



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UN ADULTO CON ENFERMEDAD CEREBRAL BASADO EN SUS
NECESIDADES FISIOLÓGICAS SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON**

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

PRESENTA

MARÍA GUADALUPE RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

No. CUENTA 412506648

ASESORADO POR

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

BERTHA ESTRELLA ÁLVAREZ

CD. DE MÉXICO

AGOSTO 2018.



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.

INDICE

1. AGRADECIMIENTOS.....	3
2. DEDICATORIA.....	4
3. INTRODUCCIÓN.....	5
4. OBJETIVOS	7
4.1. OBJETIVO GENERAL	7
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
5. MARCO TEÓRICO.....	8
5.1 ANTECEDENTES DEL CUIDADO	8
5.2 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERÍA	10
5.3 BIOGRAFÍA DE VIRGINIA HENDERSON	11
5.3.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON.....	12
5.3.2 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.....	12
5.3.4 METAPARADIGMA DE VIRGINIA HENDERSON.....	13
5.3.5 LAS NECESIDADES QUE DESCRIBE VIRGINIA HENDERSON SON:	13
5.3.6 FUENTES TEÓRICAS DE VIRGINIA HENDERSON.....	14
6. METAPARADIGMA.....	14
7. TEORIAS Y MODELOS	16
7.1 TEORÍA.....	16
7.2 MODELO.....	17
8. PROCESO DE ENFERMERÍA	17
8.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	17
8.2 ELEMENTOS QUE LO CONFORMAN	18
8.3 ETAPAS DEL PROCESO	19
8.3.1 VALORACIÓN	19
8.3.2 DIAGNÓSTICO.....	20
8.3.3 PLANIFICACIÓN	20
8.3.4 EJECUCIÓN.....	21
8.3.5 EVALUACIÓN.....	22
9. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	25

9.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN	25
9.1.1 SIGNOS VITALES:.....	25
9.1.2 VALORACIÓN POR NECESIDADES	25
10. ANALISIS DE LA INFORMACION.....	30
11. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	32
12. PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO (Jerarquización)	35
13. EJECUCIÓN DEL CUIDADO	43
14. EVALUACIÓN	53
15. PLAN DE ALTA.....	55
16. GLOSARIO	61
17. BIBLIOGRAFÍA.....	63
18. ANEXOS	66
18.1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.....	67
18.2 EXPLICACION DE LO MAS IMORTANTE POR MEDIO DE CARTELES PEGADOS EN CASA	79

1. AGRADECIMIENTOS

A MI INSTITUCIÓN.

Que de mi hizo una persona responsable, disciplinada y que siempre me dio confianza, para lograr cada meta que me propusiera así como, brindándome apoyo en cada etapa de la carrera.

A DIOS.

Por acompañarme en el recorrido de mi formación académica, y bendecirme para poder entregar todo lo mejor de mí en cada paciente que dios ha puesto en mis manos.

AL SR CARLOS LAZO.

Por brindarme su entera confianza y amistad, para el cuidado de Marcía, haciéndome ver que con esfuerzo y sabiduría se puede llegar al éxito, estoy infinitamente agradecida por el apoyo que él me brinda.

2. DEDICATORIA

A MI MADRE.

María Eugenia Hernández Victoria doy gracias porque sin ella no estaría en el lugar donde me encuentro hoy, por tomar mi mano en cada tropiezo de mi vida y levantarme, haciéndome comprender que hay muchas oportunidades.

Aquella mujer trabajadora, fuerte y amorosa de una manera que solo ella lo sabe hacer me brindo educación, principios y moral, por lo cual estoy plenamente agradecida.

Que dios me la bendiga siempre por que a todos los lugares a donde me dirijo llevo una parte de su ser.

A MIS HERMANAS: DOLORES BEATRIZ, JOANA RODRÍGUEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES

Doy gracias por el apoyo que siempre obtuve, por confiar plenamente en mí, siempre las tendré en mi corazón.

3. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo proporcionare información de los cuidados en casa a paciente con enfermedad vascular cerebral. Por lo cual el método empleado se realizó por medio de los cinco pasos del proceso atención de enfermería, que es un método sistemático para la planificación y verificación de los cuidados de enfermería, y así establecer planes de cuidados para la resolución de problemas y actuar de forma específica.

Teniendo como definición de dicha patología ya antes mencionada como una lesión cerebral, que se produce cuando se interrumpe o se reduce ampliamente el riego sanguíneo del cerebro, este se queda sin oxígeno ni nutrientes y en cuestión de minutos comienzan a morir las células cerebrales, por lo tanto, un derrame cerebral es considerada una emergencia médica y se requiere atención médica especializada de inmediato para un tratamiento adecuado.

De ahí parte la importancia de este proceso para poder brindar cuidados estandarizados a pacientes con dichas problemáticas y que el personal de enfermería ya con años de experiencia, como así también a los futuros enfermeros de nuestra época pueda brindar las intervenciones de enfermería necesarias para este tipo de pacientes.

Siendo esta una de las principales causas de discapacidad y de muerte en todo el mundo, este tipo de derrame cerebral se produce por la ruptura de una arteria en el cerebro o en sus superficie, dichas rupturas pueden ser causadas por un aneurisma (presencia de una zona delgada o débil de una pared arterial) o por una malformación del sistema vascular cerebral. Alrededor del 15 % de los derrames cerebrales son causados por hemorragias.

El AVC es una patología neurológica relevante en el adulto. Afecta principalmente a la población entre 45 y 65 años y la adulta mayor a mayores de 65 años y es una de las primeras cinco causas de muerte en América Latina.

Se presenta con un cuadro clínico agudo y con una incidencia de mortalidad, en el primer episodio de 20-30%, a aquellos pacientes que lo sobreviven tiene un alto porcentaje de quedar con algún tipo de discapacidad. A nivel mundial su incidencia es de 10 casos por cada 1000 habitantes en menos de 60 años, de 3-6 por cada 1000 habitantes y sobre los 65 años se eleva a 50 por 1000 habitantes. En general, la mortalidad es de 100 por cada 100,000 habitantes. En la mayoría de los países corresponde alrededor de un 20-30 % de todas las causas de muerte.

Las causas principales de un ataque cerebral son la falta de inactividad física asociada a la obesidad, el fumar, el uso excesivo de pastillas anticonceptivas, diabetes, enfermedades cardíacas, colesterol elevado, problemas de coagulación, y vasculitis.¹

La causa principal de los ataques cerebrales es la hipertensión arterial. La prevención es la manera más certera de evitar un ataque cerebral. Es recomendable una dieta balanceada, el control de glucosa y de la diabetes, el control de la presión arterial y de los niveles de colesterol, de LDL y HDL. Es importante controlar la obesidad así como el consumo de tabaco y alcohol y tener un buen plan de ejercicio físico. El historial médico familiar es importante para determinar factores de riesgos genéticos y congénitos para prevenir los efectos catastróficos de esta enfermedad.

Tomando en cuenta el objetivo de este trabajo es la obtención del título de enfermería para poner en práctica los conocimientos obtenidos durante mi formación académica.

¹ Rafael Rodríguez Mercado . (2015). ATAQUE CEREBRAL. 05 DE DICIEMBRE DEL 2017, de GALENUS Sitio web: <http://www.galenusrevista.com/Ataque-cerebral.html>

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Disminuir el riesgo de complicación mediante la aplicación de cuidados específicos al paciente en la vida diaria en su hogar, para llegar a un estado de dependencia clínica por el cuidado totalmente compensatorio.

4.2. Objetivos Específicos

1.- Identificar las necesidades alteradas, por medio de una entrevista indirecta para brindar cuidados especializados.

2.- Conocer las necesidades más afectadas, visualizando los signos y síntomas, para priorizar los cuidados de enfermería.

3.- Redactar planes de cuidado, jerarquizando los problemas del paciente para brindar continuidad a la atención.

4.- Llevar a cabo los planes de cuidado de enfermería, fundamentando científicamente cada una de las acciones para lograr los objetivos a corto y largo plazo.

5.- Revisar el adelanto del paciente, juzgando los planes y estrategias de los cuidados para revalorar y modificar el plan de cuidados.

6.- Capacitar al cuidador (esposo) para realizar los cuidados básicos de vida en beneficio de la persona que requiere cuidados de apoyo.

7. Disminuir el riesgo de alteraciones de las catorce necesidades básicas descritas por Virginia Henderson

8.- Mantener una valoración continúa para detectar cambios en la vida del paciente y las modificaciones pertinentes al Plan de Cuidados.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES DEL CUIDADO

La Enfermería es una parte fundamental de los cuidados y recuperación del paciente y que esta misma ha evolucionado de una manera tan radical e importante, y a su vez dejando huella en la práctica integral y conocimientos a lo que ahora es conocida como la Enfermería.

Basándonos en las comunidades primitivas donde los hombres daban solución a los síntomas que se desconocían como enfermedad y enriqueciéndose con experiencia, observando a los animales y transmitiéndola a hombres de otras generaciones.

Es aquí donde la mujer no tenía libertad para elegir diferentes tipos de cosas, ellas solo se dedicaban al hogar y a su familia.

En donde se tenía muy marcada las actividades del hombre y la mujer como sedentarios en donde entra la caza de animales para los hombres la protección de la mujer.

Poco a poco se establecieron en lugares para establecer sus normas y los cuidados y descubrimientos para su alimentación y vestido.

Poco después nos encontramos con aquellas personas que se dedican a la curación por medio de hierbas medicinales, así como las llamadas parteras que hoy en día los médicos son encargados de ese procedimiento

Partiendo también de los hechos más remotos e incluyendo la parte religiosa como la principal práctica clínica para el cuidado de los enfermos dando como resultado que el espíritu de enfermería se iniciaba por el amor al prójimo; y que enseñar y curar era parte importante para la recuperación, principalmente brindando estos cuidados a los religiosos y a los mismos que dentro de la iglesia tenían funciones diferentes y que por su labor por la práctica del cuidado eran llamados diáconos.

Por otro lado existían mujeres de 60 años, mujeres viudas llamadas diaconizas, brindando el apoyo voluntariamente sin que tuvieran la práctica religiosa, dando apoyo a pobres e inválidos y a su vez en el apoyo al bautismo que al término de estas actividades dieron pauta a que estas desaparecieran, creando hospitales para todas aquellas personas pobres o de bajos recursos dejando gran impacto en la época del cristianismo por el simple hecho de que ese hospital no era como hoy

²son conocidos, habían edificios para los leprosos, los pacientes infectados estaban aislados, contaban con casas para ancianos y se atendían a personas de diferentes clases, incluyendo una casa cuna, brindándoles actividades para su auto cuidado fuera del hospital.

Es aquí con la creación de este primer hospital comienza a profundizarse lo que es la profesión de enfermería con las actividades que los médicos realizaban y con otras funciones que dentro de él se llevaban; existiendo ya médicos residentes, así como enfermeras residentes y auxiliares a aquellas que se dedicaban a transferir a los pacientes a diferentes áreas.

Pero que dentro de todas esas actividades y personas que contribuían para el apoyo y recuperación de todas aquellas funciones hospitalarias sin olvidar que no era el mismo manejo que hoy en día se lleva a cabo.

Lo cual se les permitió a varias mujeres que practicaran labores como enfermeras, al presentarse a cuidar a los enfermos, muchas eran viudas, pero algunas fueron matronas (comadronas).

Cuando surgió el cristianismo, varias mujeres se incorporan a esta humanitaria labor; Fabiola, Marcela y Paula colaborando en hospicios, peregrinos y extranjeros cuando esta la epidemia, dedicando atención a los contagiados y dando paso a los hospitales no monásticos.

Continuando con la caída de roma produjo cambio ideológico, político y cultural y así mismo adquiriendo poder la iglesia, hay un estancamiento en la ciencia y la cultura.

Es donde existe un retroceso para la humanidad por la desaparición del comercio y la industria dando pie a guerras y epidemias.

Dando como resultado la división de clases el alta y la baja y enfermedades por la falta de higiene e influencia del cristianismo.

Nuevamente entrando la iglesia para la construcción de hospitales y escuelas que se hallaban en los monasterios aislados para evitar la propagación de las enfermedades, en esta época las mujeres tenían la capacidad y habilidad como curanderas dando su apoyo a los soldados para la curación de heridas y esto hace que aumente los conocimientos de enfermería y medicina.

Ya para la edad media baja se desarrollan cambios en los hospitales, adaptación de casas de dios a otros hospitales, se hacen el traslado de enfermeras monásticas

² Collier, MF. (1993). Promover la vida,. Madrid: McGraw_hillliteramericana.

a otros hospitales aumentando a su vez los hospitales laicos y dentro de estos aparecen órdenes hospitalarias dedicadas al cuidado.

Dando puestos a aquellos que colaboran con el cuidado de los enfermos, Surgiendo universidades para la práctica médica.

Existiendo escuelas para implementar la teoría de las curaciones de heridas.

Finalizando la edad media se inicia el renacimiento con la innovación de la imprenta la expansión del comercio, mejorando el desarrollo de carreteras y la parte económica del país en donde los hospitales eran empresas voluntarias.

Con la llegada de Cristóbal colon cambia la cultura mexicana en alimentación, vestido, pensamiento y aumenta la población, decayendo nuestras diferentes culturas y creencias.

