la persona.
 - Problemas que para la persona y la familia sean prioritarios ya que, en caso contrario pueden impedir centrar la atención en problemas que, aunque sean más urgentes, no son percibidos como tales.
 - Problemas que contribuyen a la aparición o permanencia de otros problemas y su resolución eliminarán o reducirán estos.
 - Problemas que por tener una misma causa puedan abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia del trabajo enfermero.
 - Problemas que tienen una solución sencilla puesto que su resolución sirve para abordar otros más complejos.
- b) *Formulación de objetivos:* es necesario marcar objetivos claros que guíen la actuación del enfermero y que estén formulados en términos de conducta del usuario, no del enfermero.
- c) *Determinación de intervenciones y actividades:* Una vez identificados los problemas que se van a tratar y marcados los objetivos que se han de conseguir, es preciso planificar tanto la intervención (modo de actuación para tratar el diagnóstico identificado) como las actividades (conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención y

¹⁴ Vázquez, D. *Diccionario de enfermería*, pp. 59-62.

- d) que variarán en función de las condiciones del usuario, del entorno en que se encuentre y de los recursos de que se disponga) más adecuadas para lograrlos.
- e) *Registro del plan*: Es el último paso de esta etapa y consiste en plasmar por escrito los pasos anteriores; el registro del plan de cuidados:
- Facilita la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud.
 - Dirige los cuidados y la documentación.
 - Crea un registro escrito que mas tarde puede usarse para la evaluación, la investigación y con propósitos legales.
 - Proporciona documentación sobre los cuidados de salud necesarios que más tarde pueden usarse para cuantificar su coste.

1.4.4 Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. La realización del plan de cuidados consta de 3 fases:

- a) *Preparación para la acción*: Hay que revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la etapa anterior con el fin de:
- Determinar si unas y otras aun son apropiadas en la situación actual del usuario.
 - Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.
 - Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
 - Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.
- b) *Implementación*: Este paso comprende tanto la ejecución de la actividad preescrita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.
- c) *Post-implementación*: El enfermero debe anotar en la historia del usuario tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de este, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado.

1.4.5 Evaluación. Aquí se comparan las repuestas de la persona y se determina si se han conseguido los objetivos establecidos. Consta de 3 fases:

- a) *Valoración de la situación actual del usuario:* los datos para la evaluación formal se reúnen aplicando las técnicas ya explicadas para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.
- b) *Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión:* tras reunir los datos actuales, éstos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos 3 resultados: los objetivos se han conseguido totalmente, se han conseguido parcialmente o no se han conseguido en absoluto. Con base en esto se decide:
 - *Mantenimiento del plan:* se optará por mantener el plan inicial cuando los objetivos se hayan alcanzado parcialmente y, al analizar todo el proceso, se compruebe que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuadas para la situación del usuario, aunque el logro de los objetivos marcados inicialmente requiera un plazo más largo.
 - *Modificación del plan:* se procederá a modificar el plan inicial cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se hayan logrado en absoluto, y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que: El plan inicial no era el más adecuado, ha habido cambios en la situación del usuario que no se han reflejado en el plano han aparecido factores externos que influyen en el logro de los objetivos propuestos que no se han reflejado en la planificación.
- c) *Finalización del plan:* Estará indicada cuando los objetivos se hayan conseguido totalmente, las causas que lo provocan hayan desaparecido o se hayan controlado y el usuario demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud.¹⁵

1.5 Educación para la salud en la prevención de la encefalopatía hepática como complicación en personas con padecimientos hepáticos.

Cuando una persona padece de enfermedades hepáticas, se deben tomar una serie de medidas o hábitos de vida que propicien una estabilidad en su estado de salud, por supuesto dentro de lo que puede considerarse “estable” o “normal” de acuerdo a su enfermedad. Estas medidas abarcan desde modificaciones en el aseo personal, vestimenta, realización de actividades recreativas, hasta en la alimentación y las condiciones ambientales que rodean al individuo y que pueden ser nocivas para su integridad.

15 Alfaro-Le Fevre, R. *Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica*, pp. 208-210.

Enfermedades como la hepatitis B, C y la cirrosis hepática, suelen modificar el metabolismo de la persona de forma tal que sus procesos biológicos como la eliminación, la hidratación, la digestión, la termorregulación, etc., se trastornan y esto repercute en el ritmo de trabajo interno del cuerpo, lo que se refleja en alteraciones de actividades directamente relacionadas con comer, beber la cantidad ideal requerida por el organismo (2 litros aproximadamente), orinar y evacuar, sentir frío o calor en momentos en que el clima no provoca esto, así como también mostrando cambios en el estado de ánimo, pasando fácilmente de una emoción a otra (por ejemplo de la tranquilidad a la ira o a la tristeza). Todo esto principalmente por falta de fuerzas, de conocimientos y/o de voluntad.

Aunado a esto, si no se tiene la disciplina pertinente para llevar un régimen de hábitos cotidianos apegado a las indicaciones de especialistas (médicos, nutriólogos, hepatólogos, entre otros) y si el organismo no logra mantener un equilibrio homeostático, es probable que surjan complicaciones en el organismo de la persona enferma, que pueden ser mortales y mantenerlo en condiciones que le supriman el desenvolvimiento independiente en su vida.

Para poder llevar a cabo los cuidados preventivos de complicaciones como la encefalopatía hepática en personas con enfermedades del hígado, se debe tener conocimiento de algunos aspectos relevantes de los padecimientos que la persona presenta, tales como las posibles complicaciones de la patología y las medidas preventivas tanto para contraerla, contagiarla (en caso de que sea infecciosa) y evitar complicaciones. En este caso, se hará alusión a la hepatitis B y C y a la cirrosis hepática.¹⁶

Cabe mencionar que pudo haberse presentado el hecho, como en esta ocasión, de que estas enfermedades hayan aparecido como complicaciones en cadena. De la hepatitis puede derivarse como complicación la cirrosis y de ésta, la encefalopatía hepática.

1.5.1 Hepatitis B

Profilaxis:

Para el control y la prevención de la hepatitis B se requiere: vigilancia epidemiológica, medidas higiénico-sanitarias, detección del antígeno de superficie de la hepatitis B (HbsAg) en los bancos de sangre, manipulación cuidadosa de instrumentos y prendas contaminadas dirigidos especialmente a personas de riesgo, inmuno-profilaxis pasiva, vacunas anti-virus de la hepatitis B (VHB) (plasmáticas, recombinantes o de tercera generación).¹⁷

¹⁶ Méndez- Sánchez, N., Uribe, M. *Conceptos actuales en hepatología.* pp., 155-159.

¹⁷ Rayón, E. *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica.* , pp. 462-463.

1.5.2 Hepatitis C

Las complicaciones que pueden derivarse de este tipo de hepatitis son:

- a. *Virus de la hepatitis C aguda. El periodo de incubación se extiende de 15 días a 6 meses, siendo la media de unos 2 meses. Los síntomas resultan comunes a los de otros virus de la hepatitis, con mayor tendencia a formas leves anictéricas y un 70% de las veces asintomáticas.*
- b. *Virus de la hepatitis C crónica. Es una enfermedad de curso clínico silente. Muchas veces se diagnostica debido a la elevación de transaminasas en analíticas de rutina. En la mayoría, las transaminasas aparecen moderadamente elevadas en niveles estables, pero a veces las cifras son muy fluctuantes, llegándose a normalizar durante semanas o meses.*

En un porcentaje que oscila entre un 20 y un 38% se produce una evolución hacia la cirrosis hepática de forma lenta (de 10 a 30 años). Se ha descrito en ocasiones en un periodo más corto (de 5 a 10 años). Un 15% de los pacientes con cirrosis desarrolla un carcinoma hepatocelular.

- c. *Hepatitis crónica activa (22-38%) o cirrosis (20-38%).*
- d. *Insuficiencia hepática y muerte (5%).*

1.5.3 Profilaxis

Se realiza mediante la detección rutinaria de anti-virus de hepatitis C (VHC) en los donantes de sangre. Cabe mencionar que después de un episodio de hepatitis aguda hay una ventana de aproximadamente 4 meses antes de que el antiviral de la hepatitis C aparezca en la sangre.¹⁸

1.5.4 Cirrosis hepática

Este término hace referencia a una enfermedad caracterizada por un hígado desestructurado o cicatrizado debido a una inflamación crónica. Las células parenquimatosas del hígado (funcionales) son sustituidas por tejido conjuntivo fibroso o adiposo. Los síntomas de la cirrosis son: ictericia, edema en las piernas, hemorragias no controladas y un aumento de la sensibilidad a los fármacos.

La cirrosis puede estar causada por una hepatitis (inflamación del hígado), ciertas sustancias químicas que destruyen los hepatocitos, parásitos que infectan el hígado y el alcoholismo.¹⁹

¹⁸ Id.

¹⁹ Tortora, G. *Principios de anatomía y fisiología*, pp. 815.

El pronóstico de esta enfermedad es malo. Más de la mitad de los pacientes cirróticos muestran una supervivencia inferior a 5 años. Si aparecen complicaciones, la mortalidad aumenta, siendo la supervivencia en estos casos inferior a un año.

Referente al tratamiento de una cirrosis alcohólica, se evitará el consumo del alcohol. Mientras los pacientes se encuentren asintomáticos, la dieta debe ser normal. Si presentan ascitis o edemas, se les restringirá la ingesta de sodio. Las proteínas se deben disminuir en paciente con episodios frecuentes de encefalopatía. A menudo es necesario un aporte vitamínico adicional, sobre todo en los casos de alcoholismo.

Los pacientes descompensados deben disminuir su actividad física, actividad que podrán reanudar durante los periodos asintomáticos.²⁰

1.5.5 Encefalopatía hepática

La encefalopatía hepática es una complicación muy grave y frecuente en pacientes cirróticos. Se trata de un cuadro neuro-psiquiátrico, secundario a la existencia de una derivación portosistémica de sangre venosa. El hígado cirrótico no puede metabolizar y desintoxicar los productos de la digestión que llegan del intestino por la vena porta. Así, productos tóxicos como el amoníaco, que aparece como resultado de la digestión de las proteínas y los ácidos grasos de cadena corta, entre otros muchos, escapan a la circulación general produciendo toxicidad cerebral y desencadenando un cuadro clínico con cambios de personalidad, trastornos de la conciencia, agitación e incluso coma.

Para prevenir la encefalopatía hepática, el enfermo debe recibir una dieta pobre en proteínas, neomicina o lactulosa por vía oral, enemas de limpieza para asear el intestino y transfusiones de sangre, si estuviesen indicadas clínicamente. No se administrarán sedantes porque conducirían a un coma más profundo.²¹

1.5.6 Cuidados de Enfermería.

El personal de enfermería debe permanecer muy atento a las posibles complicaciones comentadas, para poder detectarlas lo antes posible. Cualquier signo de desorientación, disminución de la atención, pérdida de memoria, agitación o cambio en el patrón del sueño es un hallazgo que debe ponerse en conocimiento médico de inmediato.

²⁰ Alspach, J. *Cuidados intensivos en el adulto*, pp. 670 – 675.

²¹ Luna, R. *Manual de Enfermería*, p. 82.

Entre los problemas que requieren cuidados de enfermería más frecuentes en los pacientes cirróticos son cuando presentan alteración de la nutrición, relacionada con la anorexia y los vómitos; cansancio asociado a la desnutrición; dolor crónico, en relación con la alteración hepática; riesgo y disminución del volumen de líquidos, relacionado con la hemorragia, y alteración de los procesos del pensamiento en los casos de encefalopatía.²²

Al ser una enfermedad crónica y con graves complicaciones, los pacientes y sus familiares suelen necesitar un gran apoyo psicológico, parte del cual puede prestarlo el personal de enfermería. Si la causa de la cirrosis es el alcohol, se debe insistir en la necesidad de una abstinencia total y recomendar la asistencia del enfermo a centros o asociaciones especializadas en el abandono de este hábito.

También es función de enfermería advertir al enfermo y a sus cuidadores sobre los peligros de la medicación sin control y el tipo de fármacos que deben evitarse.

Se recalcará al paciente la importancia de cumplir el régimen terapéutico con rigor; guardar el reposo indicado; cambiar de postura con frecuencia, si está inmovilizado para prevenir procesos trombo-embólicos; seguir la dieta pautada, y vigilar la retención de líquidos, así como la trascendencia de provocar voluntariamente la tos, para eliminar las secreciones bronquiales y disminuir el riesgo de infecciones pulmonares graves.

Se debe insistir también en el riesgo de hemorragia que presentan estos pacientes, por lo que deben tener especial cuidado en la higiene bucal, el afeitado y en todas aquellas acciones que puedan suponer un riesgo de sangrado a cualquier nivel del organismo.

En síntesis, los objetivos últimos de la intervención de enfermería son que el paciente se encuentre asintomático y lo más activo posible antes del alta hospitalaria, asegurándose de que posee las instrucciones del tratamiento y los conocimientos básicos para detectar los síntomas iniciales de las complicaciones que pudieran ocurrir.

Al tratarse de un trastorno crónico, se concertarán revisiones periódicas para vigilar la evolución del proceso.²³

²² Madero, S. *Atención primaria: cuidados de enfermería*, pp. 124-126.

²³ Luna, R, *Manual de enfermería*, pp.82-83.

2.- PRESENTACIÓN DEL CASO:

El Proceso de Atención de Enfermería que se presenta se llevó a cabo en el domicilio del señor Carlos JAP, ubicado en Residencial del Sur, situado en la Delegación Xochimilco, de febrero a mayo del año 2007.

El señor Carlos JAP tiene 57 años de edad, mide 1.85m, pesa 70 kilos, es de nacionalidad mexicana, de profesión Médico Veterinario Zootecnista, con una maestría en Ecología, quien laboró como Consultor de Ecología del Movimiento Ecologista Mexicano; es casado y tiene 2 hijos. Cuenta con casa propia en zona urbana con todos los servicios intra y extradomiciliarios y con una persona de servicio doméstico de entrada por salida.

El padecimiento que presenta el señor Carlos JAP es **Encefalopatía hepática**, tratada con **ornitina y aspartato** (*Hepamerz granulado, sobre de 3 gramos*) un sobre cada 12 horas y **lactulosa** (*Lactulax, suspensión de 66.66 gramos*) 10ml. cada 8 horas; esto se debió a complicaciones derivadas de hepatitis B y C, así como de la cirrosis hepática. Debido a la disminución en la fuerza de las extremidades inferiores tiene dificultad en la marcha, la cual es lenta e insegura.

A causa de la encefalopatía, el señor Carlos JAP puede tener alguna caída o desvanecimiento, por lo que es necesaria una vigilancia estrecha, sobre todo a la hora del baño y en las caminatas que acostumbra hacer. Suele manifestar dolor al moverse en el hombro derecho de acuerdo a la Escala Valoración Algología (EVA) con un grado de dolor de 5, para lo cual toma **colchicina** (*Kolchicim, tabletas*) 0.5 miligramos cada tercer día (1/2 tableta).