Se inicia la aparición de libros sobre enfermedades ³ comunes, alcanzando un nivel alto en medicina, y teniendo los conocimientos hacia los cadáveres y su tratamiento.

Por último Se hallan la sobrepoblación de los hospitales por las epidemias españolas.

Y es así como la enfermería lleva una historia enorme sobre los cuidados del paciente y que con el paso del tiempo cada una va evolucionando y cambiando órdenes de diferentes tipos, pero que uniendo desde nuestro antepasado a la actualidad está basado en un solo propósito la pronta recuperación del paciente

5.2 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERÍA

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

Esta definición considera terminología que se debe⁴ clarificar y comprender ya que el proceso enfermero la integra en el desarrollo de sus etapas, por lo que es necesario responder varios cuestionamientos.

³ Collier Françoise, M. (1993). Promover la vida, segunda edición. Madrid, McGraw_hilliteramericana.pag.5

⁴ Susana Rosales. (2004). Fundamentos de Enfermería. México, 3ra edición: El manual moderno.

La enfermería abarca la atención autónoma conjunto de la colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en todas circunstancias.

Comprende la promoción a la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y a personas en situación terminal.

Todo esto nos ayuda a estar más en contacto con las diferentes tipos de personas y la forma de como toman o ven la enfermedad, y no solo la relación con el paciente si no también incluye mucho la relación con familiares cercanos al paciente y no solo hablando en el proceso de una enfermedad puesto que podemos ayudar de todas las maneras en que el paciente ya sea para su pronta recuperación o si está pasando por una situación diferente que afecte actividades diarias sociales o personales.

5.3 BIOGRAFÍA DE VIRGINIA HENDERSON



1. Nació el 9 de marzo de 1897⁵
2. En la primera guerra mundial 1914-1918 interés en la enfermería.
3. En 1918 ingresa a la Army school of nursing in Washington D.C
4. 1921 se gradúa y trabaja Como enfermera de planilla en el Henry Street visiting nurse servicie
5. 1922 inicia su carrera como docente
6. 1926 inicia como docente en la universidad de Colombia
7. 1929 trabaja como supervisora docente en las clínicas de strong memorial hospital
8. 1930 regresa como maestra donde es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis de enfermería y prácticas clínicas de esta universidad.
9. 1953ingresa a la universidad de Yale en donde aporta una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.

⁵ Mariner Tomey A. Raile M. (2007). Modelos y Teorías De Enfermería. 6ta edición: Madrid Elsevier Mosvi.

10. 1955 publica la definición de enfermería de Virginia Henderson revisó un libro de enfermería escrito por Bertha Harmer. Diciendo que la enfermería estaba para ayudar a la humanidad.
11. 1953-1958 trabaja en el proyecto dirigido por leo W. Simmons
12. 1959-1971 dirige el proyecto nursing studies index,
13. 1966 publica la obra the nature of nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.
14. Década de los 80 permanece activa como asociada emérita de la universidad de Yale
15. Tuvo una destacada trayectoria como autora e investigadora.
16. Recibió numerosos premios por su contribución a la profesión de enfermería.
17. Fallece a los 98 años, de muerte natural.

5.3.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna.

Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Ayudando así que logre su independencia a la mayor brevedad posible.

La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiados débiles o privados del habla.

5.3.2 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería.

Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital.

Sus elementos utilizados son:

- Necesidades humanas
- Suplencia y ayuda
- Cuidado básico
- Independiente

5.3.4 METAPARADIGMA DE VIRGINIA HENDERSON

- **ENFERMERÍA:** Henderson definió enfermería en términos funcionales así: La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, al realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación en algunos casos una muerte tranquila, que llevara a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible.
- **SALUD:** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite trabajar a una persona con su máxima efectividad.
- **ENTORNO:** Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo del paciente.
- **PACIENTE:** Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su Salud. Completa al paciente y a la familia como una unidad.

5.3.5 LAS NECESIDADES QUE DESCRIBE VIRGINIA HENDERSON SON:

1. Respirar⁶
2. Comer y beber
3. Eliminar
4. Moverse y mantenerse
5. Dormir y descansar
6. Vestir adecuadamente
7. Termorregulación
8. Higiene corporal

⁶ Mariner Tomey A. Raile M. (2007). Modelos y Teorías De Enfermería. 6ta edición: Madrid Elsevier Mosvi.

9. Evitar peligros ambientales
10. Comunicarse
11. Religión
12. Trabajo
13. Actividades recreativas
14. Adquirir conocimientos

5.3.6 FUENTES TEÓRICAS DE VIRGINA HENDERSON

Se basó en sus teorías de Bertha Harmer.

El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional.

Propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Asociación (NANDA).

6. METAPARADIGMA

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del metaparadigma enfermero son:

La persona: Ser humano con funciones biológicas, sociales y simbólicas; con potencial para aprender y desarrollarse. Es capaz de auto conocerse, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas. Es un ser unitario dentro de sus costumbres, cultura espiritualidad y religión que busca conseguir una armonía total y es consciente de la esencia de su ser. Es receptora de los cuidados enfermeros bajo una visión holística y humanística.

El entorno: Se define como los campos de energía que constituyen la persona y el entorno que son inseparables y se rigen por una serie de principios. Se considera el entorno como un ambiente cambiante con factores positivos y negativos,

relevantes o insignificantes donde las personas cercanas interactúan con la persona que posee su propia concepción del mundo, tanto físico como espiritual. Es el contexto donde se realizan los autocuidados y se aprenden los cuidados de salud con la familia o personas cercanas, así como los cuidados que realizan las enfermeras. Se tiende a la adaptación y regulación constante.

Los cuidados enfermeros: Disciplina científica y humanística del arte de cuidar. Nace del esfuerzo creativo de un ser humano por ayudar a otro u otros seres humanos.

La enfermera adquiere el rol de compañera, maestra, sustituta, asesora, líder e investigadora. Se caracteriza por habilidades en la autonomía, el dinamismo, la colaboración, la negociación y la coordinación. Actúa como un agente: promotor de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, protector de la dignidad humana, de empatía, consuelo y alivio frente sufrimiento de ayuda en el afrontamiento a la enfermedad y a la discapacidad favorecedor de una muerte tranquila. La disciplina de Enfermería englobará al individuo o al grupo en un entorno de continuos cambios, de constantes interacciones entre seres humanos influidos por una cultura, unas creencias y unos valores determinados.

El concepto de salud: No solo es la ausencia de enfermedad si no también el sentimiento de bienestar, comodidad física y mental donde se un equilibrio, un nivel elevado de adaptación al entorno diferenciándola de las alteraciones y enfermedades.

Estado integral caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal, que implica un movimiento dirigido de personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva y productiva tanto personal como en comunidad. Consta de aspectos: físicos, psicológicos⁷, interpersonales, sociales y culturales. Fuerza, voluntad y conocimiento han de dirigirse hacia la promoción del mantenimiento de la salud a través del auto cuidado, del tratamiento y de la prevención de las enfermedades, donde la enfermería desarrolla su potencial para el óptimo funcionamiento del cuerpo humano.

⁷ Suzanne Kerohuac. (1996). El Pensamiento Enfermero. Barcelona: Elsevier, Moasvi. Pag.3

7. TEORIAS Y MODELOS

Los modelos de enfermería representan matrices disciplinares diferentes o paradigmas, derivados del Metaparadigma de enfermería. Cada uno de ellos define los cuatro conceptos del Metaparadigma de forma diferente y enfoca desde distintos puntos de vista las relaciones que se dan entre ellos. (Persona, Entorno, Salud y Concepto de Enfermería).

Estas dos trabajan en conjunto para un obtener respuestas de algo estudiado y así guiarnos para obtener un buen resultado basándome en un modelo diferente para cada supuesto o actividad a realizar en cualquier estudio teniendo como resultado algo comprobable.

Siendo que existen diferentes tipos de modelo y teorías ambas nos llevan de la mano para simplificar resultados y poder tener una base científica.

Esto quiere decir tomar un modelo como base y guía al estudio, y que nos dé a su vez un resultado científico; basado igualmente en diferentes teorías ya reconocidas en el medio.

7.1 TEORÍA

Es un sistema lógico compuesto que desarrolla ciertos supuestos tomando en cuenta explicaciones del medio idóneo para que se puedan especular, discutir y postular ciertas reglas o racionamiento de otros hechos posibles.

Lo cual existen diferentes tipos de teorías:

- **TEORÍA CIENTÍFICA:** Que es la aplicación, predicción, descripción y control de los fenómenos naturales y sociales.
- **TEORÍA EXPLICATIVA:** Esta es utilizada cuando se quiere explicar lo que sucede o trata de suceder.
- **TEORÍA PRÁCTICA:** Esta es la acción desarrollada de los conocimientos que se piensa y se actúan de acuerdo a la realidad que tiene como objetivo un fin capaz de resolver una situación imprevista.
- **TEORÍA EDUCATIVA:** Este hace referencia a los hechos educacionales y están constituidos por leyes principios y modelos que definen y explican los hechos educacionales.

7.2 MODELO

Es una abstracción teórica del mundo real.

Que nos proporcionan información directa de lo que está ocurriendo realmente y estas pueden ser validas rechazadas por los resultados.

Diciendo también que los modelos parten de una serie de supuestos, explícitos o implícitos para un determinado sistema de trabajo.

Es importante considerar minuciosamente cada uno de los supuestos de cualquier modelo, pues de esto dependerá como se ajusta el modelos al mundo real.

UTILIDAD

Llevar a cabo un procedimiento teórico científico por medio de bases científicas comprobadas y pasos a seguir para la obtención de un resultado positivo.

8. PROCESO DE ENFERMERÍA

8.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería (PAE) se originó cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso; esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas. Yura y Walss (1967) establecieron cuatro: valoración, planificación, realización y evaluación; Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales, al añadir la etapa diagnóstica. Esta última etapa es la que más se ha desarrollado a partir de 1973, cuando Kristine Gebbie y Mary Ann Lavín, en la primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, conformaron el grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería. En 1975 en la segunda Conferencia para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, se hicieron procesos en los diagnósticos identificados en la primera conferencia; se aceptaron 37 más y se sugirieron 19 para desarrollar; fueron ordenados o numerados alfabéticamente se establecieron los diagnósticos, organizados según los patrones funcionales de Gordon

En la quinta conferencia, en 1982, el Grupo Nacional se convirtieron en la Asociación Norteamericana del Diagnostico Enfermero. En la sexta y séptima conferencia (1984

y 1986) respectivamente se sustituyó la denominación de los patrones del hombre unitario por la más comprensible de patrones de respuesta humana además se constituyó formalmente la Asociación Internacional.

En la octava conferencia (1988) se aprueba la Taxonomía I, la ANA (American Nursing Association) reconoció a la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) como la organización responsable del desarrollo, aprobación y revisión de los diagnósticos de enfermería.

En la novena conferencia (1990) se construyó su definición oficial; en el año del 2000, en la decimocuarta conferencia, se aprobó la taxonomía II que se diseña de una manera multi-axial que da flexibilidad a la nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones y modificaciones; está compuesta por tres niveles (dominio, clase y diagnóstico de enfermería) los 13 dominios que constituyen la dimensión de los patrones de respuesta humana y los siete ejes.

8.2 ELEMENTOS QUE LO CONFORMAN

Sistemático: Como el método de solución de problemas, consta de cinco fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.

Dinámico: A medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Por ejemplo, las enfermeras principiantes con frecuencia necesitan valorar metódicamente a un usuario antes de llegar a formular un diagnóstico, mientras que las enfermeras expertas con frecuencia sospechan de inmediato la presencia de un determinado diagnóstico y luego valoran más estrechamente a la persona para determinar si es correcto o no.

Humanístico: Porque los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu, ver el ser humano de una manera holística. Nos esforzaremos por comprender los

problemas de salud de cada individuo y el correspondiente impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria.

Centrado en los objetivos (resultados). Las fases del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos más específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar.

8.3 ETAPAS DEL PROCESO

8.3.1 VALORACIÓN

Es la primera fase del PAE, donde se realiza la recolección de datos de forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar factores y situaciones que guían la determinación de los diagnósticos reales o potenciales, en la persona, familias o comunidad. La recolección de datos se obtiene de fuentes variadas como: el sujeto de atención, la familia, el personal del equipo de salud, los registros clínicos, el examen de laboratorio y otras pruebas diagnósticas. Para recolectar la información se utilizan métodos como la entrevista, la observación y el examen físico.

En la práctica de enfermería el empleo del marco conceptual resulta de gran utilidad para recolectar y organizar datos, sobre las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales.

Los datos recolectados y organizados, indican el estado actual de satisfacción a las necesidades, es decir, la presencia de alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para la persona, la familia o la comunidad.

El registro de los documentos tiene varios propósitos como lo anota establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud, la anotación completa ayuda a eliminar la repetición de interrogatorios y exploraciones realizadas por el personal de salud y permite al profesional de enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.

8.3.2 DIAGNÓSTICO

Es la segunda fase del PAE, el diagnóstico de enfermería es el enunciado de la repuesta humana real, de riesgo o de bienestar en el sujeto de atención con un problema de salud, que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo, con el conocimiento de la ciencia de la enfermería.

No constituye una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico o tratamiento.

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz.

En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la que realizan otros miembros del equipo de salud.

Ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes pues permite tener conocimientos concretos de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

8.3.3 PLANIFICACIÓN

La planeación de la atención de enfermería es la tercera fase del PAE, que permite el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, disminuir o corregir los problemas identificados en la valoración. Algunos problemas no se corrigen, por tanto el personal de enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias.

La planeación del plan de cuidados incluyen las siguientes etapas:

- Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas.
- Determinación de objetivos o resultados esperados con el sujeto de atención.
- Planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarle a lograr los objetivos.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados, los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son los que se realizan diariamente con el paciente o familia y se plasman en la hoja de evolución e indicaciones del expediente clínico sin una guía pre elaborado.

Los planes de cuidados estandarizados permiten guiar la valoración y los cuidados de enfermería hacia los diagnósticos más frecuentes en un problema clínico en particular.

Estos planes son el resultado de investigaciones y se utilizan en la docencia, como herramienta eficaz para los enfermeros que se incorporan a los servicios.

Los planes estandarizados con modificaciones permiten la individualización, pues los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones, se especifican con espacios en blanco para completar.

Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la estación de enfermería o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite.

Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.

En la actualidad, los planes de cuidados, con la función de los grupos multidisciplinarios se integran a los protocolos de actuación, los que facilitan la atención integradora de todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

Por tanto, los protocolos de actuación, centralizan las diferentes intervenciones médicas y de enfermería a un mismo problema de salud.

8.3.4 EJECUCIÓN

La ejecución es la cuarta fase que compone el PAE.

La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería, consta de varias actividades como validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

En esta fase se deben proporcionar los recursos necesarios, preparación de un ambiente terapéutico, comunicación con otros profesionales, supervisión entre ellos y la educación.

Validación del plan de atención

Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a 3 interrogantes esenciales:

¿El plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención?

¿Se apoya en conocimientos científicos sólidos?

¿Cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados?

Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

Documentación del plan de atención

Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, se necesita que permanezca escrito y que se encuentre alcance de los demás miembros del equipo de salud. Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó.

La ejecución de las intervenciones debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería.

En Cuba, existe un método de registro propio que permite recoger la información en los modelos oficiales del expediente clínico o ficha familiar, según el contexto donde se desempeñen los profesionales.

Continuación de la recolección de datos

Durante la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto.

8.3.5 EVALUACIÓN

Es la quinta y última fase, la cual es un proceso continuo y se utiliza para juzgar cada parte del PAE.

Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados.

Esta fase consta de 3 partes:

- Evaluación del logro de objetivos.
- Revaloración del plan de atención.
- Satisfacción del sujeto de atención.

La evaluación del logro de objetivos (respuestas del paciente) es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención, para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo o resultado esperado en el plan de cuidados.

Su propósito es decidir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de 3 formas:

- Logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo.
- Logro parcial, ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de alcanzar el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, aunque no tan bien como fue especificado en el enunciado.
- Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado, se afirma que no hubo logro.

El resultado debe quedar escrito en la historia clínica mediante el método de registro. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró.

Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se alcanza, se inicia la segunda parte de la evaluación. La evaluación del plan de cuidados (retroalimentación) es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones sobre la base de los datos que proporciona el sujeto de atención.

Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes como: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención.

Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la retroalimentación del plan de cuidados, se pueden presentar las situaciones siguientes:

- Que las prioridades hayan cambiado su orden.
- Que haya surgido un nuevo diagnóstico.
- Que el diagnóstico haya sido resuelto.
- Que a pesar de haber logrado el objetivo, el diagnóstico exista.
- Que el objetivo no se logró o solo en forma parcial.

Ante estos resultados, el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones, que incluyen cambiar el orden de prioridad, elaborar nuevos diagnósticos de enfermería sobre la base de las nuevas respuestas humanas, eliminar diagnósticos de los problemas resueltos, replantear nuevas metas y acciones para solucionar el diagnóstico persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o solo se logró parcialmente.

En cuanto a esta última decisión, las razones más frecuentes se refieren a que el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención, con los recursos que cuenta, el diagnóstico y el objetivo son adecuados, pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo, o que el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital o del sujeto de atención cambiaron.

En la satisfacción del sujeto de atención, este no siempre tiene el conocimiento de lo que implican cuidados adecuados, y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios inadecuados, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería (calidad sentida). Es de vital importancia resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, lo cual se hace en la evaluación del plan.

La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; además, posibilitan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.

La satisfacción del sujeto de atención es un elemento esencial para evaluar la calidad de los servicios de salud, aunque mida la calidad sentida y no la técnica, que para su medición debe ser retomada entre otros indicadores.

9. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

9.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Se trata de María Marcia, sexo: femenino, quien nació el 27 de junio 1956 y cuenta ahora con 61 años de edad; su estado civil Casada, con una escolaridad de Lic. En idiomas, actualmente su ocupación es ser Ama de casa y practica la religión Católica.

Domicilio: reside en la Colonia Nápoles

9.1.1 Signos vitales:

Respiración: torácica Frecuencia: 20x Ritmo: regular, respiración rítmica sin presencia de apneas

Expansión torácica: entrada y salida de aire dentro de los parámetros normales

Simétrica: se expanden de forma similar.

Profunda: anormalmente profunda sin ruidos respiratorios.

Pulso: 81x Ritmo: Regular Intensidad: fuerte, detectado fácilmente

Temperatura: 36.8

Tensión arterial: 110-80 mm Hg Posición: sentado Región de anatómica de valoración: brazo dominante más o menos a la altura del corazón

Somatometría: Peso: 65kg Talla: 1.65cm Índice de Masa Corporal: 22.05

Perímetro abdominal: 87cm

9.1.2 VALORACIÓN POR NECESIDADES

Oxigenación

Datos subjetivos: La Sra. María Marcia no presenta problemas para respirar, no se ha expuesto a humo de leña, no refiere ser fumador ocasional, no convive con personas fumadoras, no convive con aves ni otro tipo de animales, no presenta dificultad respiratoria en los traslados o algún movimiento fuera de cama o habitación, se refiere hipertensión historial actualmente estable, donde vive no hay fábricas, su casa cuenta con ventilación e iluminación adecuada y cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, no se refiere historial de problemas cardiacos ni familiares con esta patología, en la actualidad toma medicamento para la presión (telmisartán) 40 mg c/ 24 horas.

Datos subjetivos: Registro de signos vitales: T/A 110/70 mmhg F.R 20x´ FC: 72x´
Temperatura: 36.6 °C

Paciente femenino de edad similar a la cronológica, neurológicamente afectada con un Glasgow de 6, reactiva y cooperadora con buena coloración en tegumentos, narinas permeables sin datos de sangrado, tórax normo lineo, con movimientos

sincrónicos y uniformes, ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares ventilados sin sibilancias, ni crepitaciones; llenado capilar en 3 segundos.

Alimentación e hidratación

Datos subjetivos: la dieta habitual de la Sra. M.M por sonda gástrica al día es de 1500 ml compuesta por:

3 Frascos de soportan

2 Frascos de fresubin

2 Cucharadas de miel

24gr de proteína en polvo.

Distribuido en 5 tomas de 300ml de alimentación

600 ml de gatorade

850 ml de agua al día

Come en su habitación, se considera que el estado de ánimo no influye en su alimentación, se refiere problemas para masticar y deglutir, se niega alergias a alimentos se considera inadecuada la digestión por que sufre de estreñimiento, no ingiere otra bebida que no sea su alimentación.

Datos objetivos: Mucosas orales hidratadas, con dentadura completa con presencia de resina en algunos molares, lengua con adecuada limpieza con aseo bucal dos veces al día y aspiración de secreciones; abdomen blando a la palpación con ruidos peristálticos disminuidos con presencia de heces en recto.

Eliminación

Datos subjetivos: La Sra. María Marcia evacua cada tercer día sin presencia de esfuerzo para defecar, con dolor abdominal al evacuar presentando espasticidad y elevación de frecuencia cardiaca, con ausencia de flatulencias, presentando diario problemas para la evacuación por tal motivo se utiliza la estimulación rectal en la regadera y medicamentos para la misma, esto es por la falta de movilidad de la paciente y cuando logra evacuar sus heces son sólidas y duras y llega a evacuar dos veces en el día.

Su orina es continua por sonda vesical, es de color amarilla clara con olor al suplemento alimenticio y presencia de sedimentación sin retención urinaria.

Se nos refiere que su última fecha de menstruación fue en junio del año 2000.

Datos objetivos: Abdomen blando a la palpación depresible no doloroso ruidos peristálticos presentes y disminuidos, perímetro abdominal de 87 cm
Recto con adecuada coloración y sin lesiones.

Movimiento y mantener buena postura

Datos subjetivos: Tiene problema para deambular y para moverse debido a su derrame cerebral, lo cual repercute en sus actividades diarias; se brinda ayuda para sus actividades usando la mecánica corporal, su postura es en fowler y Semifowler y decúbito lateral izquierdo; no refiere dolor muscular, presenta movimientos involuntarios, con presencia de debilidad muscular, antes realizaba mucho deporte actualmente ya no.

Datos objetivos: tiene problema para mantener la postura debido a la cuadriplejia, tiene buena flexibilidad por las terapias físicas, requiere de apoyo para las posturas. Pasa a silla neurológica dos veces al día con terapeutas por 35 min sin complicación alguna con signos vitales estables y saturación en 94 %.

Dormir y descansar:

Datos subjetivos: Tiene periodos de sueño durante el día, se pasa a cama a las 19 horas y se le brinda postura y ve videos has conciliar el sueño, posterior mente se le moviliza cada dos horas durante la noche, y se despierta a las 9 y media del día siguiente para iniciar su terapias de deglución y pulmonar.

Si se encuentra muy cansada por terapias es mayo la conciliación del sueño fisiológico.

Datos objetivos: No presenta ojeras y se le aplica una gota de lagricel en cada ojo cada 4 horas para evitar resequedad ocular y con presencia de bostezo.

Vestido

Datos subjetivos: La Sra. María Marcia hace uso de pañal y blusa de algodón tipo pijama solo se cubre con sabana delgada, no se acostumbra a abrigar mucho para evitar sudoración, su ripa es ligera y cómoda lo que nos permite una adecuada movilización, no hay distinción de colores.

Datos objetivos: Vestido limpio y adecuado, es incapaz de vestirse por sí misma debido a la lesión neurológica, por lo que se necesita ayuda del personal de enfermería para vestirse y desvestirse.

Termorregulación

Datos subjetivos: Es incapaz de medirse la temperatura, sin presencia de alteración de temperatura

Datos objetivos: Temperatura periférica de 36.3 a 36.6 °C con buena coloración de tegumentos, piel templada al tacto no presenta corrientes de aire.

Higiene

Datos subjetivos: Le realizamos baño diario en regadera una vez al día por la mañana se necesita ayuda para bañarse con cambios de ropa diaria, higiene dental dos veces al día una en la mañana y otra antes de irse moverla a la cama.

Datos objetivos: Paciente limpia y aseada viste de acuerdo a sus necesidades, piel hidratada con cicatrices de injertos, cuero cabelludo limpio con colgajo hidratado sin presencia de lesiones, uñas cortas y limpias.

Evitar peligros

Datos subjetivos: Tiene esquema de vacunación completa, no se realiza auto exploración mamaria, ausencia de relaciones sexuales, seguimiento adecuado de su tratamiento por parte del personal de enfermería, no se auto médica, familiar refiere ausencia de uso de drogas, se le brinda cuidados para el riesgo de caídas como es barandales en alto buena postura acercamiento de utensilios y vigilancia continua.

Datos objetivos: No presenta deformidades congénitas, las condiciones de su hogar están adaptadas para su cuidado.

Comunicación

Datos subjetivos: Tiene problemas para la comunicación verbal por el derrame cerebral y problemas para a deglución, la comunicación entre esposo e hijos es buena y ayuda mucho en la recuperación de la paciente.

Su carácter es optimista ya que le echa muchas ganas para la recuperación y aprender nuevas actividades para su estado de salud.

Datos objetivos: La paciente tiene buena audición y consiente de todas las actividades del personal que la rodea.

Creencias y valores

Datos subjetivos: La Sra. María Marcia profesa la religión católica y anterior mente no le ha generado conflictos, y que para ella y su familia lo más importante es el amor, y que esto le ha ayudado a resolver sus problemas los más adecuado posible.

Datos objetivo: Su esposo refiere que la Sra. María Marcia profesa el catolicismo y actualmente no acude a misa pero su esposo la incluye en rezos diarios, tiene una imagen de la virgen de Guadalupe en la habitación y en la casa no involucran la parte religiosa con su actual patología pero se encomiendan a dios todos los días para el afrontamiento a su evolución.

Trabajar y realizarse

Datos subjetivos: Actualmente no trabaja, tiene la limitante por su estado de salud necesita asistencia las 24 horas para sus actividades como son bañarse, vestirse y desvestirse, traslados etc.

Datos objetivos: Transcurre el día tranquila en compañía de su esposo y apoyándola en sus terapias físicas y ocupacionales.