Presenta además emesis por disminución de la capacidad gástrica, debido a sus padecimientos, por lo que su dieta es hipoprotéica y baja en azúcares. Para este problema toma **domoperidona** (*Motilium, tabletas*) 10 miligramos al día.

Su estado psicológico en ocasiones tiende a la depresión debido a sus problemas de salud, por lo que se alteran algunas veces sus horarios de sueño provocándole insomnio, para lo cual le prescribieron **tabletas de bromazepam** (*Lexotan, 3 miligramos*) 1.5 miligramos antes de dormir.

Las necesidades que se identificaron en el paciente fueron producto de una evaluación realizada mediante el instrumento de valoración que se utiliza en el Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar (SEUH) de la ENEO-UNAM con finalidad de detectar las necesidades en el paciente y con ello elaborar un plan de cuidados de enfermería mediante el cual el profesional de la salud pueda ejercer sus cuidados de una manera más funcional para lograr la recuperación de la salud bio-psico-social del paciente o bien, conducirlo a una muerte digna (**Anexo 1**).

3. SÍNTESIS VALORATIVA.

Nombre del paciente: CJAP.

Edad: 57 años.

Estado civil: Casado.

Diagnóstico Médico: Hepatitis B y C, Cirrosis hepática y Encefalopatía Hepática.

Signos vitales: T/A: 100/60 mmHg, FC: 92 X', FR: 22X', TEM: 35°C.

- **Necesidad de oxigenación**

Datos subjetivos

Paciente alerta orientado en persona y desorientado en espacio. No utiliza ningún dispositivo para su oxigenación y no utiliza ningún dispositivo cardiaco o vascular. Refiere fumar 4 cigarrillos al día, además de asegurar ser fumador pasivo debido a la convivencia con los mismos.

Datos objetivos

Su coloración es pálida generalizada; campos pulmonares con estertores.

- **Necesidad de nutrición e hidratación**

Datos subjetivos

Para su alimentación, requiere de ayuda parcial. Consume frutas, verduras, te, jugo, tiene prohibidas las leguminosas. Ingiere 1 1/2 lts de agua al día, de preferencia de agua de frutas.

Datos objetivos

Pesa 70kg y tiene una talla de 1.77m. Consume usualmente una dieta estricta para paciente hepatopata preescrita por el Instituto Nacional de Nutrición. Manifiesta agruras ocasionales y emesis una vez al día en promedio, con una cantidad aproximada de 200 ml., para lo que toma domoperidona (Motilium) 10 miligramos al día. Su estado hídrico es deshidratación severa.

- **Necesidad de eliminación**

Datos subjetivos

El paciente refiere tener estreñimiento constante, derivado del hipoperistaltismo del intestino grueso y presentar debilidad por el esfuerzo para evacuar. Suele orinar poco debido a la deshidratación que padece.

Datos objetivos

Se observa que el paciente tiene dificultad para evacuar, para sentarse en el escusado y realizar su higiene genital y perianal y suele miccionar poco.

- **Necesidad de movilidad y postura**

Datos subjetivos

El paciente refiere tener dificultad para realizar su automovilidad corporal parcialmente, menciona pérdida de la fuerza muscular principalmente en miembros torácicos y miembros pélvicos.

Datos objetivos

Debido a la Encefalopatía Hepática, presenta debilidad generalizada, así como fuerza y tono muscular disminuidos. Presenta rigidez y contractura muscular de tipo intermitente ocasional. Su marcha y movimientos son lentos e inseguros. Presenta dolor al moverse en hombro derecho, para lo cual toma colchicina (Kolchicim) 0.5 miligramos cada tercer día (1/2 tableta).

- **Necesidad de higiene y protección de la piel**

Datos subjetivos

El aseo personal lo efectúa diario por las mañanas, la higiene oral después de cada comida y el aseo de manos lo realiza por razones necesarias (PRN); se corta las uñas y se afeita a diario, le agrada utilizar cremas humectantes.

Datos objetivos

Presenta onicomiosis en miembros pélvicos, así como fragilidad capilar con 5 años de evolución por inmunodepresión.

- **Necesidad de termorregulación**

Datos subjetivos

El paciente manifiesta sentir frío la mayor parte del tiempo.

Datos objetivos

Termorregulación ineficaz (hipotermia) debido a desequilibrio entre la termogénesis y termólisis por atrofia en el hipotálamo, derivada de la Encefalopatía Hepática. Su temperatura corporal se encuentra por debajo de los parámetros (37° - 37.5°C).

- **Necesidad de vestir prendas**

Datos subjetivos

Refiere cambiar su ropa personal a diario y tener dificultad para vestirse y desvestirse así como para elegir su vestuario; el tipo de ropa que le agrada es la casual y abrigadora debido a que siente frío y busca cubrirse.

Datos objetivos

Requiere ayuda parcial para vestirse y desvestirse, la cual se somete a su condición y su deseo.

- **Necesidad de sueño y descanso**

Datos subjetivos

Refiere tener sueño durante el día debido al insomnio que en ocasiones padece, además de sentir fatiga física y mental derivado de lo anterior.

Datos objetivos

Presenta insomnio y, por ende, hipersomnias diurnas por esfuerzos físicos y mentales, para lo cual le prescribieron tabletas de bromazepam (Lexotan, 3 miligramos) 1.5 miligramos antes de dormir.

- **Necesidad de evitar peligros**

Datos subjetivos

El paciente refiere tener problemas de coordinación en sus movimientos debido a la debilidad, los mareos y el cansancio.

Datos objetivos

El paciente corre riesgo de lesión cutánea por desvanecimientos ocasionales y pérdida repentina de fuerza en los miembros pélvicos. Utiliza lentes a causa de la miopía.

- **Necesidad de comunicación**

Datos subjetivos

El paciente señala tener una adecuada relación con sus familiares y refiere tener varios amigos.

Datos objetivos

El paciente presenta un estado de conciencia alerta, además tiene un correcto uso de lenguaje verbal y su comunicación es efectiva.

- **Necesidad de aprendizaje**

Datos subjetivos

El nivel académico del paciente es el de Médico Veterinario, refiere estar informado sobre su estado actual y su enfermedad. Su actitud es colaboradora, aunque presenta un estado de negación.

- **Necesidad de trabajo y realización**

Datos subjetivos

Actualmente es consultor de Ecología, su rol familiar es de padre y esposo, le agrada sentirse útil y autosuficiente, así como trabajar.

Datos objetivos

Probable depresión por truncamiento en actividades referentes a la autorrealización y cambios radicales en sus hábitos de vida.

- **Necesidad de distraerse y participar en actividades recreativas**

Datos subjetivos

Su tiempo libre lo ocupa en ver televisión, ver películas y en la jardinería, las actividades de su interés son el ajedrez, dominó, cartas y le agrada caminar y documentarse sobre vehículos automotores.

Datos objetivos

Existe una variación en la realización de dichas actividades debido a su padecimiento.

- **Necesidad de creencias y valores**

Datos subjetivos

Es católico y muy creyente, le agrada vivir, socializar y convivir con la naturaleza. Su mayor preocupación es su esposa. Sus relaciones sociales están regidas por sus valores morales y creencias religiosas, ya que resulta ser muy selectivo para interactuar.

4.-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLAN DE CUIDADOS:

- **Necesidad nutrición.**

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la nutrición, relacionado con anorexia, manifestado por la falta de ánimo a la hora de realizar su alimentación.

Fuente de dificultad: Falta de fuerza física y de estímulo para realizar su alimentación.

Objetivo:

- El señor Carlos JAP recuperará peso, por lo menos 5kg, de acuerdo a su metabolismo, tratando de alcanzar el peso ideal (entre 80 y 84 kilogramos) según su edad, sexo, talla y constitución corporal mediante el seguimiento de la dieta asignada por el Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”, logrando que realice por lo menos tres comidas diarias de acuerdo con la dieta proporcionada.

Cuidados:

- 1) **Ofrecer un ambiente limpio, tranquilo y agradable, acompañado de sus familiares y/o amigos (en caso de que sea posible y el paciente lo desee), para tomar sus alimentos.**

Fundamentación:

Un ambiente social y emotivo favorece la nutrición. Además, un ambiente terapéutico permite la satisfacción o solución de las necesidades humanas.²⁴

Evaluación:

El paciente mostró más entusiasmo a la hora de ingerir alimentos al verse acompañado y en condiciones que asemejaran su estilo de vida anterior a la enfermedad, como lo fue ir al comedor a comer, comer con amigos, con sus hijos y esposa, acudir a otros sitios a comer, etc. Así mismo, esto lo motivó a participar en la planeación de su toma de alimentos y de su convivencia.

2) Colocar al paciente en posición apropiada para su alimentación con base en sus condiciones físicas.

Fundamentación:

La alineación cercana a la posición anatómica impide el esfuerzo o la tensión muscular innecesarios.²⁵

Evaluación:

Con la implementación de este cuidado, el señor Carlos JAP manifestó una mayor comodidad a la hora de su alimentación y, por lo tanto, ingirió sus alimentos de manera más pausada y con menos esfuerzo por mantenerse rígido. Además mencionó que esto favoreció paulatinamente su degustación, pues por el cansancio luego se apresuraba a comer y ahora podía relajarse pues no se sentía fatigado por tener mala postura.

3) Dar facilidades al paciente para la selección de alimentos si su estado general y las indicaciones médicas lo permiten, obteniendo una variabilidad en su dieta más acorde con sus gustos, antojos y que esto impacte favorablemente a su motivación para comer y para buscar reponerse. La dieta que el paciente siguió se explica a continuación:

Dieta baja en hidratos de carbono simples y sodio.

Desayuno	Comida	Cena
½ equivalente de leche 4 equivalentes de cereales 3 equivalentes de lípidos 2 equivalentes de frutas Consumir al gusto verduras del grupo 1* Colación: 2 equivalentes de cereal.	2 equivalentes de carne 6 equivalentes de cereal 2 equivalentes de verduras del grupo 2** 1 equivalente de frutas 5 equivalentes de lípidos Consumir al gusto verduras del grupo 1* Colación: 2 equivalentes de cereal.	½ equivalente de leche 3 equivalentes de cereales 3 equivalentes de lípidos 1 equivalente de frutas Consumir al gusto verduras del grupo 1* Colación: 2 equivalentes de cereal.

²⁵ Rosales, S., Reyes, E. *Fundamentos de Enfermería*, pp. 314-317.

*Verduras grupo 1.

Acelgas, alcachofa, apio, berros, brócoli, calabacitas, col, ejotes, espinacas, flor de calabaza, hongos, jitomate, lechuga, nabo, nopales, pepinos, rábanos, romeritos, tomate y verdolagas.

**Verduras grupo 2. (½ taza equivalente)

Berenjena, betabel, calabaza de Castilla, chayote, chícharos, chile poblano, cebolla, col de Bruselas, cuitlacoche, espárragos, germinado de soya, habas verdes, huazontles, poro, quelites y zanahoria.

Cereales y tubérculos.

Arroz cocido (65grs, ½ taza), rice crispis (18grs, ½ taza), avena cocida (100grs, ½ taza), bolillo sin migajón (½ pieza), bollo o media noche (½ pieza), camote cocido (60 grs, ¼ de taza), cereal de caja sin azúcar (18 grs, ½ taza), elote cocido (85 grs, ½ pieza), galletas de avena sin miel (1 pieza), galletas habaneras (3 piezas), galletas Marías (4 piezas), galletas para sopa (20 piezas), hojuelas de maíz (20 grs, ¾ de taza), maicena (20 grs, 2 cucharadas), palomitas sin sal (3 tazas), pan árabe (25 grs, 1/3 de pieza), pan de caja (1 rebanada), pan molido (40 grs, 3 cucharadas), papa cocida (90 grs, ½ taza), papa francesa sin sal (30 grs, 8 piezas), pasta de sopa cocida (65 grs, ½ taza), tortilla de harina (1 pieza), tortilla de maíz (1 pieza).

Al paciente se le suprime el consumo de leguminosas.

Leche:

Por cada equivalente puede consumir:

Leche en polvo (3 cucharadas)

Leche líquida (240 ml.)

Jocoque (240 ml.)

Yogurth natural (240 ml.)

Leche evaporada (120 ml.)

Carne:

Por cada equivalente puede consumir:

Clara de huevo (2 piezas)

Huevo entero (1 pieza)

Pescado fresco (30 grs.)

Pollo o pavo (30 grs.)

Res (30 grs.)
Requesón (40 grs., 2 cucharadas)
Queso cottage (40 grs., 2 cucharadas)
Queso panela (30 grs.)
Hígado (45 grs.)

Fundamentación:

La enseñanza sobre el buen funcionamiento del aparato gastrointestinal tiene como base una dieta equilibrada, nutritiva y variada que sea compatible con los gustos del paciente. Además, para conservar el equilibrio hídrico y nutricional y eliminar toxinas del organismo se requiere un 70% de agua en la dieta.²⁶

Evaluación:

Al brindarle una relativa libertad al paciente sobre la elección de sus alimentos, considerando las opciones de la dieta proporcionada por el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran" (INNSZ), éste expresaba sentirse tomado en cuenta y con una sensación de estar "enfermo" menor, ya que no se le imponía qué comer totalmente.

4) Observar las reacciones del paciente y, si es necesario, brindar educación para la salud sobre su estilo de alimentación.

Fundamentación:

El organismo humano responde física y psicológicamente a situaciones o experiencias perturbadoras (vergüenza al recibir ayuda o depresión por sentir una carga para el profesional de enfermería o familiares). El interés, la disposición y paciencia de la familia, ayudan al paciente a tomar sus alimentos en forma satisfactoria.²⁷

Evaluación:

Hacerle notar al paciente algunos aspectos que manifestaba no tener muy seguros o claros permitió modificar positivamente su estado de ánimo, así como incrementar su motivación para continuar con los hábitos alimenticios que llevaba. Además podía sentir cómo su esfuerzo no era en vano, pues los resultados obtenidos paulatinamente reforzaban la relación entre un estilo de vida adecuado a su enfermedad y el mantenimiento de una condición estable y sin recaídas relacionadas con este factor.

²⁶ López, I. Atención domiciliaria: diagnósticos de enfermería, pp. 837- 840.

²⁷ Id.

- **Necesidad hidratación.**

Diagnóstico de Enfermería: Alteración en el volumen de líquidos relacionada con la excesiva pérdida de éstos por emesis constante manifestada por la aparición de pliegues cutáneos y sequedad en mucosas.

Fuente de dificultad: Complicaciones de la Encefalopatía Hepática reflejada en problemas gástricos como la emesis.