Recreación

Datos subjetivos: Paciente tranquila cooperadora en sus actividades diarias en su tiempo libres se le brinda música y videos para mantenerla entretenida; su estado de ánimo si influye para realizar actividades, cuando su esposo está ausente se muestra depresible y sin ánimo acompañado de somnolencia.

Datos objetivos: No rechaza las actividades nuevas a realizarle como el uso de colchoneta.

Aprendizaje

Datos subjetivos: Se considera que diariamente necesita nuevos aprendizajes, su capacidad de aprendizaje es buena cuenta con nivel académico de Lic. En lenguas extranjeras ya que el resultado es que su actitud es buena para las habilidades de su recuperación

Datos objetivos: Se nota querer realizar sus actividades.

10. ANALISIS DE LA INFORMACION

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
1.- OXIGENACIÓN		Logra mantener una saturación dentro de los parámetros, no se ve afectada en sus actividades.
2.- ALIMENTACIÓN E HIDRATACION	Requiere alimentación por sonda gástrica y así mismo hidratación	Tiene traqueotomía
3.- ELIMINACIÓN	Requiere ayuda con medicamentos y ejercicios para lograr evacuar	
4.- MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA	Requiere apoyo para la movilización completa con cambio ⁸ s de posturas y traslados	
5.- DESCANZO Y SUEÑO		Mantiene sus sueño fisiológico completo, se despierta solo para los cambios de postura
6.- VESTIDO	Requiere apoyo para vestirse y desvestirse cambio de pañal.	
7.- TERMORREGULACIÓN		No sufre ningún cambio brusco de temperatura
8.- HIGIENE	Requiere apoyo para regadera, como aseo bucal, nasal u ocular.	

⁸ Esta información la brinde yo conforme a su ritmo de vida día con día basándome en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

9.- EVITAR PELIGROS	Vigilar que no haya factores que provoquen caídas o lesiones.	
---------------------	---	--

10.- COMUNICACIÓN	Se comunica mediante sonidos, miradas y respondiendo a estímulos verbales u dolorosos.	
11.- CREENCIAS Y VALORES		Su familia la apoya a satisfacer esta necesidad.
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE		Su actividad fue de profesora bilingüe que actualmente ya no puede realizar.
13.- RECREACION		Ve videos, oye música, ve fotos, ve a su familia como factor de apoyo. ⁹
14.- APRENDIZAJE		Dispuestos sus familiares a aprender para continuar apoyando a su familiar.

10

⁹ Esta información la brinde yo conforme a su ritmo de vida día con día basándome en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

11. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Etiqueta diagnostica	Factores relacionados	Manifestaciones
Déficit de auto cuidado: baño	Deterioro cognitivo	Incapacidad para mantenerse por sí misma, Incapacidad para obtener artículos de baño y incapacidad para lavarse el cuerpo

ENUNCIADO: Déficit de autocuidado baño, relacionado con deterioro cognitivo, manifestado por incapacidad para mantenerse por sí misma, incapacidad para obtener artículos de baño e incapacidad para lavarse el cuerpo

Etiqueta diagnostica	Factores relacionados	Manifestaciones
Deterioro de la deglución	Deterioro neuromuscular	Disminución de la fuerza y movimiento de los músculos para la masticación, dificultad para el control oro faríngeo y dificultad para deglutir

ENUNCIADO: Deterioro de la deglución relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por disminución de la fuerza y movimiento de los músculos para la masticación, dificultad para el control oro faríngeo y dificultad para deglutir.¹¹

¹¹ NANDA_ Internacional. (2010). Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación . Barcelona Elsevier: Heather Haerdman.

Etiqueta diagnóstica	Factores relacionados	Manifestaciones
Estreñimiento	Deterioro neurológico y disminución de la motilidad del tracto gástrico intestinal	Aumento de la frecuencia cardíaca, espasticidad, presencia de heces en recto y dificultad para conciliar el sueño

ENUNCIADO: Estreñimiento relacionado con deterioro neurológico y disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal manifestado por aumento de la frecuencia cardíaca, espasticidad, presencia de heces en recto y dificultad para conciliar el sueño

Etiqueta diagnóstica	Factor relacionados	Manifestaciones
Deterioro de la comunicación verbal	Traqueotomía y alteración de las percepciones	Deficiencia verbal, disminución de fuerza en lengua y ausencia del músculo masetero

ENUNCIADO: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con traqueotomía y alteración de las percepciones manifestado por deficiencia verbal, disminución de fuerza en lengua y ausencia del músculo masetero.

Etiqueta diagnóstica	Factor relacionados	Manifestaciones
Deterioro de la movilidad física	Deterioro neuromuscular	Incapacidad para trasladarse, espasticidad e inestabilidad postural ¹²

ENUNCIADO: Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para trasladarse, espasticidad e inestabilidad postural.

¹² NANDA_ Internacional. (2010). Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación. Barcelona Elsevier: Heather Haerdman.

Etiqueta diagnóstica	Factor relacionados	Manifestaciones
Nauseas	Cambios bruscos de postura y retención de secreciones en boca	Aumento de la salivación, aumento de la frecuencia cardiaca, desaturación de oxígeno, reflejo nauseoso y mareo

ENUNCIADO: Nauseas relacionado con cambios bruscos de postura y retención de secreciones en boca manifestado por aumento de la salivación, aumento de la frecuencia cardiaca, desaturación de oxígeno, reflejo nauseoso y mareo.

Etiqueta diagnóstica	Factor relacionados	Manifestaciones
Riesgo de aspiración	Deterioro de la deglución y traqueotomía	

ENUNCIADO: Riesgo de aspiración relacionado con deterioro de la deglución y traqueotomía.

Etiqueta diagnóstica	Factor relacionados	Manifestaciones
Riesgo de caídas	Deterioro de la movilidad física por estado mental	

ENUNCIADO: Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física por estado mental.¹³

¹³ NANDA_ Internacional. (2010). Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación. Barcelona Elsevier: Heather Haerdman.

12. PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO (Jerarquización)

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENUNCIADOS. Deterioro de la deglución relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por disminución de la fuerza y movimiento de los músculos para la masticación, dificultad oro faríngea y dificultad para deglutir.</p>	
<p>OBJETIVO: Lograr fortalecer los músculos y fuerza de la lengua realizando terapias de deglución y lenguaje para aumentar movimientos faciales</p>	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar el nivel de conciencia 2. Monitorización de signos vitales 3. Verificar reflejos tusígenos 4. Monitorizar simetría facial 5. Colocación adecuada del paciente 6. Aspiración gentil de secreciones 7. Terapia de deglución 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La escala de coma de Glasgow de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la respuesta verbal, respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es de 3 pts. y el valor más alto es de 15. La aplicación de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente. 2. Es una herramienta que permite hacer un seguimiento de determinada actividad. es una medición planificada y sistemática que permitirán un control necesario para la toma de decisiones. 3. Reflejo que produce tos al ser estimulados los nervios eferentes de la tráquea, los pulmones la pleura o la laringe. 4. Una cara perfectamente simétrica con ojos labios y fosas nasales a la misma distancia de la línea central tendrá un puntaje de cero. 5. Características que se emplean en diversas situaciones patológicas para efectuar ciertas exploraciones y prácticas terapéuticas o quirúrgicas. 6. Extracción de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior por medio de la succión y a través del tubo endotraqueal. 7. Técnicas de rehabilitación para la estimulación de músculos faciales para mejorar el tono muscular y para la realización de esfuerzo para masticar.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

ENUNCIADO: Estreñimiento relacionado con deterioro neurológico y de la motilidad del tracto gastrointestinal manifestado por aumento de la frecuencia cardiaca espasticidad. Presencia de heces en recto y dificultad para conciliar el sueño.

OBJETIVO: Lograr aumentar la motilidad para facilitar que evacue dos veces al día para que disminuya la espasticidad y obtenga un mejor confort.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico	1. Reacción nerviosa del cuerpo y reacción muscular que dependen del intercambio de los electrolitos dentro y fuera de las células.
2. Monitorización del paciente	2. Es una herramienta que permite hacer un seguimiento de determinada actividad. es una medición planificada y sistemática que permitirán un control necesario para la toma de decisiones.
3. Masaje abdominal	3. Es la técnica que se aplica a pacientes para aliviar los síntomas de estreñimiento crónico, esta técnica permite mejorar la digestión y la evacuación estimulando la actividad del intestino.
4. Hidratación	4. Es el proceso mediante el cual se agrega o se adiciona líquido o un compuesto a un organismo o aun objeto, la hidratación adecuada permite al organismo funcionar mucho mejor ya que el líquido actúa como parte del alimento que se necesita para generar energía.
5. Auscultación gastrointestinal	5. Esta técnica se emplea para valorar la motilidad intestinal y descubrir ruidos de origen vascular, (inspección, auscultación, percusión y palpación).
6. Ministración de laxantes	6. Preparación usada para provocar la defecación o la eliminación de heces.

--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

ENUNCIADO: Nausea relacionado con cambios bruscos de postura y retención de secreciones en boca manifestado por aumento de la salivación, aumento de frecuencia cardiaca, desaturación de oxígeno reflejo nauseoso y mareo.

Objetivo: Realizar movilización postural e higiene bucal adecuadas para prevenir el reflejo nauseoso así como el vómito al paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspiración de secreciones. 2. Aseo bucal. 3. Vigilar hipotensión ortostática. 4. Monitorización de signos vitales de signos vitales. 5. Monitorización continua del estado neurológico. 6. Fomentar el descanso o sueño. 7. Control del contenido nutricional enteral. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extracción de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior por medio de la succión y a través del tubo endotraqueal. 2. Esta se realiza para mantener la higiene bucal, previniendo caries, enfermedades bucales y evitando grietas en labios y lengua. 3. La hipotensión ortostática también llamada hipotensión postural es una forma de presión baja que se produce cuando te pones de pie tras estar sentado o acostado, esta puede hacerte sentir mareado o aturrido e incluso desmayarte. 4. Es una herramienta que permite hacer un seguimiento de determinada actividad. es una medición planificada y sistemática que permitirán un control necesario para la toma de decisiones. 5. La escala de coma de Glasgow de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la respuesta verbal, respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es de 3 pts. y el valor más alto es de 15. La aplicación de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente. 6. Es una necesidad fisiológica básica que se define como un estado de inconsciencia, este aspecto es fundamental para mantener la salud. 7. El soporte nutricional en el paciente crítico es de vital importancia. La nutrición enteral es la administración de nutrientes a través de un tubo o sonda especializada en el gastrointestinal.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

ENUNCIADO: Riesgo de aspiración relacionado con deterioro de la deglución y traqueotomía.

Objetivo: Disminuir las secreciones o la distensión abdominal para prevenir una bronca aspiración realizando una adecuada técnica de aspiración gentil de secreciones así como un aseo bucal y la valoración previa de deglución.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none">1. Monitorización de signos vitales.2. Monitorización continua del estado neurológico.3. Evaluar la presencia de disfagia4. Mantener vías áreas permeables.5. Colocación a 30 grados Semifowler.6. comprobar el residuo gástrico.7. Proporcionar cuidados bucales.	<ol style="list-style-type: none">1. Es una herramienta que permite hacer un seguimiento de determinada actividad. es una medición planificada y sistemática que permitirán un control necesario para la toma de decisiones.2. La escala de coma de Glasgow de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la respuesta verbal, respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es de 3 pts. y el valor más alto es de 15. La aplicación de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.3. La disfagia es una alteración asociada a las molestias o problemas para tragar, las causas de esta son algunas enfermedades que provocan un mal funcionamiento de la lengua o de los músculos de la garganta, como por ejemplo el accidente cerebro vascular tumores, etc.4. una vía respiratoria permeable es una que está abierta y clara, donde el paciente es capaz de inhalar oxígeno y exhalar dióxido de carbono.5. Se coloca al paciente semisentado con la cabeza y los hombros ligeramente elevados en un ángulo de 30 grados esto favorece el descanso y facilita la respiración.6. Técnica de nutrición enteral utilizada en los pacientes críticos para la monitorización gastrointestinal.7. Esta se realiza para mantener la higiene bucal, previniendo caries, enfermedades bucales y evitando grietas en labios y lengua.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

ENUNCIADO: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con traqueotomía y alteración de las percepciones manifestado por deficiencia verbal, disminución de la fuerza en lengua y ausencia del musculo macetero.

Objetivo: Aprender a comunicarnos por medio de ruidos, parpadeos brindándole terapias sensoriales y de lenguaje para identificar datos de satisfacción.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none">1. Monitorización de signos vitales.2. Aprender a comunicarse con el paciente y su entorno.3. Incorporar al familiar en las actividades de rehabilitación.4. Identificar formas de comunicación.5. Proporcionar métodos alternativos a la comunicación del habla como uso de tabletas parpadeo tabla de comunicación de imágenes y letras.6. Protocolo de decanulación.7. Coordinar las actividades del equipo rehabilitación.	<ol style="list-style-type: none">1. Es una herramienta que permite hacer un seguimiento de determinada actividad. es una medición planificada y sistemática que permitirán un control necesario para la toma de decisiones.2. La comunicación terapéutica es el proceso mediante el cual el profesional de enfermería establece una relación con el paciente, para una efectiva comunicación.3. La familia como unidad de investigación y cuidado viene siendo de gran interés para enfermería, mostrando la importancia y necesidad de incluir a la familia en el ámbito del cuidado para la pronta recuperación y aceptación de la misma.4. La comunicación es el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra.5. Intercambio de sentimientos, opiniones o cualquier otro tipo de información mediante el habla, escritura u otros tipos de señales.6. Es el proceso de cierre de la traqueotomía cerciorándose de que el paciente respire normalmente a través de sus vías aéreas superiores7. Tener horarios específicos en donde el paciente no tenga ninguna alteración para sus ejercicios a realizar con los fisioterapeutas

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

ENUNCIADO: Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para trasladarse, espasticidad e inestabilidad postural

Objetivo: Mantener el funcionamiento corporal en equilibrio de los sistemas circulatorios, respiratorio, urinario y musculo esquelético aplicando las técnicas de movilización para la prevención de úlceras por presión.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none">1. Tener conocimiento sobre el aparato musculo esquelético.2. Valoración del paciente.3. Alinear segmentos corporales cada dos o 3 horas para prevenir úlceras por presión.4. Ofrecer comodidad y seguridad.5. Terapia física y rehabilitación	<ol style="list-style-type: none">1. El sistema musculo esquelético está formado por la unión de los huesos articulaciones y los músculos. Constituye un elemento de sostén, protección, estabilidad y movimiento del cuerpo humano.2. Parte importante en la realización de los planes del cuidado, es un proceso planificado sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.3. Cambiar de posición a un paciente cada dos horas ayuda a mantener la sangre circulando, esto le ayuda a la piel a mantenerse saludable y prevenir escaras de decúbito.4. La seguridad del paciente enfatiza en el registro, análisis y prevención de los eventos adversos, brindando cuidados de enfermería que ayuden a que los pacientes sientan comodidad durante su recuperación en casa.5. Se ocupa especialmente del tratamiento de las enfermedades, mientras que la palabra física e utiliza para referirse a todo aquello vinculado o propio del cuerpo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

ENUNCIADO: Déficit del autocuidado del baño relacionado con deterioro cognitivo manifestado por incapacidad para mantenerse por sí misma, incapacidad para obtener artículos del baño incapacidad para lavarse el cuerpo.

Objetivo: Fomentar los hábitos higiénicos con la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente para la eliminación de células muertas, secreciones, sudor y polvo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none">1. Baño de esponja 2. Proteger la piel contra lesiones producidas por sequedad, humedad excesiva, calor frío, sustancias químicas. 3. Vigilar la piel durante el baño de esponja 4. Ayudar con la higiene 5. Preparación del ambiente	<ol style="list-style-type: none">1. Limpieza integral del cuerpo con agua y jabón cuando el paciente tiene imposibilidad física para la ejecución del movimiento o como parte del tratamiento, se brinda a las personas que por alguna razón permanecen en cama. 2. Para proteger la piel se utilizan diferentes cremas, lociones y geles en función de la edad, tipo de piel o zona del cuerpo donde vayan a ser aplicados, la función de estos productos es evitar la desecación de la piel conservar la sana, protegerla contra los agentes externos. 3. Examen diario de la piel, minucioso en prominencias óseas, zonas expuestas a la humedad, sequedad, excoriaciones, fragilidad, eritema y valoración de puntos de apoyo. 4. Limpieza o aseo para conservar la salud o prevenir enfermedades, así como técnicas que aplican los individuos para preservar la piel y las mucosas en buen estado. 5. El aseo y confort del paciente, es el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ENUNCIADO: Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física por estado mental</p>
<p>Objetivo: Prevenir caídas durante los traslados a diferentes partes de la casa proporcionando dispositivos de ayuda para disminuir la posibilidades de caídas.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>1. Identificar déficit cognitivo o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</p> <p>2. Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.</p> <p>3. Proporcionar dispositivos de ayuda.</p> <p>4. Mecánica corporal</p> <p>5. Utilizar barandillas laterales para evitar caídas de la cama.</p> <p>6. Informar al paciente sobre el riesgo de caídas.</p>	<p>1. La escala de coma de Glasgow de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la respuesta verbal, respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es de 3 pts. y el valor más alto es de 15. La aplicación de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.</p> <p>2. Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.</p> <p>3. Se define ayuda técnica como aquellos instrumentos, dispositivos o herramientas que permiten el traslado de un lugar a otro a pacientes que se encuentran en totalidad en cama.</p> <p>4. Es el equilibrio y movimiento de los cuerpos aplicado a los seres humanos. Conceptualizada como la disciplina que trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato musculo esquelético en coordinación con el sistema nervioso.</p> <p>5. La prevención de caídas se refiere a los cuidados que deben ser prestados para mantener cubierta la seguridad del paciente y su entorno.</p> <p>6. Se le debe de informa al familiar la importancia de los dispositivos de ayuda como la utilización y manejo adecuado de la cama reposit y mecánica corporal para el traslado y movilización del paciente en un procedimiento.</p>

13. EJECUCIÓN DEL CUIDADO

DIAGNOSTICO: Deterioro de la deglución relacionado con deterioro Neuromuscular manifestado por disminución de la fuerza y movimiento de los músculos para la masticación, dificultad para el control oro faríngeo y dificultad para deglutir.

SALUD: Comer y beber adecuada mente

ENTORNO: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y hospital general Gea González

PERSONA: Se les brinda la información de dicha intervención en forma de cursos a familiares ya enfermeras a su cargo así como la Sra. Inés que va a estar a cargo de la paciente dentro del área hospitalaria para la adaptación de la vida diaria de la paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERIA BRINDADOS :

Se iniciara los días con la terapia de deglución para posterior mente la valoración de la misma y brindarle durante el transcurso del día alimentos en papillas y líquidos estimulando con un abate lengua la lengua, informándole al familiar las reacciones que tiene su familiar al ingerir alimentos pero esto será llevando el protocolo de decanulación y colocando al paciente en una posición adecuada para evitar una bronco aspiración

Se realizaran ejercicios con un cepillo eléctrico y abatelenguas y que solo los movimientos vibratorios sean muy leves en la lengua.

Se le aplica masaje de textura en los músculos faciales.

Al termino de los ejercicios se le hace aseo bucal con enjuague y cepillo gasas y aspirados para que no quede residuo de secreciones y nos pueda ocasionar otras patologías¹⁴



¹⁴ Esta información la brindamos yo conforme a su ritmo de vida en los cuidados de enfermería que le brindo día con día basándome en las 14 necesidades de Virginia Henderson.



DIAGNÓSTICO: Estreñimiento relacionado con deterioro neurológico y disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal manifestado por aumento de la frecuencia cardiaca, espasticidad, presencia de heces en recto y dificultad para conciliar el sueño.

SALUD: Eliminación

ENTORNO: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Hospital General Gea González

PERSONA: Se les brinda la información de dicha intervención en forma de cursos a familiares ya enfermeras a su cargo así como a la Sra. Inés que va a estar a cargo de la paciente dentro del área hospitalaria para la adaptación de la vida diaria de la paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERIA BRINDADOS :

Como primer estancia se le aplicara la valoración gastrointestinal a la paciente se oclutara ruidos peristáltico

Monitorización del paciente como signos vitales y signos y síntomas que le ocasiona el estreñimiento; posteriormente se le hidratará con gaitero y agua las 24 horas del día.

Se le brindara cambios de postura, movilización continuara con pelota, flexión de las piernas mayor movilidad

Se le brindara masaje abdomen poniendo en una posición en decúbito supino para una mayor facilidad del masaje

Y por último se intervendrá con medicamentos que ayuden a facilitar la evacuación.



DIAGNÓSTICO: Náuseas relacionado con cambios bruscos de postura y retención de secreciones en boca manifestado por aumento de la salivación, aumento de la frecuencia cardiaca, desaturación de oxígeno, reflejo nauseoso y mareo.

SALUD: Eliminación

ENTORNO: Instituto de Neurocirugía y Hospital General Gea González

PERSONA: Se le brinda la información de dicha intervención en forma de cursos a familiares ya enfermeras a su cargo así como al sr Inés que va a estar a cargo de la paciente dentro del área hospitalaria para la adaptación de la vida diaria de la paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA BRINDADOS :

Para la prevención de la náusea a la paciente se le brindara los cuidados siguientes:

Adecuada movilización del paciente utilizando la mecánica corporal

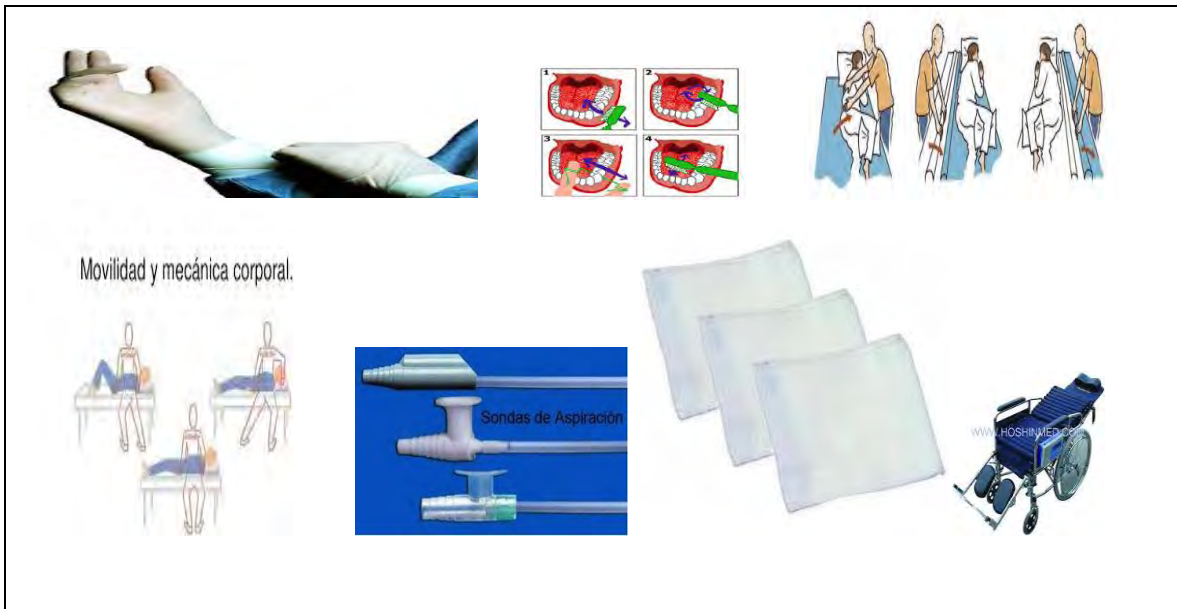
Una adecuada aspiración de secreciones

Se le avisa al paciente que se le colocara de una posición adecuada para que facilite su movilización y su presión ortostatica y que esto disminuirá que inicie una náusea y provoque el vomito

Si se va cambiar de postura a la paciente o se levantara para el baño o cambio de reposos se ara de una manera muy despacio y siguiendo diferentes pasos hasta lograr que la paciente no se sienta mareada

Se les brinda la información a los familiares cercanos al paciente para que se lleve una dinámica y trabajo en equipo y que todo el personal que atiende a marcí para que disminuya la náusea y el mareo.

También se le brinda aseo bucal con enjuague bucal para retirar todas las secreciones.



DIAGNÓSTICO: Riesgo de aspiración relacionado con deterioro de la deglución y traqueotomía.

SALUD: Oxigenación

ENTORNO: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Hospital General Gea González

PERSONA: Se les brinda la información de dicha intervención en forma de cursos a familiares ya enfermeras a su cargo así como a la Sra. Inés que va a estar a cargo de la paciente dentro del área hospitalaria para la adaptación de la vida diaria de la paciente.

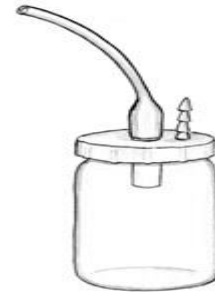
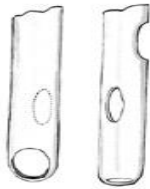
CUIDADOS DE ENFERMERÍA BRINDADOS

Material y equipo

- Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared).
- Guantes desechables estériles.
- Solución para irrigación.
- Jeringa de 10 ml (para aplicación de solución para irrigación y fluidificar las secreciones)
- Sondas para aspiración de secreciones (para adulto o pediátrica).
- Solución antiséptica.
- Riñón estéril.
- Jalea lubricante.
- Gafas de protección y cubre bocas.
- Ambú.