Objetivo:

- El señor Carlos JAP conseguirá y mantendrá una correcta hidratación en piel y mucosas, aproximadamente en una semana, evitando la pérdida de electrolitos.

Cuidados:

- 1) Bañar al paciente (si el nivel de conciencia lo permite el baño será de regadera; si no es posible se realizará al paciente baño de esponja).**

Fundamentación:

El agua favorece el arrastre mecánico de bacterias e hidrata la piel y las mucosas.²⁸

Evaluación:

Se procuró que el baño al paciente fuera diario o por lo menos cada tercer día, logrando en él una sensación de bienestar manifestada por él mismo y una visible hidratación en su piel y mucosas. Además, la mayor parte de las veces él mismo realizó su baño y con ello procuró conservar su espacio personal, aunque esto no impidió que cuando se sintiera mareado o débil solicitara ayuda al personal de enfermería.

28 Phaneuf, M. Cuidado de enfermería: el proceso de atención y la orientación para el diagnóstico de enfermería, pp. 34-35.

2) Medir la cantidad de líquidos que ingresan al organismo por vía oral en 24 hrs.

Fundamentación:

El volumen hídrico de un ser humano, es constante y directamente proporcional a la ingesta del mismo; corresponde al 70% de peso corporal total. La medición exacta de la ingesta de líquidos debe abarcar todos los líquidos ingeridos, incluyendo el agua de los alimentos.²⁹

Evaluación:

La medición de los líquidos por vía oral, es decir, por medio de las cantidades de líquido que tomaba el paciente (agua, alimentos, jugos, leche, etc.) realizada cada día sirvió para tener un control respecto a las cantidades ingeridas y expulsadas, así como la relación entre el tomar líquidos y la mejora en la hidratación de manera visible, lo cual se manifestó favorablemente.

3) Ministración de líquidos por vía oral por medio de bebidas, agua contenida en los alimentos y agua por metabolismo de alimentos.

Fundamentación:

La ingesta de líquidos diaria necesaria en un adulto es la siguiente: 1500ml de agua, 700ml de agua incluida en los alimentos y 200ml por metabolismo de los alimentos.³⁰

Evaluación:

Brindándole uno mismo los líquidos al paciente se pudo asegurar que diariamente se cubriera la cantidad propuesta de consumo, dada por su dieta, así como corroborar que la cantidad ingerida fuera proporcional a la cantidad eliminada, lo cual incrementó paulatinamente el cubrimiento de esta necesidad en el paciente sin caer en los excesos ni deficiencias en la ministración de líquidos.

²⁹ Rayón, E. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica, pp. 71-73.

³⁰ Id.

4) Medir los líquidos que egresan del organismo del paciente por medio de la orina.

Fundamentación:

Las pérdidas “normales” son las derivadas del volumen de orina (1500ml.), el agua contenida en las heces (200ml.), las pérdidas sensibles (450ml.) y las pérdidas insensibles de vapor de agua a través de los pulmones y la piel (350ml).³¹

Evaluación:

Esto, como ya lo comenté en los cuidados 2 y 3, complementó el ciclo de información respecto a la forma en que los líquidos se comportaban en el organismo del paciente, es decir, si las cantidades de líquidos que ingería eran iguales o parecidas a las que orinaba, lo cual fue correcto, midiéndolo por medio de un recipiente del cual se conociera su equivalente en ml., encontrando que sí se eliminaba la cantidad promedio manejada en la teoría, lo cual refleja un balance hídrico positivo en la persona.

- **Necesidad eliminación.**

Diagnóstico de Enfermería: Estreñimiento relacionado con hipoperistaltismo del intestino grueso manifestado por fatiga al intentar evacuar, dos evacuaciones en promedio diaria con heces pálidas (color arcilla), semisólidas y en pequeña cantidad (heces pequeñas).

Objetivo:

- El señor Carlos JAP recobrará y mantendrá la actividad intestinal mediante el seguimiento de la dieta asignada por el Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán” y ejercicio regular (caminatas), aproximadamente en una semana, evitando la reincidencia en este problema.

³¹ Phaneuf, M. Cuidado de enfermería: el proceso de atención y la orientación para el diagnóstico de enfermería, pp. 34-35.

Cuidados:

- 1) Obtener la historia intestinal a través del propio individuo o de un familiar.**

Fundamentación:

La historia intestinal del paciente ayuda a dibujar un panorama que refleje antecedentes de padecimientos y poder identificar y prevenir posibles complicaciones o reincidencias. Además se pueden identificar diversos factores que permiten evaluar su estilo de vida, hábitos alimenticios y posibles problemas futuros derivados de esto.³²

Evaluación:

Entender cómo había sido el funcionamiento eliminatorio del paciente permitió ver el rumbo de su salud en este aspecto, así como identificar los posibles factores que ocasionaban los problemas de estreñimiento, encontrándolos principalmente en su alimentación e hidratación.

- 2) Fomentar en la dieta asignada del paciente el consumo de alimentos ricos en fibra y líquidos para facilitar su evacuación.**

Fundamentación:

La fibra coopera el aumento de la peristalsis y el agua favorece el arrastre mecánico de las heces.³³

Evaluación:

Mediante una dieta hipoprotéica e hipocalórica, así como rica en fibra y la ingesta a tolerancia de líquidos, aunado a una actividad física constante (caminatas), se erradicaron progresivamente los problemas de estreñimiento del paciente, lo cual impactó favorablemente su estado de salud. También se observó un mejor estado de ánimo, ya que se presentó menor irritabilidad al reducir la incomodidad producida por el estreñimiento.

³² Phaneuf, M. *Cuidado de enfermería: el proceso de atención y la orientación para el diagnóstico de enfermería*, pp. 36-37.

³³ Tortora, G. *Principios de anatomía y fisiología*, p. 811.

3) Llevar un registro de frecuencia de eliminación intestinal del paciente para determinar sus patrones y posibilidades de evacuación.

Fundamentación:

La presión que se ejerce en el recto al asumir la posición sentada con las rodillas dobladas al defecar ayuda a expulsar el contenido intestinal. Si no se toma en cuenta la necesidad de defecar, el recto a la postre aumenta de tamaño y pierde cierto grado de sensibilidad al estímulo para defecar, y la consecuencia es el estreñimiento.³⁴

Evaluación:

Llevar un registro respecto a la actividad intestinal del paciente, permitió identificar una evolución en su actividad eliminatoria, así como comprobar el mejoramiento en su metabolismo derivado de sus hábitos de ejercicio físico y alimentación. Este registro fue durante una semana y se tomaba en cuenta las veces que evacuaba al día y las manifestaciones hechas por el paciente.

- **Necesidad movilidad y postura.**

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la movilidad, la cual es lenta e insegura, relacionado con daño de los mecanismos sensoriales manifestado por desvanecimientos ocasionales.

Fuente de dificultad: Falta de fuerza física y disminución de la agudeza mental a causa de la Encefalopatía Hepática.

Objetivo:

- El señor Carlos JAP adquirirá independencia en sus movimientos mediante la asistencia física y orientación del personal de enfermería aproximadamente en 15 días.

34 Rayón, E. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica, pp. 532-535.

Cuidados:

1) Proporcionar ayuda a incorporarse de la cama.

Fundamentación:

El tono muscular frecuentemente disminuye cuando la salud es mala, sobre todo cuando es necesario el reposo prolongado en cama. La inactividad hace que los músculos disminuyan su volumen y fuerza, ya que cuando el enfermo se haya inmovilizado e incapaz de hacer ejercicio, los músculos se debilitan y atrofian.

Además, el reposo prolongado en cama distorsiona el sentido del equilibrio debido a la acción de la gravedad sobre el líquido del oído interno. La posición erecta estimula la respiración profunda y contribuye también a proporcionar un sentido de equilibrio y bienestar.³⁵

Evaluación:

Mediante la ayuda a incorporarse de la cama, con la finalidad de servir de soporte cuando el paciente se incorporaba, sujetándose de mis hombros, se pudieron evitar los movimientos bruscos que propiciaran mareos y/o caídas; así mismo el hecho de guiarlo adecuadamente le infundió seguridad progresivamente al sentir la confianza de poder intentarlo solo, sabiendo que podría asistirlo en caso de que fuera necesario.

2) Vigilar la condición del paciente para determinar el mejor momento para caminar.

Fundamentación:

La ambulación ayuda a restablecer la sensación de equilibrio y aumenta la propia confianza en el paciente. El profesional de la salud debe vigilar al enfermo ante la posibilidad de desvanecimiento al adoptar la posición vertical, la cual es preferible obtenerla sentado en un lado de la cama. También se debe valorar el sentido de equilibrio del paciente y notar cualquier signo de debilidad o fatiga, así como valorar la existencia e intensidad del dolor para determinar el mejor momento para caminar.³⁶

³⁵ Phaneuf, M. (1993). *Cuidado de enfermería: el proceso de atención y la orientación para el diagnóstico de enfermería*. Madrid, Mc Graw Hill: Interamericana, pp. 38.

³⁶ Rayón, E. *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica*, p. 352.

Evaluación:

Tener un especial cuidado de percibir si el paciente se sentía mareado al sentarse en la cama o al levantarse de ella, permitió asegurarse de que las condiciones de equilibrio y estabilidad fueran adecuadas para que éste se pudiera trasladar de un sitio a otro o si era conveniente que permaneciera en ese sitio hasta que estuviera en óptimas condiciones para moverse.

3) Fomentar en el paciente la postura correcta para caminar.

Fundamentación:

Se debe estudiar la postura del paciente durante la movilización. La postura bien alineada es con la cabeza erecta, columna vertebral derecha, dedos de los pies y rótulas dirigidas hacia adelante, con los codos ligeramente flexionados. Se debe además incluir en esta evaluación la marcha normal del enfermo en relación con la estructura física del cuerpo, tomando en cuenta que los músculos principales que participan en la ambulación son los de piernas y muslos.³⁷

Evaluación:

La realización de este aspecto tuvo beneficios en dos direcciones. Por una parte, el hecho de que el paciente aprendiera las técnicas adecuadas para incorporarse de la cama, cómo mantener una postura equilibrada que le proporcionara estabilidad para caminar y cuándo podía hacerlo según su estado y condición, le permitió adquirir los elementos necesarios para auto-monitorear su condición y aptitud, lo cual al mezclarse con su gusto por las caminatas, reforzaba su seguridad para hacerlo de manera independiente.

A su vez, estos mismos conocimientos fueron adquiridos por su familia, lo cual funcionó para que desempeñaran el papel de apoyo físico y psicológico en pro de su autonomía.

³⁷ Madero, S. *Atención primaria: cuidados de enfermería*, p.60.

4) Ayudar con la ambulaci3n segun el estado, evaluaci3n y deseo del paciente.

Fundamentaci3n:

El tono muscular se deteriora despu3s de inactividad prolongada. Durante los intentos iniciales de ambulaci3n, el paciente puede calcular en demasía sus capacidades. Hay que disponer de ayuda adecuada durante los primeros intentos de ambulaci3n para asegurarse que no surjan problemas. Se debe evaluar la amplitud de los movimientos mientras el enfermo se haya todavía en cama, luego cuando se sienta en un lado de la cama y posteriormente al estar de pie junto a ella. A partir de esta evaluaci3n se puede determinar qu3 tanta ayuda necesita para caminar.³⁸

Evaluaci3n:

Tomando en cuenta los aspectos antes evaluados, se pudieron identificar los momentos en que el paciente requería asistencia para caminar, ya sea dentro de su casa o en las caminatas que le acostumbra realizar y con ello evitar caídas por desvanecimientos, tropiezos, inseguridad para caminar, disminuci3n del deseo de deambular y adem3s, esto tambi3n fortaleci3 su autoconfianza para independizarse gradualmente.

5) Fomentar la independencia progresiva del paciente en su ambulaci3n y movimientos.

Fundamentaci3n:

Cuando se le demuestra al paciente que puede hacer las cosas por sí mismo, se refuerza su confianza y surge una motivaci3n para continuar con su tratamiento, pues se pueden apreciar los avances que son producto de ello. Adem3s, el ser independiente le permite realizar actividades de manera voluntaria, lo cual supera una de las fuentes de dificultad que podría presentar segun Virginia Henderson.³⁹

Evaluaci3n:

Este aspecto es muy importante, ya que si al paciente se le refuerza constantemente su capacidad de autosuficiencia para realizar diversas actividades, entre ellas caminar, moverse, trasladarse de un sitio a otro dentro de su hogar, entre otras, se aumenta su autoconfianza, su autovaloraci3n y, por ende, su autoestima, lo cual actúa en pro de su recuperaci3n porque afecta directamente su fuente de motivaci3n.

³⁸ Wieck, L., King, E. M., Dyer, M. *T3cnicas de enfermería: manual ilustrado*, pp. 248.

³⁹ Ray3n, E. *Manual de Enfermería M3dico-Quirúrgica*, p. 353.

Esto es lo que precisamente ocurrió con el paciente, ya que poco a poco pudo conseguir su independencia en cuanto a movimiento, postura y caminata, y además de ello, pudo defender esta condición, derivada de su orgullo, hasta el grado de reducir la atención por parte de su familia en este sentido, pues mostró capacidades cada vez más desarrolladas para manejarse solo. Cabe mencionar que esto no quiere decir que se le haya desatendido o quitado la vigilancia por cualquier imprevisto o desvanecimiento.

- **Necesidad higiene y protección de la piel.**

Diagnóstico de Enfermería: Deficiencia de los cuidados personales relacionada con la disminución de la agudeza mental manifestada por dificultad en movimientos coordinados.

Fuente de dificultad: Falta de fuerza física como reacción propia de la Encefalopatía Hepática.

Objetivo:

- El señor Carlos JAP adquirirá gradualmente autonomía en su aseo personal mediante intervenciones asesoradas por el profesional de enfermería, observándose resultados aproximadamente en una semana.

Cuidados:

- 1) **Habilitar al paciente con los materiales necesarios para bañarse, por ejemplo: prendas de vestir, jabón, toalla, etc.**

Fundamentación:

El acomodar la ropa y los materiales requeridos disminuye tiempo y esfuerzo para ambas partes.⁴⁰

Evaluación:

Utilizando el procedimiento antes mencionado, de manera constante y complementando por explicaciones de uso y utilidad de los instrumentos, se pudo lograr que el paciente identificara qué necesita para asearse y cómo hacerlo, teniendo en cuenta que en todo momento se mantuvo una vigilancia por cualquier emergencia o duda respecto al aseo personal, ya que la seguridad es algo primordial. Esto ocurrió en un lapso de una semana.

40 Alfaro-Le Fevre, R. *Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica*, p. 180.

2) Proporcionarle seguridad al paciente mediante una silla en el cuarto de baño en la que se pueda sentar cuando tenga momentos de debilidad, mareos o cansancio.