1. Evaluar la frecuencia cardiaca del paciente y auscultar los ruidos respiratorios. Si el paciente está conectado a un monitor, vigilar constantemente la frecuencia cardiaca y presión arterial, así como valorar los resultados de gases arteriales. Es importante valorar las condiciones del paciente, ya que la aspiración debe suspenderse para administrar oxígeno a través de la respiración asistida manual.
2. Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar, cuando esto sea posible.
3. Corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración, ajustarlo a:
4. Corroborar la funcionalidad del sistema de reanimación manual, adaptado al sistema de administración de oxígeno a concentración del 100%.
5. Colocar al paciente en posición Semifowler, con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación.
6. Lavarse las manos.
7. Disponer el material que se va a utilizar siguiendo las reglas de asepsia.
8. Colocarse el cubre bocas y las gafas protectoras
9. Colocarse guante estéril en la mano dominante. Puede colocarse en ambas manos y considerar contaminado el guante de la mano no dominante.
10. Con la mano dominante enrollar la sonda en la mano dominante.
11. Conectar la sonda de aspiración al tubo de aspiración, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra embonar a la parte de entrada del tubo del aspirador, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión.
12. Introducir la sonda de aspiración en el orificio del tubo de traqueotomía o endotraqueal (según corresponda) suavemente, durante la inspiración del paciente, hasta encontrar una ligera resistencia.
13. Realizar la aspiración del paciente, retirando la sonda 2 - 3 cm, una vez introducida (para evitar la presión directa de la punta de la sonda) mientras se aplica una espiración intermitente presionando el dispositivo digital (válvula de presión) utilizando la mano no dominante. Durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda, tomándola con los dedos pulgar e índice. La aspiración continua puede producir lesiones de la mucosa, limitar de 10 a 15 segundos que es el tiempo máximo de cada aspiración. Si existe alguna complicación suspender el procedimiento.
14. Oxigenar al paciente utilizando
15. Aspirar las secreciones de acuerdo a las instrucciones anteriores.
16. Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavar la sonda en su interior con solución para irrigación.
17. Continuar con la aspiración de secreciones, hasta que las vías aéreas queden sin secreciones acumuladas, realizando la reanimación manual entre cada aspiración. Otorgar de cuatro a cinco ventilaciones, con esto se permite la expansión pulmonar y previene la atelectasia.
18. Desechar el material de acuerdo a lo estipulado en la NOM 087-ECOL-1995.
19. Aspirar las secreciones orofaríngeas utilizando una nueva sonda de aspiración.
20. Observar y valorar la cifra de los signos vitales en el monitor, y/o realizar la técnica de verificación.
21. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.
22. Realizar la higiene bucal del paciente.
23. Documentar en el expediente clínico la fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones y la respuesta del paciente. Asimismo, anotar la naturaleza y

características de las secreciones en lo que se refiere a su consistencia, cantidad, olor y coloración.¹⁵



DIAGNÓSTICO: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con traqueotomía y alteración de las percepciones manifestado por deficiencia verbal, disminución de fuerza en lengua y ausencia del musculo masetero.

SALUD: Comunicación

ENTORNO: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Hospital General Gea González

PERSONA: Se le brinda la información del estado de comunicación de su paciente para que realicen las actividades correspondientes para la mayor comunicación del familiar paciente así como enfermera paciente.

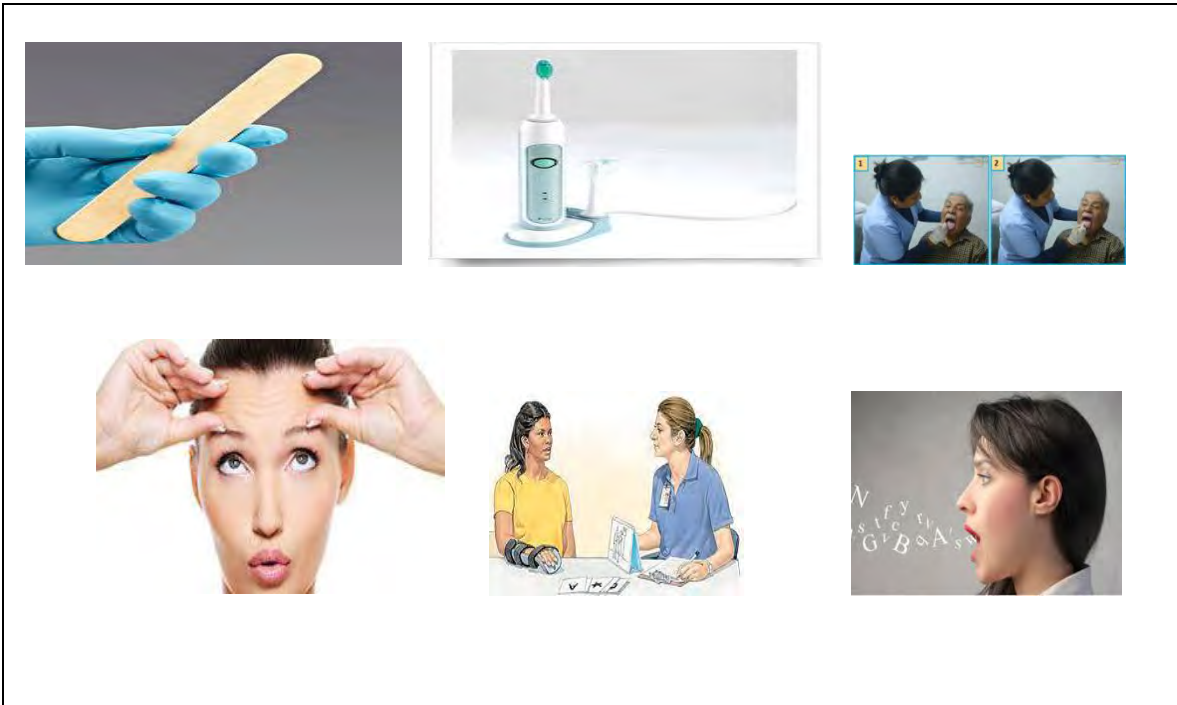
CUIDADOS DE ENFERMERÍA BRINDADOS :

Se le habla claro y preciso a la paciente de las intervenciones a realizar así como los sonidos por parte de nosotros para que ella pueda comunicarse con sus familiares

Es por eso que se lleva el protocolo de decanulación para que pueda transmitir ruidos expresando alguna necesidad o malestar.

Se lleva a cabo por parte de terapeuta de lenguaje terapias para el fortalecimiento de la lengua y así poder llevar un avance poco a poco, poniendo a la paciente en un ambiente tranquilo en Semifowler y que no haya distractores, usando música relajante.

¹⁵ Susana Rosales. (2004). fundamentos de enfermería. 3ra edición México: El manual moderno.



DIAGNÓSTICO: Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para trasladarse, espasticidad e inestabilidad postural.

SALUD: Movimiento y Mantener Buena Postura

ENTORNO: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Hospital General Gea González

PERSONA: Se le proporcionan al familiar la importancia sobre la mecánica corporal y buena postura de su paciente los peligros que se pueden ocasionar por la falta de actividad en esta necesidad.

CUIDADOS DE ENFERMERIA BRINDADOS :

Se le avisa al familiar sobre el traslado del paciente así como al paciente si se va a colocar en posición supino se le avisa al paciente se saca la sabana clínica y con la ayuda de un familiar o terapeuta se sube a la paciente se le coloca almohadas en brazos.

Paciente en decúbito lateral izq. Con extremidades superiores ligeramente flexionadas, extremidad superior izq. Ligeramente flexionada y la derecha flexionada hasta casi tocar el abdomen.

Se ponen almohadas entre las piernas y tobillos para evitar puntos de presión.



DIAGNOSTICO: Déficit de autocuidado baño relacionado con deterioro cognitivo manifestado por incapacidad para mantenerse por sí misma, incapacidad para obtener artículos de baño e incapacidad para lavarse el cuerpo.

SALUD: Higiene

ENTORNO: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Hospital General Gea Gonzales

PERSONA: Se realiza el baño en regadera por parte del personal de enfermería tomando todas las precauciones para evitar lesiones en la paciente y así mismo incorporando a su familiar en las actividades de vestido para que la paciente se sienta protegida y confiada.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA BRINDADOS :

EQUIPO Y MATERÍAL:

- Toallas, facial y de baño.
- Jabonera con jabón.
- Bata o pijama.
- Sandalias de hule.

- Silla o banco.
- Tapete de caucho (antiderrapante)

- 1.-Explicar el procedimiento al paciente y llevarlo al cuarto de baño.
- 2.-Llevar el material y equipo al baño, colocar el tapete de caucho en el piso sobre este la silla o banco.
3. Abrir las llaves de agua fría y caliente para regular el flujo y la temperatura al grado del paciente.

Ya estando la paciente en la regadera se comienza con la cabeza utilizando poco jabón se enjuaga y seguimos con el cuerpo y se va enjuagando para que no se le entre frío con otra gas se lava genitales se enjuagan y final mente se cubre con tres toallas una para la cabeza el cuerpo y las piernas; se apagan las corrientes de aire para no causar algún resfriado. Posteriormente se seca bien la piel y se hidrata y se le ayuda al vestido.

DIAGNÓSTICO: Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física por estado mental

SALUD: Evitar peligros

ENTORNO: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Hospital General Gea Gonzales

PERSONA: Se pegan carteles en la habitación del paciente sobre la importancia del riesgo de caídas para que se realicen los movimientos adecuados y las medidas preventivas al paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA BRINDADOS :

Cada que se realice una actividad al paciente se le tiene que subir los barandales; si se le va a movilizar tomar las medidas preventivas teniendo todos los utensilios de trabajo a la mano para no dejar solo al paciente.

Acercar los utensilios de apoya para la paciente

Se le avisa al familiar que la vamos a movilizar

El personal de enfermería se tiene que poner en práctica la mecánica corporal

Y se le brinda movilización adecuada para evitar peligros

Se utiliza almohadas para la prevención de caídas



14. EVALUACIÓN

Se le realiza entrevista a una persona que su familiar este de acuerdo a que sea cuestionado y que posteriormente se le dará seguimiento a los cuidados propuestos

El instrumento de valoración que se ocupó fue basado en la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades.

Una vez concluida la entrevista en este caso se le aplicó al familiar puesto que la paciente no se encuentra en un estado que ella pueda responder a las preguntas realizadas, posteriormente se analizaron los datos de los cuales se obtuvo las 14 necesidades alteradas pero se realizó una jerarquización y después se estructuraron y se expusieron los principales y los más importantes que en la actualidad la paciente lucha todo los días por mejorar.

Por lo tanto se elaboró diagnósticos por cada necesidad afectada y en la planeación se elaboró un objetivo y así mismo se enlistaron las intervenciones de enfermería con respectiva fundamentación científica

Queriendo como resultados que estos diagnósticos anteriormente expuestos sean de mucha ayuda y que los objetivos planeados sigan mejorando.

Se están trabajando arduamente para que la paciente se pueda comunicar más fácilmente y con mayor accesibilidad durante el tiempo, de la realización de este trabajo.

Pasando a la parte de los objetivos de los diagnósticos tenemos que en el diagnóstico de deterioro de la deglución siendo este un objetivo a largo plazo hubo mucha mejoría logrando que la paciente pueda tener más fuerza en la lengua moviéndola aun sin estarla estimulando, en ello también hay mayor hidratación en mucosas así como el aumento de fuerza para mantener la boca cerrada y que pase algunos líquidos así como a diferenciar algunos sabores y de textura del alimento.

En la parte del estreñimiento siendo este un objetivo a corto plazo, se pudo lograr que evacue una vez al día, con la ayuda de masaje abdominal y la ministración de medicamentos en un horario adecuado y así se logró disminuir el tono muscular que ella presenta cuando algo le molesta, se sigue trabajando en ello para poder tener un mejor confort en su vida diaria.

Para mejorar la parte de la náusea este objetivo se tuvo que plantear a mediano plazo, ya que se sigue trabajando arduamente puesto que aún no se ha controlado

del todo, disminuyo las veces que lo hacía logrando que lo haga solo una vez al mes.

Para la parte de las secreciones fue un objetivo a corto plazo logrando disminuir mucho las secreciones, se ha llegado al resultado de aspirarla dos veces al día máximo y esto va entrelazado a la disminución de las náuseas.

Siendo la parte de la comunicación un objetivo a largo plazo hemos avanzado enormemente, se logró mantener la traqueotomía cerrada de día y de noche, y ella misma deglute, tose para el manejo de las secreciones en boca y así darnos un resultado de decir la vocal A.

Tocando el tema de la movilidad y exponiéndolo como un objetivo a largo plazo nos hemos mantenido estables, aplicando las técnicas de cambios de posturas para la prevención de úlceras por presión, no hemos tenido dificultad para ello.

Incluyendo la higiene como objetivo a largo plazo se ha logrado muy poco por la falta de movilidad de la paciente pero se le ha brindado la información necesaria al familiar para poder fomentar en ellos la importancia del baño y el cuidados de la piel para la ayuda de la disminución de úlceras por presión.

Hablando de la gran importancia que tiene el riesgo de caídas en los cuidados de enfermería en el hogar este objetivo se puso como a largo plazo se ha mantenido estable utilizando las medidas necesarias para la prevención de las mismas.

Una vez concluida la etapa de planeación se lleva a cabo la ejecución en presencia del paciente y del familiar a cargo para que los cuidados se brinden completamente y el mismo se dé cuenta del avance que llevamos con su paciente.