Fundamentación:

Conservar la fortaleza del paciente y asegurarse que se cumplan con las medidas de seguridad permite brindar confianza a la persona que va a tomar el baño; esto es importante para que ésta reconozca la actividad como algo agradable y satisfactorio, no como algo que implique un peligro para su integridad.⁴¹

Evaluación:

Mediante las precauciones tomadas para preservar la seguridad del paciente, éste pudo bañarse sin problemas y con la plena seguridad de que el personal de enfermería estaba pendiente del cuidado de su integridad mediante la vigilancia constante y la orientación; esto promovió la confianza, empatía y elevó la seguridad personal del individuo. Esto no puede situarse en un tiempo específico, ya que el hecho de proporcionarle una silla dependía de su estabilidad en cuanto a su postura y su equilibrio.

3) Asistir al paciente si es necesario al bañarse, rasurarse y vestirse hasta que sea capaz de realizarlo sin ayuda.

Fundamentación:

Acompañar al paciente durante su arreglo personal, cuando la situación lo amerite, lejos de ser una intromisión en su espacio privado resulta un estímulo para que éste se sienta protegido y además pueda realizar su aseo con la seguridad de que hay alguien más que salvaguardará su persona ante un accidente, duda o complicación en el proceso.⁴²

Evaluación:

El paciente, una vez que se sentía en condiciones óptimas en cuanto a fuerza física y equilibrio según su enfermedad, lo cual no presentaba una pauta constante como para mencionar un tiempo definido de ocurrencia, solicitaba ser independiente por completo a la hora de tomar el baño, ya que siempre defendió su autonomía.

Cuando él consideraba que no se sentía fuerte o yo percibía que titubeaba o le costaba trabajo realizar las actividades propias del bañarse, se le asistía y el paciente aceptaba la ayuda.

41 Jaffe, M. Enfermería en atención domiciliaria: valoración y planes de cuidados, p. 483.

42 Alfaro-Le Fevre, R. Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica, pp. 208-210.

4) Asistir al paciente en la humectación de su piel, utilizando la crema “Mustela”.

Fundamentación:

La piel, como el órgano más grande del cuerpo, debe tener un cuidado especial para que se conserve sana. Esto se logra si se toman las medidas pertinentes en cuanto a la alimentación, el aseo, su protección y humectación, así como por la limpieza constante mediante el baño, elementos que juegan un papel preponderante, sobre todo si la enfermedad que padece la persona ocasiona repercusiones en esta parte. En la medida que el paciente reciba atención y cuidados en este aspecto, mayor será su comodidad física.⁴³

Evaluación:

Este cuidado permitió cubrir una de las demandas más importantes del paciente, ya que comentaba constantemente sentir resequead en la piel y estar incómodo por ello, por lo que la aplicación de la crema “Mustela”, así como un incremento en la ingesta de líquidos según la dieta asignada, permitieron acelerar la hidratación y humectación de su piel en aproximadamente 15 días.

- **Necesidad termorregulación.**

Diagnóstico de Enfermería: Termorregulación ineficaz relacionada al desequilibrio entre la termogénesis y la termólisis (generación y pérdida de calor) manifestada por hipotermia (temperatura de 35°C).

Objetivo:

- El señor Carlos JAP mantendrá su temperatura corporal (actualmente de 35°C) dentro de los parámetros establecidos (37°C–37.5°C) mediante el uso de prendas que le proporcionen calor y evitando la exposición a cambios bruscos de temperatura ambiental de manera inmediata.

⁴³ Wieck, L., King, E. M., Dyer, M. Técnicas de enfermería: manual ilustrado, pp.160-161.

Cuidados:

1) Valorar constantemente la temperatura del paciente.

Fundamentación:

La termorregulación en el cuerpo corre a cargo del hipotálamo, el cual es uno de los reguladores más importantes de la homeostasis, pues permite que la temperatura corporal se encuentre en sus parámetros regulares, los cuales oscilan entre 37°C y 37.5°C.⁴⁴

Evaluación:

La temperatura fue uno de los signos vitales que constantemente estuve revisando en el paciente, por lo que llevar a cabo este cuidado me permitió establecer y valorar en parte la evolución en la enfermedad del paciente, así como las repercusiones físicas que tiene en él, corroborando el diagnóstico de hipotermia y facilitando la toma de medidas para contribuir a la producción de calor que él ya no podía crear por sí mismo.

2) Proporcionar al paciente calor mediante el uso de prendas gruesas y abrigadoras cuando su temperatura haya descendido o así lo requiera.

Fundamentación:

La regulación de la temperatura es el equilibrio entre la producción y pérdida de calor. El centro de integración es el termostato hipotalámico. El medio frío causa vasoconstricción, aumento del tono muscular, temblor, incremento de la actividad muscular, por lo que se da el impulso para buscar abrigo o vestimenta. En este caso las prendas deben ser cómodas para que el paciente acepte usarlas.⁴⁵

Evaluación:

Ante la manifestación de frío por parte del paciente, pude cubrir la necesidad del paciente, ya que su esposa desde un principio me informó sobre el sitio donde se encontraban guardadas sus prendas para abrigarse, tales como: chamarras, suéteres y frazadas, por lo que yo acudía a traerle algo para arroparse.

Por el contrario, cuando manifestaba calor (lo cual era muy raro), simplemente me pedía que le ayudara a despojarse de un suéter o prenda porque no podía realizar grandes esfuerzos.

⁴⁴ Tortora, G. *Principios de anatomía y fisiología*, pp. 417-418.

⁴⁵ López, I. *Atención domiciliaria: diagnósticos de enfermería*, pp.145-153.

3) Evitar la exposición del paciente a cambios bruscos de temperatura ambiental, por ejemplo al salir de bañarse.

Fundamentación:

Cuidar que el paciente no esté expuesto a cambios bruscos de temperatura en su hogar permite reducir el riesgo de un desequilibrio térmico. Para ello se deben implementar medidas como: evitar que se formen corrientes de aire cuando sale de bañarse, abrir poco a poco las ventanas para que el ambiente se vaya acondicionando paulatinamente, no quitarse prendas como suéteres o abrigos abruptamente cuando sienta calor, evitar alimentos o bebidas frías, entre otras.⁴⁶

Evaluación:

Se pudo disminuir el riesgo de que el paciente pudiera enfermarse debido a cambios bruscos de temperatura al controlar las corrientes de aire ocasionadas por las ventanas y puertas abiertas, así como procurar secarlo rápidamente después de bañarse y proporcionarle su vestimenta inmediatamente después de hidratarlo para evitar que esté desnudo o en ropa interior mucho tiempo.

- **Necesidad vestir prendas.**

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la imagen corporal relacionada con la dificultad para vestirse por sí mismo manifestada por inseguridad de movimientos y mareos.

Fuente de dificultad: Falta de fuerza física y depresión.

Objetivo:

- El señor Carlos JAP realizará por sí mismo las actividades de vestirse y arreglarse mediante la práctica constante y el asesoramiento del personal de enfermería, mostrando los primeros resultados aproximadamente en 5 días y mejorando paulatinamente.

46 Id.

Cuidados:

- 1) Ayudar en la organización de los elementos necesarios, como ropa interior y exterior, crema, loción, cepillo, rastrillo, crema de afeitar, espejo, etc., para la realización de la actividad.**

Fundamentación:

Proporcionar al paciente los aditamentos necesarios para su arreglo personal permite que la actividad sea más sencilla y cómoda para él. ⁴⁷

Evaluación:

El tener en orden los materiales y objetos y asistirlo en su uso, me ayudó a que el trabajo se simplificara para ambas partes, además fomentó la comunicación, la motivación para la independencia del paciente y reforzar la comprensión del proceso de aseo personal. Esto ocurrió en un lapso aproximado de una semana.

- 2) Elegir ropas cómodas y fáciles de poner para el paciente, tomando en cuenta su opinión.**

Fundamentación:

El tipo de ropa que se utiliza define en gran medida las sensaciones físicas que el paciente tendrá, lo cual puede influir en su estado de ánimo positiva o negativamente. Las características de la ropa, como el hecho de que sean fáciles de poner, permite al paciente, sobre todo cuando cuenta con problemas de movilidad y/o falta de fuerza física, vestirse por sí mismo y sentirse útil y autosuficiente.⁴⁸

Evaluación:

Esta medida ocasionó un impacto positivo directo en la autosuficiencia, autoestima y comodidad del paciente, ya que al tener ropa fácil de poner él mismo podía vestirse sin realizar un gran esfuerzo que lo agotara, además el hecho de saber que lo podía hacer solo lo motivaba a sentirse útil, así como el que la ropa fuera cómoda y de su gusto le hacía dispersar su atención de su padecimiento y sentirse relajado.

⁴⁷ Rayón, E. *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica*, pp. 340-345.

⁴⁸ Id.

3) Ayudar al paciente en su vestimenta, según su nivel de dependencia, el cual es parcial, y deseo.

Fundamentación:

El profesional de la salud debe proporcionar asistencia en las actividades que el paciente no pueda realizar de manera total o parcial en la medida en que éste lo requiera y solicite, ya que esto permitirá a la persona aprender el proceso, sentirse apoyado y disipar sus dudas respecto a la realización de la labor.⁴⁹

Evaluación:

Esta medida disminuyó la cantidad de esfuerzo realizado por el paciente, lo cual resultó positivo para evitar cansarse; además, facilitó el proceso de arreglo personal y reforzó el conocimiento al respecto. También este tipo de interacción fomentó la confianza entre el personal de enfermería y el paciente y el sentimiento de protección y apoyo hacia este último.

4) Proporcionar intimidad en el momento de vestirse.

Fundamentación:

El profesional de la salud brindar atención al paciente sin invadir su espacio personal, a menos que esto sea muy necesario. Uno de los momentos de intimidad se da precisamente cuando la persona se viste y desviste, por lo que se debe limitar la intervención a lo estrictamente necesario. Esto le proporciona respeto, comodidad y confianza al paciente.⁵⁰

Evaluación:

Cuando se le preguntaba a la persona sobre si requería ayuda para vestirse, la interacción entre el enfermero y ésta era con un margen de espacio vital personal, el cual era traspasado sólo cuando así lo indicara el individuo; esto mantuvo una atmósfera de respeto y promovió la búsqueda de autonomía e independencia del paciente, sin perder de vista el hecho de que también requería de vigilancia estrecha por su padecimiento, lo cual era reconocido y concientizado por él y recordado por el personal de enfermería.

⁴⁹ Id.

⁵⁰ Phaneuf, M. Cuidado de enfermería: el proceso de atención y la orientación para el diagnóstico de enfermería, pp. 40-41.

- **Necesidad evitar peligros.**

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de lesión cutánea relacionado con deficiencias sensoriales y motoras propio de la Encefalopatía Hepática manifestado por mareos, desvanecimientos y debilidad generalizada.

Fuente de dificultad: Falta de fuerza física por la Encefalopatía Hepática.

Objetivo:

- Reducir el riesgo de caída del paciente mediante la identificación, prevención y modificación de riesgos ambientales, vigilancia estrecha y conversaciones informativas con los familiares aproximadamente en una semana.

Cuidados:

- 1) Vigilar a la persona estrechamente en sus movimientos para garantizar su seguridad.**

Fundamentación:

La lesión es la cuarta causa principal de muerte en la población en general. El término accidente implica falta de control de las fuerzas externas. La enfermería se centra en identificar las variables (huésped, agentes, ambiente) que pueden controlarse para prevenir las lesiones. Estar atento a los movimientos, acciones, ambulaciones e interacción con el ambiente del paciente permite identificar y eliminar factores de riesgo de lesiones y/o caídas.⁵¹

Evaluación:

Esta actividad fue uno de los pilares de la atención del paciente, ya que uno de sus principales problemas eran los desvanecimientos o la pérdida de fuerza física, lo cual ponía en riesgo su integridad. Por ello, el vigilar constantemente al paciente evitó que cayera y se lastimara, así como también incrementó su seguridad, lo cual fue expresado directamente por él al mencionar que se sentía protegido y seguro cuando lo vigilaba, atreviéndose a realizar cosas que solo o con otras personas no hacía, como caminar un poco más, hacer algunos movimientos rápidos, etc.

51 Fernández, C., Novel, G. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos, pp. 32-33.

2) Mantener la cama en un nivel más bajo (aproximadamente a 40cm del suelo) y con espacio suficiente en ambos lados para facilitar la movilización del paciente.

Fundamentación:

Resulta más fácil tanto para el paciente como para el personal de enfermería contar con ciertas comodidades en muebles y objetos que faciliten la atención de la persona. En el caso de la cama, si se encuentra a un nivel bajo, con espacio en ambos costados y sus características brindan confort, simplificará la manipulación del paciente o, en caso de que éste pueda valerse por sí mismo para levantarse, se reducirá en gran cantidad el riesgo de lesiones y/o caídas debidas a obstáculos ambientales.⁵²

Evaluación:

Debido a que el padecimiento que presenta el paciente reduce su fuerza física demasiado, tener la cama en una posición cómoda (con suficiente espacio a los costados para facilitar el desplazamiento tanto del individuo como del enfermero (a)) y a un nivel más bajo de lo común evitó que el paciente se cayera y lesionara al momento de incorporarse de ella solo, además de que facilitó el hecho de maniobrarlo para asistirlo o para movilizarlo.

3) Fomentar la colaboración, en la movilización del paciente, de la familia en conjunción con el personal de enfermería para evitar caídas.

Fundamentación:

Los objetivos para la prevención y tratamiento de las caídas se centran en reducir la probabilidad de caídas al disminuir los riesgos ambientales, reforzar la competencia del individuo para resistir las caídas y las lesiones producidas por ellas, y proporcionar cuidados a los lesionados después de la caída. La colaboración entre el individuo, familia y miembros del equipo ayuda a alcanzar la decisión de un ambiente menos restringido.⁵³

Evaluación:

El equipo formado por la triada paciente-familia-personal de enfermería favoreció en gran medida que el paciente estuviera bien atendido, ya que la familia siempre buscaba participar y ofrecerse a ayudar, pese a que yo podía hacerlo solo, de hecho, ellos buscaban qué más hacer para colaborar y esto hacía sentir valorado y querido al señor CJAP.

⁵² Id.

⁵³ Rayón, E. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica, vol. 1, pp. 532-535.

4) Recomendar la eliminación de alfombras, objetos que obstaculicen el paso (como macetas en los corredores, tapetes, muebles, etc.) y suelos encerados.

Fundamentación:

Eliminar objetos o características del hogar del paciente que puedan fungir como factores de riesgo para lesiones y/o caídas mantiene un ambiente de confort y seguridad, lo cual reduce el riesgo de peligro.⁵⁴

Evaluación:

Tanto por mi parte como por parte de la familia existió una atención total a este tipo de factores de riesgo, derivada de la comprensión del peligro que implican, por lo que desde que recibieron la información, los familiares modificaron su casa quitando la alfombra y dejando se encerar el piso, lo cual redujo considerablemente el riesgo de caídas y lesiones.