15. PLAN DE ALTA

Para el cuidado de su paciente deberá de seguir ciertos puntos clave para mejorar la salud de su paciente, su familiar tendrá que tener una enfermeras las 24 horas para que puedan realizar las movilización cada 2 horas alternando entre boca arriba, lado izquierdo y derecho, para la alimentación se va a mantener al paciente en posición semisentado y dejarlo el resto de la hora en esa posición, todos los días tendrá que tener la cama limpia cómoda y sin arrugas también se sugiere tener un reposit para mantenerla ahí ciertas horas, el personal de enfermería tendrá que movilizar conforme a la mecánica corporal para evitar que se lesione . El baño de esponja se realizara cada tercer día, se debe de secar bien y aplicar crema después del baño, se tendrá que realizar cambio de pañal cada que sea necesario para así evitar lesiones como rozaduras o úlceras.

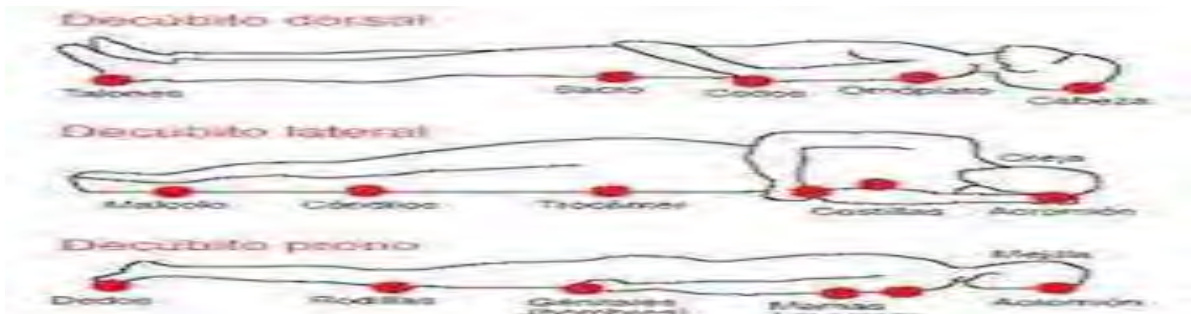
Se le brindara 3 veces al día terapias de rehabilitación como se indicó, se le colocaran unas medias ted durante el día y retirarlas durante las noches, hay que estar vigilando continuamente las evacuaciones, si se observa que el abdomen esta duro o distendido realizar masaje abdominal.

Si hay alguna complicación durante la estancia en casa ingresar a urgencias lo antes posible

- Cambios de posiciones
- Apoyo para la sensibilidad
- Apoyo en la audición y visión
- Apoyo para la comunicación
- Cuidados a sonda gástrica
- Administración y ministración de medicamentos
- Cuidados a sonda vesical
- Atención al dolor
- Cuidados a traqueotomía
- En caso de presentar crisis convulsivas acudir a urgencias.

CUIDADOS EN EL HOGAR

Cambiar de posición al paciente cada dos horas manteniendo posturas adecuadas. Proteger con almohadillas las zonas de presión (rodillas, tobillos, codos, nuca, orejas y cadera)¹⁶



Realizar ejercicios de los arcos del movimiento, girar los brazos y piernas cuidadosamente en forma circular y si el paciente no lo puede realizar solo que lo haga con apoyo de la enfermera hasta donde sea posible.



- Mantener la cama limpia cómoda y sin arrugas
- Ayudar al paciente a moverse fuera de cama por ejemplo: moverlo de la cama a la silla o a un sofá, vigilarlo constantemente para evitar el riesgo de caídas
- Apoyar a la persona a sus actividades de la vida diaria, baño, vestido, alimentación, peinado, ir al baño, corte de uñas, lavado de dientes, lavado de manos entre otros.
- Mantener la integridad de la piel conservándola limpia y seca
- Bañar al paciente con jabón suave y agua tibia

¹⁶ Mayores y dependientes. (2014). Cambios Posturales. 2011, de Medical Cases Sitio web: <http://losmayorescentrodesaludtomelloso1.blogspot.com/2014/05/prevencion-de-ulceras-por.html>

- Untarle algún tipo de crema o aceite de piel ¹⁷
- Colocar una pelotita de esponja debajo de los dedos de las manos o una almohadilla de forma intermitente para evitar que se deformen, limpiar y secar adecuadamente cuando suden

PROBLEMAS DE SENSIBILIDAD

- Terapia de relajación simple, escuchar música suave, o la que le guste al paciente mientras la escucha dar masaje
- Vigilar la colocación y temperatura de las extremidades, si están frías, cambios de color, palidez, muy rojiza o amoratada.
- Cuidar que la paciente no toque cosas muy calientes o que lo puedan lastimar ya que su sensibilidad esta disminuida y puede lastimarse gravemente, por ejemplo: templarle el agua a la hora del baño.



PROBLEMAS AUDITIVOS Y VISUALES

- Familiarizarse al paciente con el lugar, describe la ubicación de ventanas, puertas, muebles y baño para fomentar sus confianza e independencia dentro del hogar y fuera de él, con esto lo protege y le ayuda a evitar caídas.
- Inicie cuidado personal según sea tolerado
- Vigilarlo constantemente, sobre todo los primeros días, ya que la idea es que ella aprenda a valerse por sí misma
- Utilice ayuda visuales, lentes de aumento letras grandes o hable de forma tranquila pero fuerte para que el paciente escucha las indicaciones que se le dan.
- Motive y ayude al paciente con independencia a realizar las actividades de autoayuda

¹⁷ Este plan de alta fue dada por indicaciones médicas por médico tratante al salir del hospital lo cual se ha llevado a cabo durante dos años sin ninguna complicación hasta el momento.



PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN

- Utilizar dibujo, el alfabeto o señas para poder comunicarse con su paciente y así poder crear un mejor vínculo y brindarle seguridad y confianza.
- Escuchar con atención al paciente
- Proporcionar medios de comunicación
- Explique el plan que más le funcione al paciente para comunicarse con usted para reducir su ansiedad
- Estimule y de tiempo para la expresión de sus requerimientos

Si el paciente está inquieto:

- Permanecer con el paciente para brindar seguridad y tranquilizarlo



Sonda gastrostomía

- Antes de cada alimento comprobar si hay residuos de la misma en el estomago
- Evitar la alimentación si los residuos en ese momento son abundantes
- Proporcionar los alimentos en forma líquida cuidando su consistencia para evitar que se tape la sonda
- Seguir la dieta sugerida
- Evitar que entre aire al estomago
- Mantener al paciente en posición sentada durante la comida, hasta 30 min después de esta.
- Enjuagar la sonda con 30 mil de agua hervida para evitar los residuos de comida que puedan quedar, para evitar que se tape la sonda

- Observar si hay sensación de plenitud, náusea y vómito.
- Lavar la piel alrededor de la sonda y secar perfectamente todo los días.

MEDICAMENTOS

- Dar medicamentos a la hora indicada
- Romper la capsula si son pastillas triturarlas y poner su contenido en un vasito y diluirlas con poquita agua 30 ml al dárselas, enjuagar la sonda como se le indico.
- Establecer horarios para la toma de medicamentos junto con el paciente.

SONDA VESICAL

- pinzar la sonda cuando se traslade de cama a silla cuando se cambie de posición o al traslado del mismo, después despíncela y verifique que la orina continúe drenando.
- Nunca levantar la bolsa por arriba de la cintura del paciente si no está pinzada pues ara que la orina regrese a la vejiga y provoque infecciones tampoco debe tocar el piso.
- Limpiar la zona de genitales después de cada defecación de adelante hacia atrás
- Vaciar la bolsa de orina cada que se requiera y cuantificar si coincide la cantidad de líquidos ingeridos, así como el aspecto de la misma.
- Verificar que la orina drene de forma regular checar que el sistema no se encuentre pinzado o doblado.

DOLOR

- Valorar la localización del dolor, características, frecuencia e intensidad
- Identificar factores que alivian o empeoran el dolor
- Utilizar dosis de analgésicos indicados por el médico
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para disminuir o eliminar el dolor.

TRAQUEOTOMÍA

- Mantener al paciente semis entado para que respire mejor
- Vigilar salida de secreciones y características de la misma
- Curación diaria de traqueotomía
- Enjuagar la endocanula con agua hervida
- Vigilar que el cambio de posición no se mueva la cánula

CRISIS CONVULSIVAS

- Guiar movimientos para evitar lesiones
- No colocar nada en la boca
- Reorientar después de crisis
- Registra la duración de la crisis
- Registrar las características de la crisis y partes corporales implicadas.

16. GLOSARIO

NECESIDADES FISIOLÓGICAS: Son aquellas que uno requiere cubrir para poder sobrevivir y lograr un equilibrio con su cuerpo y funciones corporales.

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL: Rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral.

CELULAS CEREBRALES: Encargadas de participar en las funciones relacionadas con el sistema nervioso.

DERRAME CEREBRAL: Lesión cerebral, que se produce cuando se interrumpe o se reduce el riego sanguíneo del cerebro; este se queda sin oxígeno ni nutrientes y en cuestión de minutos, comienzan a morir las células cerebrales.

ARTERIA: Es cada uno de los vasos que llevan la sangre desde el corazón hacia los capilares del cuerpo. Nacen de un ventrículo, sus paredes son muy resistentes y elásticas.

CEREBRO: Parte superior y más voluminoso del encéfalo, constituida por una masa de tejido nervioso y que se ocupa de las funciones cognitivas, emotivas y del control de actividades vitales como: los movimientos, el sueño, el hambre, etc....

SUPERFICIE: Parte más externa de un cuerpo.

ANEURISMA: Dilatación anormal de las paredes de una arteria o una vena.

MALFORMACION: Deformación física o anomalía, en especial congénita, que resulta de un error en la producción y evolución de los caracteres morfológicos.

HEMORRAGIA: Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes.

CUIDADOS ESTANDARIZADOS: Permite integrar un marco teórico de identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados.

SIGNO: Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente

SINTOMA: Son elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente

MUSCULO: Órgano o tejido compuesto de fibras que, mediante la contracción y la relajación, sirve para producir el movimiento en el hombre.

SONDA: Tubo, generalmente largo, delgado y flexible, de diferentes materiales (goma, plástico, metal, etc....) que se usa en medicina y cirugía con finalidad terapéutica o diagnóstica.

TRAQUEOSTOMIA: Procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea, a través de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones.

GASTROSTOMIA: Intervención que consiste en la apertura de un orificio en el abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago, lo que permite comunicar al estómago con el exterior.

DETERIORO: Empeorar, estropear, poner en inferior condición algo.

DEGLUTIR: Hacer pasar algo desde la boca al estómago a través de la garganta.

17. BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro L. (2003) Aplicación Del Proceso Enfermero (5ª ed) Barcelona. Elsevier
- Collier, MF (1993) Promover la Vida, Madrid, McGraw-hillinteramericana
- Frank M. (1987) Desarrollo Histórico De La Enfermería (4ª ed.) San Antonio Texas E.U.A La Prensa Medica mexicana S. A
- Kerouac S. (1996) El Pensamiento Enfermero Barcelona Masson, S.A
- Mariner- Tomey A. Raile M. (2007) Modelos y Teorías De Enfermería (6ª ed) Madrid Elsevier Mosvi
- NANDA-Internacional. (2010) Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación (2011-2014), Barcelona Elsevier.
- Phaneuf M (1999) Cuidados de Enfermería, El proceso atención de enfermería. Madrid: interamericana.
- Riopelle L. (1993) Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana
- Carpenito, L J (1995) Manual De Diagnosticos de enfermería (5ª ed) Madrid, Mc Graw Hill Interamericana
- Fernandez Ferrin C (1995) El Modelo de Henderson y el Proceso de Enfermería Barcelona: Masson- Salvat.
- Kozier B (2005) Fundamentos De Enfermería, conceptos, procesos y practica (8va Ed.) España: Pearson
- www.artemisa.unicauca.edu.co/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria
- Susana Rosales (2004) Fundamentos de enfermería (3ra ed.) México editorial el manual moderno.

- Enrique Cárdenas de la Peña (1996) terminología médica (3ra ed.) Mc Graw Hill interamericana
- NOC 2009 Clasificación de Resultados de Enfermería (4ta ed.) Elsevier España
- González M (2004) El proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson (2da ed.) México progreso.
- Kozier B et al (1993) Enfermería fundamental (4ta ed.) Madrid
- Guía MT (1995) Diagnósticos Enfermeros (2da ed.) Barcelona
- NIC 2009 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (4ta ed.) Elsevier España
- Castillon MC (1997) La Dimensión Social de la Practica de Enfermaría (1ra ed.) Medellín
- Henderson VA (1994) La Naturaleza de la Enfermeria 25 años después. Mc Graw hill-interamericana

18. ANEXOS

18.1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES
HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON**

Datos de identificación:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Ocupación _____
Estado civil _____ Religión _____ Escolaridad _____
Domicilio _____
_____ Unidad de salud donde se
atiende _____ Lugar de Origen _____

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia _____ Ritmo _____ Expansión torácica:
Simétrica _____
Profundidad: Superficial _____ Profunda _____
Pulso: Frecuencia _____ Ritmo: Regular _____ Irregular _____ Intensidad: Fuerte _____
Débil _____
Temperatura: _____ Central _____ Periférica _____ Tensión arterial _____ mm Hg.
Posición _____ Región de anatómica de valoración _____
Somatometría: Peso _____ Talla _____ Índice de Masa
Corporal _____
Perímetro abdominal _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No, Sí.
Describa _____
¿Se ha expuesto al humo de leña? _____ ¿ha fumado en algún momento de su vida? No, Sí. ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Convive con fumadores? No, Sí. ¿Ha convivido con aves? _____
¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No, Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No, Si. ¿Su casa está ventilada? No, Si. ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No, Si. ¿Le han diagnosticado hipertensión? No, Sí. ¿Tiene problemas cardíacos? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No, Sí. ¿Toma algún medicamento? No, Sí.
Especifique: _____

Explore:

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos)

Dificultad respiratoria: No, Si Fatiga: No, Si, Tos: No, Sí Expectoración: No, Sí.
Coloración de la piel _____ Llenado capilar
_____ segundos.