5) Recomendar la colocación de superficies antideslizantes en la escalera.

Fundamentación:

Las superficies antiderrapantes son de gran utilidad para aumentar la fricción en los lugares en que son colocadas (suelo, barandales, escaleras) lo cual disminuye el riesgo de que el paciente se resbale y caiga, sufriendo alguna lesión que ponga en peligro su salud o complique su enfermedad.⁵⁵

Evaluación:

Esta medida permitió que la movilización del paciente al subir y bajar las escaleras fuera más segura y me permitiera tener un mayor control cuando se apoyaba en mis hombros o al sostenerse de mis brazos cuando se sentía débil, además favoreció el empleo de un menor esfuerzo por parte del paciente para trasladarse por sí mismo cuando podía hacerlo.

⁵⁴ Diez, M. Manual de enfermería, pp. 158-160.

⁵⁵ Id.

- **Necesidad distraerse y participar en actividades recreativas.**

Diagnóstico de Enfermería: Alteración en la realización de actividades recreativas relacionado con apatía o falta de motivación manifestado por desinterés en ellas.

Fuente de dificultad: Falta de voluntad por depresión.

Objetivo:

- El señor Carlos JAP expresará actividades recreativas de su agrado y participará progresivamente en ellas reconociendo sentimientos positivos en su realización, observando una evolución en este aspecto aproximadamente en una semana.

Cuidados:

- 1) **Consensuar actividades recreativas de la preferencia del paciente que sean viables, en cuanto a nivel de energía y posibilidades de realización.**

Fundamentación:

Todos los seres humanos necesitan estímulos. En el adulto la falta de estímulos dan como resultado el aburrimiento y la depresión. La persona aburrida tiene sentimientos introspectivos de estar oprimida y atrapada, lo que provoca enojo y hostilidad consciente o inconsciente. Es importante evaluar la capacidad física de la persona para ejercer sus actividades de ocio preferidas: su fuerza física, su resistencia al esfuerzo, su flexibilidad articular, su capacidad y de realizar determinadas acciones, y observar los factores que se oponen a ello, como el dolor, la debilidad, las modificaciones corporales o las limitaciones sensoriales.⁵⁶

Evaluación:

A medida de que el señor Carlos JAP se iba interesando en retomar su vida social, su motivación crecía y esto repercutía favorablemente en su salud. Dependiendo de su fuerza física, podía salir a caminar, a visitar vecinos o conocidos en la zona donde vive o pedirle a su esposa que nos llevara a un restaurante a platicar con sus amigos que se reunían ahí diariamente. Cuando no podía salir, conversábamos, lo cual frecuentemente él iniciaba, y con ello su mente se mantenía activa y distraída en una actividad distinta a su rutina habitual. Mi función consistió básicamente en cuidarlo mientras realizaba estas actividades y participar en su distracción al conversar larga y amenamente con él, lo cual fortaleció los vínculos de confianza y afecto que surgieron con él y su familia.

⁵⁶ Phaneuf, M. Cuidado de enfermería: el proceso de atención y la orientación para el diagnóstico de enfermería., p. 49.

2) Promover en el paciente el deseo de realizar actividades de esparcimiento según sus posibilidades físicas, sociales, económicas y sus gustos.

Fundamentación:

Las actividades recreativas permiten liberar las emociones y las tensiones. La capacidad de satisfacer la necesidad de distraerse se basa en la integridad de las facultades cognitivas y en una cierta apertura psicológica de la persona. Su motivación, optimismo y voluntad de crear un equilibrio en la vida son también factores esenciales. Darse cuenta de que uno se aburre permite reorientar las actividades para aumentar los estímulos. El profesional de la salud que entiende el concepto de aburrimiento, y se da cuenta de sus propios patrones de reacción y conducta respecto al mismo, está más capacitado para tratarlo en los demás.⁵⁷

Evaluación:

Esta labor no fue nada complicado puesto que el paciente sabía de la importancia de recrearse y distraerse, ya que cuando se tocó este punto, de inmediato pudo identificar qué actividades le agradan, además pudo relacionar cuándo llevar a cabo estas actividades de acuerdo con su estado de salud (fuerza física y estado de ánimo).

3) Seleccionar actividades de corta duración y variadas al principio, que produzcan resultados positivos a corto plazo; por ejemplo caminatas frecuentes.

Fundamentación:

Existe una relación significativa entre la actividad informal y la satisfacción vital. La calidad o el tipo de interacción son más importantes que la cantidad de actividad. Los encuentros en grupo (viajes, actividades, conversaciones) y los juegos de equipo son formas de distracción muy apreciadas. Numerosos grupos sociales mantienen sus tradiciones y refuerzan su identidad organizando sus propias actividades de ocio (desfile, fiestas nacionales, bailes populares, comidas en grupo, etc.). Algunas demostraciones religiosas públicas (ceremonias solemnes, post-procesiones, teatro religioso) tienen tanto de piedad como de relaciones sociales y espectáculo.⁵⁸

⁵⁷ Id.

⁵⁸ Rayón, E. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica, vol. 2, pp. 784-785.

Evaluación:

El hecho de que dentro de sus actividades recreativas estuviera el ejercitarse tuvo una gran funcionalidad en diversas esferas de la vida del paciente: por un lado, el movimiento impedía que sus articulaciones y músculos se atrofiaran y, por otro, esta actividad le distraía. Con ello se pudo conseguir que sus movimientos se agilizaran gradualmente y en la medida de sus posibilidades, que retomara sus gustos respecto a distracciones, reforzando con ello su autoconcepto y autoestima, así como incrementar su socialización con los vecinos y conocidos de la zona donde habita. Por lo anterior, esta fue una de las actividades más fructíferas para él.

- 4) Proporcionar elementos de esparcimiento: programas de televisión y radio, libros y revistas de fácil lectura, juegos de mesa (dominó, cartas, ajedrez), algunos trabajos de jardinería, películas de su interés, etc.**

Fundamentación:

Las actividades informales promueven el bienestar más que las actividades formalmente estructuradas. Las actividades en solitario tienen poco efecto en la satisfacción vital, a comparación de aquellas que se realizan haciendo alusión a la naturaleza social del individuo.⁵⁹

Evaluación:

La realización frecuente de estas actividades dispersa la mente del paciente, haciendo que su padecimiento no sea algo que ocupe el primer plano de sus ideas la mayor parte del tiempo, además lo relaja y divierte. La mayoría de estas actividades, las realicé con el paciente, a planeación y petición suya, y con ello aumentó la comunicación y la confianza entre ambos, reforzando los lazos que promovían un trabajo en equipo.

- 5) Conversar con el paciente acerca de temas de su interés y promover el compartir ésta y otras actividades recreativas con su familia y amigos.**

Fundamentación:

El ser miembro de un grupo de apoyo, en este caso la familia, e interactuar con él, puede favorecer la autoestima y la propia importancia, proporcionar una sensación de pertenencia y fomentar las actividades de las que la persona de otra forma se habría retraído.

⁵⁹ Id.

Los grupos de apoyo, en especial los familiares, pueden ayudar a menudo a los individuos con problemas que producen estrés, depresión, son costosos o que gastan tiempo. Las actividades de ocio no son todas caras, pero exigen un mínimo de medios económicos. El entorno en el que evoluciona la persona ejerce igualmente una gran influencia sobre sus distracciones. Algunos ambientes ofrecen muchas posibilidades.⁶⁰

Evaluación:

Debido a que su esposa tomó la sugerencia que le hice respecto a que organizara que sus familiares y amigos fueran a visitarlo frecuentemente para convivir y platicar con el paciente, sin que acudiera mucha gente al mismo tiempo ya que podían agotarlo o fastidiarlo y tomando en cuenta su estado de salud y de ánimo, el señor Carlos JAP logró incrementar su nivel de interacción considerablemente y retomar esta parte de su vida social; además, cuando se sentía en condiciones de salir, acudía a las reuniones que sus amigos realizan en un restaurante por lo menos una vez por semana y sostenía largas conversaciones, lo cual lo motivaba a sentirse alegre, dejando de lado su depresión, y con ganas de planear sus actividades y descansar para recobrar fuerzas y poder llevarlas a cabo de la mejor manera posible para su gusto y condición.

⁶⁰ Madero, S. *Atención primaria: cuidados de enfermería*, pp. 49-50.

5. EVALUACION DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

En lo que respecta a la valoración, el instrumento empleado fue apto para tener información de las necesidades inmediatas y comprender una panorámica real de otras necesidades del Sr. Carlos, las cuales fueron corroboradas con observaciones frecuentes de sus condiciones orgánicas, psicológicas y ambientales y también, a través de conversaciones periódicas con su familia, quien siempre se mostró accesible y con disponibilidad a cooperar en todo lo que se pedía, inclusive aunque no se les pidiera, lo cual facilitó en gran medida el trabajo y los objetivos propuestos en el Plan de Cuidados.

Cabe resaltar que para el logro de dichos objetivos se tuvo el apoyo de la familia en todos los sentidos (moral, económico para material, de apoyo, etc.) ante los requerimientos del Sr. Carlos y del enfermero. Asimismo fue fundamental la cooperación, confianza y disposición por parte del Sr. Carlos en los diversos procedimientos y cuidados que debían realizarse. Cabe mencionar que el ambiente creado en el hogar del señor Carlos JAP fue muy cálido para mí y se me otorgó la confianza y libertad para conducirme e inclusive tomar algunas decisiones involucrando Sr. Carlos y sus actividades personales; el trato pasó de sólo ser profesional a tener tintes de amistad e incursionar en su vida familiar.

Con base en los datos obtenidos de la valoración, pude formular los diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados a seguir en menos de una semana y técnicamente no hice modificaciones, pues los cuidados determinados fueron elegidos con base en las necesidades del Sr. Carlos y esto se respalda con la funcionalidad que éstas tuvieron en la adquisición de la independencia del paciente, el reforzamiento de su auto-concepto y autoestima y su mejora en el estado de salud en general, manteniendo una estabilidad. Para profundizar más en la evaluación del Proceso de Enfermería a continuación se describen los resultados de acuerdo a cada necesidad identificada:

Necesidad: Nutrición.

Con base en las indicaciones del nutriólogo y supervisión constante de la dieta, a través de la supervisión y asesoramiento del pasante enfermero se mantuvo el interés del Sr. Carlos y su familia respecto a la misma, sin caer en lo rutinario, porque se buscó variabilidad en los alimentos sin descuidar las restricciones, esto favoreció el incremento de su peso de 70 a 75 kg, aunque sin llegar al peso ideal establecido de acuerdo a su edad, sexo y estatura, por lo que puede considerarse que el objetivo planteado se cumplió parcialmente.

El brindarle facilidad para elegir sus alimentos, lograr que se colocara en la postura correcta para comer, fomentar que sus amigos y familiares lo acompañaran en esta actividad, y proporcionarle un ambiente cómodo, limpio para el consumo de sus alimentos y vigilar sus reacciones a la hora de comer hicieron más sencillo el cumplimiento de las instrucciones dadas por el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Además, con los resultados obtenidos aumentó su motivación para continuar con su recuperación, y manifestara una autoimagen y autoestima positiva.

Necesidad de hidratación.

La intervención en esta necesidad inició con la constante valoración de aspectos como su frecuencia cardíaca, respiratoria, su presión arterial, temperatura, es decir, sus signos vitales. A través de ellos se pueden detectar oportunamente manifestaciones como respuesta del organismo para intentar compensar la falta de líquidos y electrolitos.

Una vez que se identificó que el paciente tenía una deshidratación severa, al valorar sus tegumentos y mucosas, se pudieron considerar y fomentar aspectos como la ministración de líquidos, la medición del ingreso y egreso de éstos y la toma de baños con la finalidad de conseguir un equilibrio hídrico, y poniéndolo en práctica, se lograron apreciar resultados importantes en la hidratación de sus mucosas orales y su piel en el tiempo propuesto en el objetivo (1 semana), por lo que podemos considerar que se cumplió satisfactoriamente, además de que el

mismo paciente refería sentirse con menor resequeidad. Esto pudo ser corroborado en sus mucosas y piel, las cuales estaban hidratadas, además su orina diaria era de aproximadamente un litro, proporcional a la cantidad de líquido que ingería.

Cabe mencionar que, debido a que es un paciente cirrótico, la ingesta de líquidos está restringida por la cantidad de sodio que contiene el agua, pero al mismo tiempo su deshidratación requería de aumentar la ingesta, así que se buscó mediar y se determinó que el señor Carlos JAP tomara de 1 a 1.5 litros de agua dividida entre alimentos ricos en agua (verduras y frutas) y bebidas (agua de sabor, atole, etc.).

Necesidad de eliminación.

Tomando en cuenta los datos obtenidos de la historia intestinal del Sr. Carlos, la cual marcaba un estreñimiento constante a raíz de su enfermedad, se pudo enfatizar el consumo de alimentos ricos en fibra y líquidos, los cuales estaban contemplados dentro de la dieta que le fue asignada, además de impulsarlo a tener una mayor movilidad al realizar caminatas que favorecieran su digestión. Esto trajo como resultado que el estreñimiento desapareciera de manera total en aproximadamente una semana, reflejando una mejora en el estado de ánimo del Sr. Carlos, una mayor comodidad al evacuar y reducir el esfuerzo realizado por éste, lo cual disminuyó de manera importante el riesgo de desvanecimientos por exceso de esfuerzo y, por ende, el Sr. Carlos fue consiguiendo independencia en el cuarto de baño al evacuar, aumentando su motivación para seguir recuperándose al notar resultados palpables. Por lo anterior se puede considerar que el objetivo fue satisfactoriamente alcanzado.

Necesidad de movilidad y postura.

Este rubro es algo determinante para marcar una recuperación importante de la salud del Sr. Carlos. En primera instancia se debe destacar que la vigilancia

en la postura y movimientos fue rigurosa, pero sin volverse asfixiante, más bien, según lo mencionado por éste, fue generar un clima de confianza y apoyo entre el enfermero y el Sr. Carlos. Las actividades realizadas fueron que se incorporara de la cama, atender a su postura, movimientos y condiciones físicas, emocionales y de alerta para determinar cuándo era factible realizar o no caminatas, fueron puntos importantes que permitieran la adquisición gradual de su independencia, misma que fue fomentada en todo momento por mi parte, ya que respetaba los deseos expresados por el señor Carlos JAP referentes a si quería ayuda o prefería intentarlo solo, claro que sin descuidarlo para evitar un accidente que pusiera en riesgo su salud e integridad; esto refleja el cumplimiento del objetivo propuesto.

Necesidad de higiene y protección de la piel.

Según el objetivo enunciado para esta necesidad, el paciente debía aprender distintos aspectos relacionados con su aseo personal: este conocimiento iba desde la muestra de los materiales a emplear, la asistencia para bañarse, rasurarse, vestirse y humectar su piel con el producto especializado para su excesiva resequedad, propia de su padecimiento (crema “*mustela*”).

En cuanto a los materiales y procedimientos, el aprendizaje fue rápido e inmediatamente aplicable por parte del Sr. Carlos ; la asistencia fue evitando fomentar la dependencia, en ocasiones se le ayudaba a bañarse al señor Carlos JAP cuando sus fuerzas le impedían hacerlo por sí mismo, proporcionarle una silla cuando se sintiera cansado, mareado o débil y asistirlo en el momento de secar su cuerpo y humectarlo, debido a que estos movimientos suelen ser un tanto bruscos para alguien con problemas de fuerza, equilibrio y flexibilidad, lo cual era perfectamente comprendido por el Sr. Carlos. Esto trajo como consecuencia la tranquilidad y confianza tanto a la familia, como al Sr. Carlos, los cuales expresaban su conformidad con los cuidados que se le daban, por lo tanto, lo anterior determina que el objetivo fue cumplido.

Necesidad de termorregulación.

El paciente logró mantener su temperatura corporal dentro de los parámetros normales (37°- 37.5°C), la cual fue valorada constantemente para corroborar esto, gracias al uso de prendas abrigadoras y cómodas, a las cuales pude tener acceso por la libertad que me otorgó su esposa, quien me indicó el lugar donde estaban guardadas.

Otro aspecto importante fue el cuidado que se tuvo por la familia y el pasante para evitar, exponer al señor Carlos JAP a cambios bruscos de temperatura, sobre todo a la hora de salir de bañarse o al despertar y levantarse, ya que esto evitó el riesgo de recaídas para él. Por ello, se puede asegurar que el objetivo fue cubierto.

Necesidad de vestir prendas.

El proceso de vestirse para el paciente estaba determinado por variables como la fuerza física, el estado de ánimo y las condiciones ambientales. Gracias al cumplimiento de este objetivo, el señor Carlos JAP pudo adquirir paulatinamente independencia al vestirse, para ello se le facilitó dándole prendas cómodas, sencillas de poner, a su gusto y considerando el clima y el lugar al que se asistiría, otros materiales para el arreglo personal, como cepillo, loción, crema humectante, ropa interior, zapatos, etc., elementos que él conocía, escogía y entendía el orden en que debía usarlos.

El grado de intervención de mi parte estaba mediado por los deseos y necesidades del paciente, así como por mis observaciones de los requerimientos del mismo, lo cual fomentó el apoyo sin caer en la dependencia, mejorando la autonomía del paciente y el fortalecimiento de su autoconfianza y autoestima.

Necesidad de evitar peligros.

Cumplir este objetivo significó garantizar en gran medida la seguridad del paciente en cuanto a su integridad, ya que gracias a la colaboración, interés e

iniciativa inmediata del Sr. Carlos y su familia, además de los conocimientos referentes a cómo asistirlo en su ambulación y movimientos fueron rápidamente aprendidos y aplicados, reflejando cambios importantes en la casa, por ejemplo: al colocar la cama a una altura aproximada de 40cm del suelo y con suficiente espacio en la habitación para poder desplazarse sin ningún inconveniente, al evitar la existencia de objetos en el suelo que pudieran propiciar una caída, la eliminación de la alfombra y de suelos encerados y la colocación de superficies antideslizantes en la escalera, la cual constituye un claro factor de riesgo. Además, la coordinación entre los familiares se mantuvo una vigilancia estrecha en todo momento lo cual fue crucial para evitar que el señor Carlos JAP pudiera lesionarse.

Necesidad de distraerse y participar en actividades recreativas.

En el logro de este objetivo realmente no hubo problema, ya que los avances observados por el Sr. Carlos en su recuperación, disminuyeron su depresión, por lo tanto, intentó retomar su vida social dentro de sus posibilidades, determinadas por su padecimiento.

Fue relativamente sencillo conocer sus gustos al respecto, pues le gustaba conversar conmigo y además me invitaba a hacerme partícipe de distintas actividades que se planeaban y llevaban a cabo, tales como: salir a caminar, acudir a desayunar con sus amigos a un restaurante, ver televisión, jugar cartas y ajedrez, etc., fomentando con ello una relación que pasó de lo meramente profesional a lo personal. Cabe mencionar que este tipo de interacción me permitió involucrarme con sus amigos y familiares, lo cual extendía la posibilidad de comunicación con otros miembros para invitarlos a hacerse partícipes de la red de apoyo hacia el señor Carlos JAP, reforzando la calidez y compañía para él de sus seres queridos. El hecho de volver a realizar estas actividades repercutió demasiado en su estado de ánimo y sus deseos de continuar con el tratamiento.

6. CONCLUSIONES

A continuación se presenta el significado de esta experiencia tanto en lo profesional como personal durante el cuidado de enfermería a una persona en su domicilio.

El Proceso de Atención de Enfermería es el método que, como profesional de esta área, se tiene para dar un cuidado acorde con las condiciones de vida de las personas, con calidad y calidez, en el que se vela por el bienestar físico, mental y social de la persona.

Es gracias a esta forma de planeación y organización de los cuidados para la persona para implementarlos de manera integral, eficiente y apegado a las necesidades específicas, sin omitir detalles importantes por aplicar métodos más generales.

Otro de los beneficios consistió en poderme apegar a una teoría que respaldase el Proceso de Enfermería, como fue el modelo conceptual de Virginia Henderson, con lo cual conseguí estructurar todo el plan de cuidados de una manera coherente y encaminado a la preservación de la salud del individuo considerando cada una de sus necesidades.

En lo personal, la principal fuente de motivación para realizar el Proceso de Enfermería fue el cuidado a una persona que le fue diagnosticado Encefalopatía, debido a que la mayor parte de los procesos enfermería, su tendencia es hacia problemas de mayor incidencia como diabetes mellitas, hipertensión, cáncer, entre otras.

Por otro lado, el aprendizaje obtenido de este cuidado fue más allá de una aplicación práctica de los aprendido, más bien creo que se dieron las condiciones de empatía, comunicación y estructuración adecuadas para que el trabajo se realizara de manera más fluida, además, también me pude dar la oportunidad de

aprender a nivel vivencial y personal mediante los lazos de confianza y afecto generados con el Sr. Carlos y su familia.

Mediante la relación con otros profesionales, pude darme cuenta de la importancia de realizar un trabajo interactivo con el equipo de salud y asimismo con otras personas significativas para el Sr. Carlos, como fueron sus familiares y amigos.

Los datos obtenidos en cada una de las etapas del Proceso de Enfermería, permitieron determinar e implementar de manera oportuna y también modificar aquellos aspectos que estaban obstaculizando el logro de algunos objetivos.

7. SUGERENCIAS.

Tomando en cuenta las deducciones obtenidas mediante la elaboración de este trabajo, así como derivadas de la atención al señor Carlos JAP, y con el fin de que la atención pueda ser generalizable, con las modificaciones propias de cada caso, a otras personas que se encuentren bajo circunstancias similares, se recomienda al personal de enfermería considere tres aspectos para la atención del paciente en su hogar:

- a) El físico.
- b) El psicológico.
- c) El social.

En cuanto al primer aspecto, los procedimientos que permitan cubrir las necesidades de movilidad, postura, higiene y vestir prendas, deben estar sujetos a manipulaciones físicas, las cuales deben basarse en el cálculo de la demasía de las capacidades del paciente, por ejemplo, en la medida en que la persona pueda resistir su peso, lo permita su flexibilidad, y resista el dolor, en caso de que lo haya, y en las técnicas manejadas por el profesional de la salud. Estos detalles permitirán sentirse cómodo y protegido al paciente y facilitarán el proceso de atención del profesional de enfermería.

Un factor que es imprescindible para brindar una atención integral es el psicológico, ya que el equilibrio emocional juega un papel crucial para la recuperación del paciente. La atención reducida solamente al nivel operacional resulta eficaz cuando se trata sólo de tener en cuenta la satisfacción de sus necesidades físicas, pero ésta no será efectiva a largo plazo si no se consideran

los sentimientos, ideas y sensaciones que la persona tiene ante lo que experimenta, por lo cual el profesional de enfermería debe ocuparse de esta parte para lograr que el paciente adquiera el respaldo, la seguridad y la confianza para participar en su recuperación o para afrontar su muerte. Además, esta parte incluye la intervención de la familia, misma que debe mantener comunicación y participación activa con el profesional de la salud, formando una triada que proporciona comodidad, amor y cuidados que impulsan al paciente a seguir adelante y a no sentirse solo en ese momento de su vida.

La interacción social y las actividades recreativas asociadas con ello le brindan al paciente un sentimiento de pertenencia y no un aislamiento debido a su estado de salud, lo cual repercute positivamente en su estado de ánimo y, por tanto en sus niveles de anticuerpos, mismos que provocan avances en su recuperación. Entre más “normal”, es decir lo más semejante a sus hábitos de vida antes de la enfermedad, sea su desenvolvimiento cotidiano, más motivado se sentirá y mejores efectos surtirán para cubrir sus necesidades. En este rubro la labor del personal de la salud radica en formar parte de esta interacción social y/o impulsarla según sea pertinente, haciendo sentir a la persona que su enfermedad no lo limita para dar y recibir expresiones de afecto y diversión, claro que sin perder de vista la forma en que las capacidades involucradas en este aspecto se han modificado tanto positiva como negativamente.

En lo personal, durante la labor con Sr. Carlos se enfatizó en él considerando los criterios antes mencionados, lo cual ocasionó la formación de un ambiente cálido y profesional, que facilitó en gran medida la interacción desde los distintos niveles (físico, psicológico y social), logrando una intervención integral

que involucrara a la familia, amigos, a otros profesionales de la salud, a la persona y al enfermero. Cabe mencionar que la documentación y la actualización en la información del estado de salud del individuo permitieron tomar las medidas pertinentes para satisfacer sus necesidades y seguir de cerca detalles que, en ciertos momentos, resultan cruciales para realizar o no algunas actividades importantes para la persona, tales como salir a divertirse y distraerse.

Cuando la atención se reduce a aspectos meramente objetivos, se descuida la parte subjetiva, que a veces se relaciona directamente con la forma en que la persona vive el proceso de su enfermedad, es decir, con la conciencia que éste tiene para comprender y afrontar lo que le sucede y las consecuencias a futuro, ya sea su recuperación o su muerte, la cual se debe buscar que sea digna. Por ello, el profesional de enfermería juega un papel importante para que esto se logre y no debe tomar a la ligera las intervenciones realizadas ni la planeación de ellas, pues ahí radica su ética y profesionalismo.

Por otro lado, para llevar a cabo todo lo anterior se debe tener en cuenta una variable muy importante para una interacción individuo-familia-personal de enfermería-otros profesionales de la salud, este es el caso de que la **atención de enfermería es domiciliaria** y nos brinda una perspectiva distinta para intervenir, ya que ahora se atiende al paciente en un lugar menos neutral para él, asunto que es delicado y determinante para conseguir resultados en pro o contra de la recuperación de su salud.

Este servicio ha tenido un gran impacto positivo en las personas de la comunidad, ya que les resulta más cómodo y funcional, porque se cambia el estresante y rutinario hábito del paciente y su familia de estar constantemente en

el hospital buscando recibir atención médica para ahora ser atendido desde un lugar cómodo, cálido y estimulante para él. El hecho de que el hogar permita a las personas sentirse menos “*enfermas*” y que esto tenga repercusiones positivas en su recuperación armoniza los esfuerzos hechos por la triada persona-enfermero (a)- familia y los hace más fructíferos, en la medida de que la patología lo permita.

No cabe duda que la intención del Servicio de Enfermería Universitaria en el Hogar (SEUH) dirigido y creado en la ENEO son excelentes, ya que atiende esta parte de las demandas de las personas respecto a la necesidad de un cuidado especializado para sus familiares sin perder la comodidad, seguridad y calidez de su hogar, pero la forma de coordinación de éste suele desorganizarse, esto debido a que la demanda real que se enfrenta es muy alta y el personal encargado no es suficiente, por lo que no se puede cubrir del todo. Por ello una sugerencia que considero pertinente es dividir las responsabilidades inherentes al servicio en sectores, por ejemplo, administrativos, de contratación, económica, etc., de modo tal que las funciones se compartan equitativamente y con ello se logre una mayor estructuración y rendimiento.

Otro aspecto importante, centrándonos ahora en el personal de enfermería que se ocupa de intervenir en este rubro, se refiere a que cuando se requiere de este servicio y se asigna a un (a) enfermero (a), no se toman en cuenta factores como la distancia ni el horario, ya que si se parte del hecho de que una cantidad importante del personal de enfermería son estudiantes, en ocasiones resulta complicado dar atención en un horario nocturno o trasladarse de un sitio a otro cuando están muy retirados y esto afecta un poco para poder cubrir las demandas de atención, por un lado, y a las condiciones de estudio y rendimiento, por otro.

Esto ha provocado una gran deserción de personal, ya sean estudiantes o pasantes, debido a que las condiciones que se dan en el servicio tienen puntos desfavorables, pese a que se recibe una ayuda económica por ello, por ejemplo: los encargados del servicio suelen tener poca o nula comunicación con la familia y el paciente, ocasionando que el (la) enfermero (a) a cargo se quede en cierta medida desprotegido, condicionan demasiado a los estudiantes o pasantes para que su trabajo dentro del servicio se tome en cuenta, ocasionando que el trabajo se vuelva tedioso y algunos opten por perder el tiempo que llevan en esa modalidad de servicio social, se le presta poca atención a las demandas emocionales y físicas del personal de enfermería (cansancio, estrés, desvelos, etc.), entre otros.