Observaciones: _____

2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones: _____

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: _____

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: _____

¿Come entre comidas? No, Sí ¿Qué alimentos consume? _____

¿En donde acostumbra comer? _____

¿Con quien acostumbra comer? _____

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No, Sí ¿Por qué? _____

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? _____ ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? _____ ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? _____

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? _____

¿Tiene problemas para masticar? No, Sí. ¿Por qué? _____

¿Tiene dentadura completa? No, Sí. ¿Usa prótesis? No, Sí

¿Tiene problemas con su peso? No, Sí ¿Por qué? _____ ¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No, Sí. ¿Por qué? _____

¿Cuantos vasos de agua toma al día? _____ ¿Acostumbra tomar refrescos? No, Sí Cantidad _____ ¿Acostumbra tomar café? No, Sí ¿Acostumbra tomar alcohol? No, Sí. ¿Toma suplementos alimenticios? No, Sí.

Explore:

Cavidad oral:

Región abdominal:

Observación:

3. Eliminación.

¿Cuantas veces evacua al día? _____ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Esfuerzo para defecar: No, Si. Dolor anal al evacuar No, Si. Dolor abdominal al evacuar No, Si. Características del dolor _____ Flatulencias No, Si. Tenesmo No, Si. Meteorismo No, Si. Incontinencia No, Si. Prurito No, Si. Hemorroides No, Si. Cuándo presenta problemas para evacuar, ¿que recursos utiliza? _____ ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? _____

¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? _____ ¿Que características tiene la evacuación? _____

¿Cuántas veces orina al día? ¿De qué color es su orina? _____ ¿Qué olor tiene su orina?

¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?: Disuria No, Sí. Poliuria No, Si. Nicturia No, Sí. Retención de orina No, Si. Urgencia para orinar No, Si. ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? _____

¿Usted suda? No, Si. ¿Cómo es su sudoración? _____ ¿Bajo que condiciones suda?

En caso de Mujeres

¿Fecha de Última menstruación? _____ ¿Cada cuándo menstrua?

_____ ¿Cuántos días dura su menstruación? _____ ¿Presenta alguno de

estos signos o síntomas?: Dismenorrea No, Si. Pérdidas intermenstruales No, Sí. Flujo

vaginal No, Si. ¿Qué características tiene? _____ ¿Qué hace

para controlar la

dismenorrea? _____

En caso de hombres

¿Presenta _____ alguna _____ alteración _____ en _____ la
eyacuación? _____

Explore:

Región _____ abdominal, _____ fosas _____ renales,

genitales _____

Observaciones:

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? No, Si. Especifique:

_____ ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria?

No, Sí. ¿Cómo? _____ ¿Tiene dificultad para moverse? No, Si Especifique:

_____ ¿Utiliza apoyos para desplazarse? No, Si. ¿Cuáles

la postura habitual relacionada con su ocupación? _____ ¿Cuantas horas

del día pasa usted en esta postura? _____

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No, Si. Especifique cuales:

_____ Movimientos involuntarios No, Si. Describa: _____ Le falta fuerza o

Debilidad muscular No, Si. Describa: _____

Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo. No, Si. Describa:

_____ Mareos, pérdida del equilibrio o desorientación. No, Si. Describa: _____

¿Realiza usted alguna actividad física? No, Sí. ¿Cuál? _____ ¿Qué tiempo le dedica a la semana? _____

Explore:

Postura, _____ marcha, _____ movimientos, _____ flexibilidad, _____ resistencia _____ articular,

reflejos _____

Observaciones: _____

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? No, Sí. ¿Cómo? _____ Después de descansar ¿Cómo se siente? _____ ¿Cuántas horas duerme habitualmente? _____ ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño No, Si.

¿Se despierta fácilmente? No, Si. Sueño agitado, No, Si. Pesadillas, No, Sí. Nerviosismo, No, Si.

¿Se levanta durante la noche? No, Si. ¿Porqué? _____

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No, Si. ¿Porqué? _____

¿Acostumbra tomar siesta? No, Si. ¿Qué hace para conciliar el sueño? _____

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia)

Observaciones: _____

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuando?: hace frío _____ hace calor _____

cuando llueve _____ ¿Su ropa le

permite libertad de movimiento? No, Si. ¿Expresa sentimientos a través de su ropa?

No, Si. ¿La ropa que usa usted la elige? No, Si. ¿Es capaz

de desvestirse y vestirse solo? No, Si.

Explore:

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

Observación: _____

7. Termorregulación

¿Sabe como medir la temperatura? Si___ No___ ¿Presenta alteraciones de la temperatura? No, Si. Especifique_____ ¿Qué medidas toma para controlarla la temperatura cuando tiene alteraciones?_____

Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos,)_____

Observación:_____

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña?_____ ¿Cada cuando se lava el cabello? _____ Después del baño ¿el cambio de ropa es? Parcial___ Total_____ ¿Cada cuando lava sus manos?_____ ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies_____ manos_____
¿Cada cuando cepilla sus dientes? _____ ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No, Si. ¿Utiliza prótesis dental? No, Si. ¿Cada cuando las asea?_____ ¿Cuando realizó la última visita al Dentista?_____ ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal No, Si. ¿Porqué?_____

Explore:

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

Observacion_____

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo No, Si. Toxoide Diftérico No, Si . Toxoide tetánico No, Si. Hepatitis No, Si. Neumocóccica No, Si. Influenza No, Si. Rubéola Sarampión No, Si. Otra_____ Revisiones periódicas en el último año: _____ Exploración prostática No, Si.

Resultado_____ Autoexploración mamaria No, Si. ¿Cada cuanto tiempo la realiza?_____ Resultado_____, Mamografía No, Si. Resultado_____ Papanicolaou No, Si. Resultado_____, Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) No, Si. Seguimiento del plan terapéutico prescrito No, Si. Automedicación No, Si. Nombre del medicamento: _____ ¿Consumo de drogas de uso no médico? No, Si. ¿Cuál? _____ Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad No, Si.

Uso de pasamanos No, Si. Uso de asideras No, Si. Uso de lentes de protección No, Si.

Aparatos protectores para la audición No, Si. Bastón No, Si. Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente?_____ ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? No, Si. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? No, Si. ¿Cuenta con las medidas de seguridad?:

En el trabajo No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.

Escuela: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.
Casa: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si. Otros lugares No, Si.
¿Cuáles? _____
¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No, Si. ¿Cual es la causa? _____
Observación: _____

10. Comunicación

Idioma materno ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No, Si. ¿Cuál? Vista _____ oído _____ olfato _____ gusto _____ tacto _____
¿Afectación verbal? No, Si. Especifique: _____

Tipo de carácter: ___ Autopercepción: Optimista _____ Pesimista _____
Realista _____ Introverso _____ Extroverso _____
Otro _____

¿Tiene dificultad para? Comprender No, Si. Aprender No, Si. Concentrarse: No, Si.
Lectoescritura: No, Si. ¿Cómo es la comunicación con su familia? _____

Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia).

Observación: _____

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? _____ ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? ¿Que opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre _____
¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? _____
¿Sus creencias sobre la vida o sureligión que le ayudan a enfrentar problemas? _____

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

- a) Lee con frecuencia
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- c) Prácticas de oración y rezos
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe: _____

12. Trabajar y realización

¿Que actividades realiza diferentes a su trabajo? _____ ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Tiene alguna capacidad _____

diferente o limitación? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Necesita algún cuidado especial? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Su limitación es temporal? No, Si. ¿Puede trabajar? No, Si. ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No, Sí. ¿De que tipo? _____ ¿A qué atribuye usted la dependencia? _____ ¿Esto afecta su estado emocional? _____ ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) _____ ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? No Si. ¿Cuál? _____ ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? _____ ¿A que lo atribuye? _____ ¿Cuáles son sus metas de vida? _____

Explore: (actitud)

Observaciones _____

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca _____ Pocas veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____ ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? _____

¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Cine _____ teatro _____ Lectura _____ TV _____ Música _____ Baile _____ Fiesta _____ Reuniones con amistades y familiares _____ Otros _____

¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca _____ Pocas veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____ ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No, Si. ¿Qué medicamento le indicaron? _____ ¿Su estado de animo influye para realizar alguna actividad recreativa? _____ No, _____ Sí. _____ Especifique _____

Observación: _____

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No , Sí .¿Por qué? _____ ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy Baja _____ Me cuesta trabajo pero sí aprendo _____ Regular _____ Casi no me cuesta trabajo _____ No me cuesta ningún trabajo _____ ¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura _____ otras personas _____ Televisión _____ Radio _____ Cursos _____ Conferencias _____ Otros _____ ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No, Si. ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud) No, Si. _____

Explore:

(Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad)

Observación: _____

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
1. OXIGENACIÓN		
2. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN		
3. ELIMINACIÓN		
4. MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA		
5. DESCANSO Y SUEÑO		
6. VESTIDO		
7. TERMORREGULACION		
8. HIGIENE		
9. EVITAR PELIGROS		
10. COMUNICACIÓN		
11. CREENCIAS Y VALORES		
12. TRABAJAR Y REALIZARSE		
13. RECREACIÓN		

14. APRENDIZAJE		
-----------------	--	--

DIAGNOSTICOS

ETIQUETA DX.	FACTORES RELACIONADOS	MANIFESTACIONES

ENUNCIADO:

ETIQUETA DX.	FACTORES RELACIONADOS	MANIFESTACIONES

ENUNCIADO:

ETIQUETA DX.	FACTORES RELACIONADOS	MANIFESTACIONES

ENUNCIADO:

ETIQUETA DX.	FACTORES RELACIONADOS	MANIFESTACIONES

ENUNCIADO:

PLANEACIÓN DEL CUIDADO

(Jerarquizacion)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Enunciado:

OBJETIVO:

INTERVENCIÓNES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

EJECUCION

Se describirá con los cuatro elementos del metaparadigma como se llevó a cabo esta etapa, (si no la completo con su paciente en el hospital haga una descripción de cómo lo hubiera hecho)

DIAGNOSTICO:

SALUD (Necesidad afectada que ud atenderá):

ENTORNO (Servicio en el que atendio a su paciente):

PERSONA: Se darán los cuidados a la paciente (si hubiese estado en algún servicio de hospitalización donde puedan acompañarles algún familiar se puede referir que se le dio orientación a la paciente y su esposo o su Mama o con su hermana, etc.)

CUIDADOS DE ENFERMERIA BRINDADOS:

EVALUACIÓN

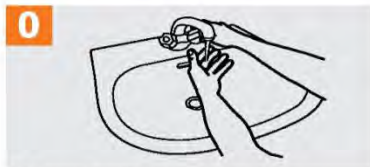
(A continuación describirá en breve resumen como abordo cada etapa rescatando solo los puntos básicos y explicara si los objetivos se alcanzaron o no son posibles de valorar en este momento)

NOMBRE DE LA ALUMNA(O):	
GRUPO:	FECHA:

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

18

Escala del coma de Glasgow

Apertura de los párpados (P)

Abra los ojos

Esponánea = 4

Respuesta frente a órdenes verbales = 3

Respuesta frente a estímulos dolorosos = 2

Ausencia de respuesta = 1

P	
Esponánea. . .	4
Frente a órdenes verbales. . . .	3
Frente a estímulos dolorosos. . . .	2
Ausencia de respuesta	1

Respuesta motora (M)

Muéstreme dos dedos

Obedece = 6

Localiza = 5

Movimiento de retracción = 4

Respuesta flexora anómala = 3

Respuesta extensora = 2

Ausencia de respuesta = 1

M	
Obedece	6
Localiza. . . .	5
Movimiento de retracción. . .	4
Respuesta flexora anómala. . . .	3
Respuesta extensora	2
Ausencia de respuesta	1

Respuesta verbal (V)

¿En que año estamos?

2007

1996

Respuesta inapropiada = 3

Respuesta confusa = 4

Ayer, madre

Gritos, gruñidos, quejidos

Ruidos incomprensibles = 2

Ausencia de respuesta = 1

V	
Orientación. . .	5
Respuesta confusa	4
Respuesta inapropiada . . .	3
Ruidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1

Puntuación del coma (P + M + V) = 3 a 15

¹⁹ Elsevier. (Junio 5, 2017). Escala de coma de Glasgow. 2018, de Elsevier España S.L. Sitio web: <http://www.elsevier.es/generacionelsevier/editorial>

Escaia de Bristol

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida

20

²⁰ Heaton y Lewis . (1997). escaia de bristol. Scandinavian Journal of Gastroenterology , de universidad de bristol Sitio web: http://agapap.org/datos/BRISTOL_Escala.pdf.