Por ello, sugiero que se le de prioridad a crear un ambiente de calidez y comprensión, sin dejar de lado la responsabilidad y el compromiso de cubrir la atención, para los que eligen formar parte de este proyecto y prestar sus servicios, poniendo énfasis al factor humano, tanto de los que dirigen como de los que atienden, lo cual propiciará que la demanda de ingreso se incremente, su difusión crezca y resulte una opción factible para los estudiantes y pasantes y esto incremente al personal, extendiendo la posibilidad de cubrir la demanda de los pacientes. Esto, por otro lado, evitará que se le sature a unos cuantos y se les pida que cubran hasta dos turnos, lo cual resulta extenuante para ellos y esto disminuye la calidad de la atención y fomenta la deserción.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Albis, H. *Gastroenterología*. Colombia, Mc Graw Hill- Interamericana, 2001.
- Alfaro-Le Fevre, R. *Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica*. Barcelona, Doyma, 3ª edición, 289 págs., 1996.
- Alspach, J. *Cuidados intensivos en el adulto*. México, Mc Graw Hill- Interamericana, 1993.
- Carpenito, L. *Diagnósticos de enfermería: aplicaciones a la práctica clínica*. Madrid-México, Mc Graw Hill: Interamericana, 9ª edición, 929 págs., 2003.
- Chaverri, C. *Enfermería hoy: filosofía y antropología de una profesión*. Madrid, Díaz de Santos, 209 págs., 1992.
- Diez, M. *Manual de enfermería*. México, Lexus editores, 2005.
- Fernández, C., Novel, G. *El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos*. España, Masson, pp. 32-33, 1999.
- Flaherty, M. *Comunicación y relaciones en enfermería*. México, Manual Moderno, 273 págs, 1988.
- Girbau, M. *700 preguntas y respuestas en enfermería comunitaria*. Barcelona-México, Masson, 205 págs., 2000.
- Gordon, M. *Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación*. España, Mosby / Doyma Libros, 3ª edición, pp. 30-32, 1996.
- Jaffe, M. *Enfermería en atención domiciliaria: valoración y planes de cuidados*. Madrid, Hardcourt- Brace, 3ª edición, 483 págs., 1998.
- Klainberg, M. *Enfermería comunitaria: una alianza para la salud*. Bogotá, Mc Graw Hill: Interamericana, 443 págs., 2001.
- Kozier, B. *Conceptos y temas en la práctica de la enfermería*. México, Mc Graw Hill: Interamericana, 654 págs., 1992.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S. *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas*. España, Mc Graw Hill: Interamericana, vol. 1 y 2, 1667 págs., 2005.

- López, I. *Atención domiciliaria: diagnósticos de enfermería*. Madrid-México, Mc Graw Hill: Interamericana, 840 págs., 1994.
- Luna, R, *Manual de enfermería*. España, Lexus editores, p. 82, 2003.
- Madero, S. *Atención primaria: cuidados de enfermería*. Barcelona, Doyma, 160 págs., 1986.
- Medina, J. *Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería*. Barcelona, Universidad de Barcelona, 172 págs., 2005.
- Méndez- Sánchez, N., Uribe, M. *Conceptos actuales en hepatología*. México, Masson-Doyma, 489 págs., 2003.
- Nordmark, M. *Bases científica de la enfermería*. México, Prensa Medica mexicana, 712 págs., 1989.
- Phaneuf, M. *Cuidado de enfermería: el proceso de atención y la orientación para el diagnóstico de enfermería*. Madrid, Mc Graw Hill: Interamericana, 227 págs., 1993.
- Rayón, E. *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica*. España, Editorial Síntesis, vol. 1 y 2, 2001.
- Rosales, S., Reyes, E. *Fundamentos de Enfermería*. México, Manual moderno, 2004.
- Rodes, J., Alberti, A. *Tratado de hepatología clínica*. Barcelona, Ediciones científicas y técnicas, 1993.
- Sherlok, S. *Color-atlas de enfermedades hepáticas*. México, Mosby, 248 págs., 1992.
- Tortora, G. *Principios de anatomía y fisiología*. Barcelona, Harla, 993 págs., 2001.
- Turton, P. *Enfermería comunitaria*. México, Limusa, 179 págs., 1992.
- Vázquez, D. *Diccionario de enfermería*. Madrid, Complutense, 693 págs., 2001.
- Wieck, L., King, E. M., Dyer, M. *Técnicas de enfermería: manual ilustrado*. México, Interamericana-Mc Graw Hill, 3ª edición, 1177 págs., 1998.

ANEXOS

ANEXO 1.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
Servicios de Enfermería Universitaria
Instrumento de valoración del estado de las necesidades básicas

Ficha de identificación:

Fecha de Valoración clínica: _____

Nombre del paciente:

Sexo: _____ **Edad** _____ **Estado civil** _____

Originario: _____

Domicilio _____

Tel: _____

Persona responsable _____

Tel: _____

Aviso en caso de urgencia _____

Tel: _____

Médico Tratante _____

Tel: _____

Diagnóstico médico:

Fuente de datos _____

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN. I PD D

Riesgo _____

Estado de conciencia:

¿Padece usted alguna enfermedad respiratoria o pulmonar? Si ___ No ___

¿Cuál? _____

Tiempo de evolución _____ **¿Fuma?** Si ___ No ___

Tiempo de Evolución: _____

¿Usa algún dispositivo de oxigenación? Si ___ No ___ **¿Cuál?** Continuo _____

Intermitente _____

¿Presenta problemas cardíacos? Si ____ No ____ ¿Cuál? _____
Evolución _____

¿Es usted hipertenso? Si ____ No ____
Evolución _____

Padece problemas sanguíneos Si ____ No ____ ¿Cuál? _____
Evolución _____

Signos y síntomas presentes

Usa algún dispositivo cardíaco o vascular Si ____ No ____ ¿Cuál? _____
Fecha de instalación _____

S/V TA _____ **FC** _____ **FR** _____ **TEM** _____

Exámenes de laboratorio

Medicamentos prescritos

Cirugía cardiotorácica

Otros.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN. I PD D
Riesgo _____

¿Su capacidad de alimentación es?

Alimentos que consume usualmente

Alimentos de su preferencia _____
T. de los alimentos _____

Alergia alimentaria Si ____ No ____ T. de alimento _____

Cantidad de líquidos que ingiere

*Su estado hídrico es

¿Tiene problemas bucales? Si ____ No ____ De la Deglución Si ____ No ____
Utiliza alguna prótesis dental: Si ____ No ____
Completa o parcial: _____

Gastroesofagicos Si ___ No ___

¿Cuáles? _____

Padece Diabetes M. Si ___ No ___

T. de evolución _____

Enfermedades endocrinas

Enfermedades hepáticas

Cirugías realizadas _____ **Drenaje** _____

Estomas _____

Signos y síntomas presentes:

Peso _____ **Talla** _____

Medio de monitoreo de glucosa

Exámenes de laboratorio y gabinete

Medicamentos

prescritos _____

Otros

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN I PD D

Riesgo _____

Presenta vomito: Si ___ No ___ Frecuencia _____ Cantidad _____

Sudoración excesiva: Si ___ No ___

¿Cuándo? _____

Presenta alguna de las siguientes alteraciones:

Renales: Si ___ No ___ ¿Tipo de problema?

Urinarias: Si ___ No ___ ¿Tipo de problema? _____

¿Cuántas veces orina? _____

Características de la orina _____

Estomas urinarios _____

Menstruales: Si ___ No ___ ¿Cuál? _____

Secreción vaginal o de pene _____

Intestinales. Si ___ No ___

¿Cuáles? _____

Estomas intestinales: Si ___ No ___

Características del estoma _____

Anorectales: Si ___ No ___

¿Cuáles? _____

Tiene problemas para defecar: Si ___ No ___

¿Tipo de problema? _____

Tipo de ayuda que requiere para la eliminación urinaria y fecal:

Signos y síntomas presentes:

Exámenes de laboratorio y gabinete:

Medicamentos prescritos:

Otros:

4.- NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA. I **PD** **D**

Riesgo _____

Padece alguna afección que dificulte la movilización: Si ___ No ___

¿Cuál es la causa? _____

Deambula

El grado de movilidad articular es:

Presenta dolor al moverse: Si ___ No ___

Región anatómica _____

De acuerdo a la EVA determine el grado de dolor:

Es capaz de realizar su auto-movilización corporal: Si ___ No ___ ¿Por
qué? _____

Usa dispositivos para moverse: Si ___ No ___ ¿Cuál? _____

Tipo _____

Perdida de la fuerza muscular: Si ___ No ___

¿En que zona del cuerpo? _____

Padece de contracturas y rigidez de las articulaciones: Si ___ No ___

¿De que tipo? _____

En el último año se ha realizado densitometría

¿En cual de las siguientes actividades básicas requiere ayuda? (Escala de Katz)

Al bañarse Si ___ No ___

¿Por qué? _____

Al vestirse Si ___ No ___

¿Por qué? _____

Al ir al WC Si ___ No ___

¿Por qué? _____

Al desplazarse por las diversas habitaciones de la casa Si ___ No ___

¿Por qué? _____

Al alimentarse Si ___ No ___

¿Por qué? _____

Medicamentos prescritos

Otros _____

5.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL I PD D
Riesgo _____

¿Ha presentado algún problema con su piel o uñas? Si _____ No _____

Tipo de problema _____

Tiempo de evolución _____

¿Periodicidad de aseo personal? _____ Hora _____

Periodicidad de Aseo Bucal _____

Aseo de manos _____ Corte de Uñas _____

Se afeita _____

¿Condiciones y estado de la higiene corporal oídos, ojos, boca, nariz, de la piel etc actual? _____

Tipos de ayuda requerida para su higiene y protección de la piel _____

Medicamentos prescritos

Otros _____

6.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN I PD D
Riesgo _____

La temperatura de su agrado es: Fría _____ Cálida _____ Calurosa _____

Hay situaciones que influyen en su temperatura corporal Si ___ No ___
¿Cuáles? _____

Su vivienda propicia una temperatura adecuada Si ___ No ___
¿Por qué? _____

7.- NECESIDAD DE VESTIR PRENDAS I PD D
Riesgo _____

¿Con que frecuencia cambia su ropa personal? _____
¿De cama? _____

¿Tiene dificultades para elegir su vestuario? Si ___ No ___

El tipo de ropa que le agrada es:

¿Existen situaciones que influyen en su manera de vestir? Si _____ No _____
¿Cuáles? _____

¿Requiere ayuda para vestirse y desvestirse? Si ___ No ___
¿Por qué? _____

Otros:

8.- NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO I PD D
Riesgo _____

Cuántas horas duerme usualmente _____

Presenta problemas para dormir Si ___ No ___ ¿Cuál? _____
¿Desde cuando? _____

¿Cuál es la causa a la que atribuye su problema de sueño o descanso?

Medicamentos prescritos

Otros

9.- EVITAR PELIGROS I PD D
Riesgo

Como considera su actitud Afable Defensivo Aislado Agresivo Agitado

¿Utiliza algún medio de protección física? Si ___ No ___

¿Cuál? _____

El paciente presenta riesgo de caída Si ___ No ___

Riesgo de contagio _____

Utiliza algún dispositivo Ojo-Oído: Si ___ No ___

¿Cuál? _____

Requiere de algún método de prevención de daño corporal Si ___ No ___

¿Cuál? _____

Su patrón cognitivo perceptivo es:

Nivel de conciencia: Desorientado /confuso _____ Somnoliento _____
Inconsciente _____

Alteraciones sensoriales: Agudeza **visual**; ojo derecho _____ ojo izquierdo _____

Usa gafas: _____

Agudeza auditiva: oído derecho _____ oído izquierdo _____

Usa prótesis _____

Vacunas

Otros

10.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN. I PD D
Riesgo

Como se relaciona con sus familiares y otras personas

Su convivencia familiar es activa. Si ___ No ___

¿Por qué? _____

Pasa sólo largas horas del día y de la noche. Si ___ No ___

¿Por qué? _____

Su estado de conciencia, sensorial y verbal es:

Frecuenta diferentes contactos sociales. Si ___ No ___

¿Cuáles? _____

Otros

11.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE I PD D
Riesgo

Su nivel académico es:

¿Qué sabe de su enfermedad o de su estado actual físico? _____

¿Qué le gustaría saber? _____

Su actitud es: Colaborador _____ Evasivo _____

Presenta limitaciones cognitivas: Si ____ No ____

¿De que tipo? _____

Identifica las fuentes de apoyo familiares, amistades y de la comunidad para su cuidado

Se interesa por resolver sus problemas de salud

Su estado mental, de orientación, comprensión y juicio es:

Acepta la consejería para mejorar o mantener su salud

Otras manifestaciones

12.-NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN I PD D
Riesgo

¿En que trabaja?

¿Cuál su rol familiar?

¿Que actividades le hacen sentir útil y satisfecho?

¿Qué opina acerca de su estado actual para realizar actividades o trabajos productivos?

Influye su situación en el desarrollo de su rol social y/o familiar: Si _____ No _____

¿De que manera? _____

Otros

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

I PD D Riesgo

¿En que ocupa su tiempo libre?

¿Cuáles son las actividades de juego de su interés?

¿Hay alguna situación que le haga perder el interés por distraerse?

¿Cuál es su opinión acerca del ejercicio y su edad?

14.- NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES I PD D
Riesgo

¿Cuál es su religión?

¿Cuáles son sus creencias acerca de su salud o de su estado actual?

¿Cuáles son sus principales preocupaciones?

Es para usted fácil tomar decisiones: Si ____ No ____
¿A que lo atribuye?

¿Qué piensa usted de la vida?

¿Qué piensa usted de la muerte?

ANEXO 2.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL RIESGO DE CONTAGIO POR HEPATITIS B Y C.

La *Administración de la Sanidad Ocupacional y de la Salud (OSHA)*, un organismo del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, publica y pone en vigor la reglamentación para proteger a los profesionales sanitarios de las lesiones laborales, incluida la exposición en el lugar de trabajo de los patógenos transmitidos por vía hemática.

La exposición ocupacional es definida por la OSHA como todo contacto razonablemente previsible de piel, ojos, mucosas o parenteral con sangre u otro material potencialmente infeccioso que pueda derivar de la ejecución de las obligaciones de un trabajador (1991).

Se conocen tres vías principales de transmisión de material infeccioso en el entorno clínico:

- ⌘ Heridas punzantes por agujas u otros objetos punzantes y cortantes contaminados.
- ⌘ Contacto cutáneo, que permite que el líquido infectado pase a las heridas o a la piel dañada o abierta.
- ⌘ Contacto con mucosas, que propicia la entrada del líquido infeccioso por las mucosas ocular, bucal o nasal.

Si se adoptan las precauciones pertinentes de la asepsia médica general, se utiliza la indumentaria protectora personal adecuada (guantes, mascarilla, bata, gafas, calzas, equipo especial de reanimación) y se evitan los descuidos en los servicios clínicos, el riesgo de lesión para el cuidador disminuye significativamente.⁶¹

La probabilidad de que un profesional de enfermería se infecte tras la exposición a los patógenos varía mucho; el cómputo fluctúa desde el 30% para la hepatitis B (trabajadores no inmunizados) hasta el 1.8% para la hepatitis C. El personal de enfermería cuenta con una mayor probabilidad de contraer hepatitis que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Las herramientas necesarias para protegerse de la exposición en el trabajo son: un conocimiento de la enfermedad, la vacuna de la hepatitis B y las **precauciones universales**. Éstas últimas se refieren a:

61 Carpenito, L. Diagnósticos de enfermería: aplicaciones a la práctica clínica, p. 414.

- Utilizar barreras protectoras (mascarillas, guantes y gafas) para impedir que la piel y las mucosas entren en contacto con la sangre y los demás fluidos corporales.
- Cambiar las barreras protectoras después de utilizarlas y lavarse las manos antes y después de quitarse los guantes.
- No poner el capuchón ni doblar o romper las agujas. No quitar las agujas de las jeringas.

A pesar de su mortífero potencial, muchos profesionales sanitarios no ven la hepatitis como un problema real. El virus de la hepatitis B se transmite más fácilmente por el pinchazo de una guja que el virus de inmunodeficiencia humana.

Se puede reducir significativamente el riesgo de infección utilizando las precauciones universales. De hecho, la OSHA las ha hecho obligatorias.

Es importante recordar que se deben tomar siempre precauciones con todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico. Para ello, existen las *precauciones entéricas*:

- Utilizar barreras protectoras y lavarse las manos siempre antes y después de ponerse los guantes y de atender al paciente.
- Enviar los artículos contaminados a desinfección y esterilización.
- Si no se pueden realizar las medidas higiénicas del paciente, es imprescindible su aislamiento.⁶²

Las medidas que deben adoptarse ante la posible exposición a estos virus están expuestas y esbozadas en las directrices prácticas asociadas. La hepatitis C, una epidemia mundial mayor que la infección por VIH, se ha convertido en un problema grave para todos los profesionales sanitarios, puesto que no se dispone, por ahora, de ninguna vacuna contra el virus ni tampoco de profilaxis tras la exposición. El objetivo fundamental sigue siendo la prevención.

El OSHA obliga a todos los profesionales sanitarios a vacunarse contra la hepatitis B y a adoptar la serie de vacunación que rige para todos los trabajadores.

En cuanto a los pasos que se deben seguir después de la exposición a patógenos transmitidos por la sangre, se mencionan los siguientes:

62 Rayón, E. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica, vol. 1, p. 465.

- a) Notifique de inmediato el incidente al personal que corresponda del centro.
- b) Rellene un informe con la lesión.
- c) Solicite una evaluación y el seguimiento adecuados, a saber:
 - Identificación y documentación de la fuente, si es factible y legal.
 - Análisis de hepatitis B, hepatitis C de la fuente, si es factible y da el consentimiento.
 - Remita los resultados de las pruebas al profesional sanitario responsable de la persona fuente.
 - Análisis de sangre del profesional de enfermería expuesto (con consentimiento): hepatitis B y C.
 - Profilaxis post-exposición si existe indicación médica.
 - Asesoramiento médico y psicológico en cuanto al riesgo personal de infección o al riesgo de infección para otros.
- d) En caso de punción / laceración:
 - Proteger la hemorragia.
 - Lavar / limpiar la zona con agua y jabón.
 - Iniciar los primeros auxilios y solicitar tratamiento, si procede.
- e) En caso de exposición de las mucosas (ojos, nariz y boca): lavado con solución salina o agua durante 5 a 10 minutos.

Protocolo post-exposición (PEP)

Hepatitis B

Análisis de los anticuerpos anti-HBs de 1 a 2 meses después de administrar la última dosis de la vacuna.

Hepatitis C

Anticuerpos anti-VHC y ALT en condiciones basales, y de 4 a 6 meses después de la exposición.⁶³

ANEXO 3.

DESCRIPCIÓN DE PATOLOGÍAS PRESENTADAS POR EL PACIENTE.

❖ **Encefalopatía hepática**

La génesis exacta de esta afección se desconoce. Sin embargo, cuando el hígado no puede metabolizar ni volver inofensivas las sustancias tóxicas en el cuerpo, se presenta la acumulación de dichos tóxicos en el torrente sanguíneo. Una de las funciones del hígado es convertir el amoniaco en urea; en estos casos, el hígado es incapaz de realizar esta función, por lo cual existe un acumulo de amoniaco en el organismo, el cual viaja a través de la sangre por todo el cuerpo, incluyendo el cerebro y causa afecciones.

Este trastorno causa diferentes síntomas neurológicos, incluyendo cambios en los reflejos, cambios en el estado de conciencia y cambios en el comportamiento, que pueden fluctuar de leves a graves. Sus rasgos principales surgen de trastornos que afectan al hígado, como aquellos que reducen la función hepática, por ejemplo la cirrosis o la hepatitis, y a causa de afecciones por las que la circulación sanguínea no entra al hígado.

En personas que, a excepción de esto, presentan trastornos hepáticos estables, la encefalopatía hepática se puede desencadenar por sangrado gastrointestinal, consumo excesivo de proteína dietética, anomalías electrolíticas (especialmente la reducción de potasio, que puede ser consecuencia del vómito o de tratamientos como la paracentesis o por tomar diuréticos), infecciones, enfermedad renal y procedimientos que desvían la sangre más allá del hígado. La encefalopatía hepática también puede ser provocada por cualquier afección que ocasione alcalosis, niveles bajos de oxígeno en el cuerpo, uso de medicamentos que inhiben el sistema nervioso central (como los barbitúricos o los tranquilizantes benzodiazepínicos), cirugía o algunas veces cualquier enfermedad coincidente.

Algunos síntomas son:

- Cambios en el estado mental, estado de conciencia, el comportamiento y la personalidad (falta de memoria, confusión, desorientación, cambios en el estado de ánimo, disminución de la agudeza mental y somnolencia durante el día).
- Reducción de la capacidad del autocuidado
- Deterioro de la escritura o pérdida de otros movimientos finos de la mano
- Temblores musculares
- Rigidez muscular
- Deterioro del habla
- Movimiento disfuncional
- Agitación

- Ictericia (ojos y piel amarillos)
- Ascitis (acumulación de líquidos en el abdomen).
- Olor a moho característico del aliento y la orina.

La encefalopatía hepática es una afección aguda que puede llegar a representar una emergencia médica y que requiere hospitalización.

Los objetivos del tratamiento son, entre otros, brindar una terapia de soporte vital, eliminar o tratar las causas y eliminar o neutralizar toxinas. La terapia de soporte vital puede incluir asistencia respiratoria o circulatoria, especialmente cuando se presenta coma. El cerebro se puede inflamar, lo cual puede ser potencialmente mortal.

En pacientes con casos repetitivos y severos de encefalopatía, se les puede solicitar que reduzcan la proteína en la dieta con el fin de bajar la producción de amoníaco. Sin embargo, es importante la asesoría dietética, ya que muy poca proteína en la dieta puede contribuir a la desnutrición. Asimismo, puede ser necesaria la alimentación con fórmulas especiales por vía intravenosa o entérica para pacientes graves.⁶⁴

La encefalopatía hepática aguda puede ser corregible, mientras que las formas crónicas de la enfermedad a menudo son progresivas. Ambas formas pueden ocasionar un coma irreversible y la muerte, con una tasa de mortalidad de aproximadamente el 80% (8 de cada 10 pacientes) si el coma se desarrolla. La recuperación y el riesgo de recaída son variables. Cualquiera de ellas es siempre un indicio grave de insuficiencia hepatocelular, pero tienen manifestaciones clínicas distintas:

- Encefalopatía aguda: aparece en forma de brotes agudos en la cirrosis hepática:
 - Los cambios de la personalidad suelen iniciar el cuadro; sigue trastornos y cambios bruscos en el humor con iras repentinas y euforias injustificadas. Con frecuencia se asocian trastornos de sueño (somnolencia diurna e insomnio nocturno).
 - Hay merma en la capacidad intelectual (pérdida de memoria y de la capacidad de concentración) y desorientación temporoespacial.
 - Entre los signos neurológicos, el *flapping tremor* es el más habitual y característico. Otros signos son la digrafía y la apraxia de construcción.
- Encefalopatía crónica: los síntomas neuro-psiquiátricos de la encefalopatía se van instaurando de manera lenta y progresiva con posibilidad de exacerbaciones puramente psiquiátricas. En la encefalopatía crónica es donde pueden desarrollarse cuadros neurológicos orgánicos irreversibles.

Este tipo de encefalopatía se presenta en enfermos con función hepatocelular relativamente conservada, pero con importantes comunicaciones porto-sistémicas espontáneas.

Etapas clínicas.

Grado I: euforia o depresión, confusión leve, habla farfullada, trastornos del sueño y electroencefalograma normal.

Grado II: letargo, confusión moderada y electroencefalograma anormal.

Grado III: confusión intensa, habla incoherente, el enfermo está dormido pero es posible despertarlo y electroencefalograma anormal.

Grado IV: coma (grado extremo de la encefalopatía hepática). El nivel de conciencia disminuye hasta anularse y el paciente entra en un sueño profundo, con respuesta débil o ausente ante los estímulos. Se instauran la midriasis y las crisis convulsivas.⁶⁵

❖ **Hepatitis B**

El término "hepatitis" se refiere a los síndromes o enfermedades que causan la inflamación del hígado, incluyendo la inflamación debido a virus o consumo crónico del alcohol. Los virus que causan la hepatitis incluyen la hepatitis A, B, C, E y el factor delta. Cada virus causa un síndrome diferente aunque todos comparten algunos síntomas y consecuencias.

La mayoría de las personas infectadas con la hepatitis B se deshacen del virus en un período de 6 meses. Un caso de infección corta se conoce como un caso "agudo" de hepatitis B. Aproximadamente el 10 % de las personas infectadas con el virus de la hepatitis B desarrolla una infección crónica vitalicia, la cual se genera cuando el proceso inflamatorio se prolonga más de seis meses.

Las personas con infección crónica pueden presentar síntomas, pero muchos de estos pacientes nunca los desarrollan. A estos pacientes algunas veces se los denomina "**portadores**" y pueden propagar la enfermedad a otros. El hecho de tener hepatitis B crónica aumenta la posibilidad de que se presente daño hepático permanente, incluyendo cirrosis (cicatrización del hígado) y cáncer de hígado.⁶⁶ Las complicaciones de este padecimiento son: *hepatitis crónica, hepatitis colestásica, síndrome post-hepatitis, necrosis hepática sub-aguda y hepatitis fulminante.*

⁶⁵ Alspach, J. *Cuidados intensivos en el adulto*, pp. 676-681.

⁶⁶ Rodés, J., Alberti, A. *Tratado de hepatología clínica*, pp. 1524-1525.

La hepatitis B se transmite por vía sanguínea y otros fluidos corporales y la infección se puede presentar a través de:

- Contacto con sangre en escenarios de atención médica, lo cual pone en riesgo a médicos, enfermeras, odontólogos y otros miembros del personal de la salud.
- Relaciones sexuales sin precaución con una persona infectada.
- Transfusiones de sangre.
- Compartir agujas cuando se hace uso de drogas.
- Someterse a tatuajes o acupuntura con instrumentos contaminados.
- En el momento de nacer, una madre infectada puede transmitirle el virus al bebé en el momento del parto o inmediatamente después de éste.

Algunos de los síntomas que se presentan al padecer esta enfermedad son:

- Fatiga
- Malestar general
- Dolor articular
- Fiebre
- Náuseas
- Vómitos
- Pérdida del apetito
- Dolor abdominal
- Ictericia
- Orina oscura debido al aumento de la bilirrubina

❖ **Hepatitis C**

Otra infección de esta índole es causada por el virus de la hepatitis C y las personas que pueden estar en riesgo de contagiarse son aquellas que:

- Recibieron una transfusión de sangre antes de julio de 1992.
- Recibieron sangre, hemoderivados u órganos sólidos de un donante que tiene hepatitis C.
- Se inyectan drogas alucinógenas o comparten agujas con alguien que tiene hepatitis C.
- Han estado sometidas a diálisis renal durante mucho tiempo.
- Tienen contacto frecuente con sangre en su trabajo (por ejemplo, los trabajadores del campo de la salud).
- Tienen o han tenido relaciones sexuales con múltiples compañeros.
- Tienen o han tenido relaciones sexuales con una persona que tiene hepatitis C.
- Comparten elementos de uso personal, como cepillos de dientes o máquinas de afeitar, con alguien que tiene hepatitis C.
- Nacieron de madres infectadas con hepatitis C.

Muchas personas que están infectadas con hepatitis C son asintomáticas. Esta enfermedad se detecta a menudo cuando se realizan exámenes de sangre como parte de un examen físico de rutina o de otro procedimiento médico. Si la infección ha estado presente durante muchos años, el hígado puede tener cicatrización permanente (afección llamada cirrosis). En muchos casos, puede no haber síntomas de la enfermedad hasta que se haya desarrollado la cirrosis.

Los siguientes síntomas se podrían presentar con la infección por hepatitis C:

- Ictericia
- Dolor abdominal (en la parte superior derecha del abdomen)
- Fatiga
- Pérdida del apetito
- Náuseas
- Vómito
- Fiebre
- Heces de color arcilla o pálidas
- Orina oscura
- Prurito generalizado
- Ascitis
- Várices sangrantes (venas dilatadas en el esófago)⁶⁷

❖ **Cirrosis hepática:**

Algunos de los síntomas presentados por pacientes con este padecimiento son:

- Ascitis
- Hinchazón de las piernas
- Vómito con sangre
- Confusión
- Ictericia
- Vasos sanguíneos pequeños, rojos y en forma de araña bajo la piel
- Debilidad
- Pérdida de peso
- Náuseas
- Impotencia y pérdida del interés sexual
- Hemorroides sangrantes

Suelen existir síntomas adicionales que pueden asociarse con la enfermedad:

- Disminución del gasto urinario
- Hinchazón generalizada
- Heces pálidas o de color arcilla

- Hemorragia nasal o encías sangrantes
- Ginecomastia (desarrollo de las mamas en el hombre)
- Lesiones hemorrágicas
- Molestias digestivas (flatulencia, digestiones pesadas o dolor abdominal difuso)
- Fiebre

Los síntomas pueden desarrollarse gradualmente y también es posible que no se presenten.

El examen físico puede revelar un agrandamiento del bazo o el hígado, abdomen distendido, ojos o piel amarilla (ictericia), vasos sanguíneos rojos en la piel en forma de araña, tejido mamario excesivo, testículos pequeños en el hombre, palmas enrojecidas, dedos contraídos o venas de la pared abdominal dilatadas.

El tratamiento está orientado hacia el manejo de las complicaciones de la cirrosis y a prevenir un daño hepático posterior. Algunas medidas a tomar son:

- Se suspende el consumo de alcohol y medicamentos causales.
- La ascitis (exceso de líquido abdominal) se maneja con diuréticos, restricción de sal y agua, eliminación de líquidos (paracentesis).
- La encefalopatía se trata con antibióticos y los pacientes deben evitar una dieta alta en proteína.
- Las infecciones se tratan con antibióticos.
- Si la cirrosis progresa y se vuelve potencialmente mortal, se debe considerar la posibilidad de realizar un trasplante de hígado.⁶⁸