



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

APLICADO A UNA PERSONA ADULTO MAYOR
CON DEPENDENCIA TOTAL RELACIONADO
CON TRASTORNO NEUROLOGICO
POSTQUIRURGICO.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

PRESENTA.

FAUSTA ARZATE ORDAZ
No. DE CUENTA: 402122218

Directora de Trabajo

LIC. ENF. LETICIA SANDOVAL ALONSO

MEXICO, 2005

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



m. 347724



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A dios:

Por brindarme la oportunidad de existir cada día de mi vida.

A mis asesoras:

Con profundo agradecimiento por el tiempo tan valioso que me otorgaron y por la paciencia y sabiduría con las cuales me guiaron para la realización del presente trabajo.

A mis padres, hijos y hermanos:

Por el apoyo moral y tolerancia que me brindaron durante esta etapa de mi vida, en especial a mi hermana Deisy ya que sin ella no hubiese sido posible la culminación de este trabajo.

INDICE

	PAG.
Introducción.....	2
1.- Objetivos.....	5
2.- Metodología.....	6
3.- Marco Teórico	
3.1.- Principales antecedentes históricos de Enfermería.....	8
3.2.- Definición de Enfermería.....	11
3.3.- Nociones básicas del Proceso de Enfermería:	
3.3.1.- Referentes históricos del Proceso de Enfermería.....	12
3.3.2.- Objetivos del Proceso Atención de Enfermería.....	13
3.3.3.- Beneficios del Proceso Atención de Enfermería.....	14
3.4.- Conceptos básicos del Modelo de Enfermería de Virginia Henderson.....	15
4.- Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería:	
4.1.- Ficha de identificación.....	21
4.2.- Presentación del caso.....	22
4.3.- Desarrollo de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	23
➤ Valoración	
➤ Diagnóstico de Enfermería	
➤ Planeación	
➤ Ejecución	
➤ Evaluación	
5.-Plan de alta.....	58
6.-Conclusiones.....	61
7.-Sugerencias.....	63
8.- Bibliografía.....	64
9.- Anexos.....	65

INTRODUCCIÓN

El Proceso Atención de Enfermería es la metodología que permite actuar de modo sistemático al planificar una intervención, posee una orientación científica, lógica y crítica. El modelo conceptual constituye una estructura teórica que guía y limita el campo de nuestra actuación profesional y la Taxonomía diagnóstica unifica el lenguaje y los criterios en el momento de definir los problemas que las enfermeras podemos ayudar a resolver; la interrelación de estos tres aspectos constituyen un todo, que conllevan a dar como resultado una atención integral de los problemas y necesidades detectados en forma individual y sistematizada a cada persona.

El presente proceso me permitió integrar los conocimientos teóricos adquiridos durante mi formación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia a la práctica profesional; así mismo forma parte de los requisitos para sustentar el examen profesional de titulación. El modelo conceptual que se utilizó es el de Virginia Henderson, siendo este uno de los más conocidos, desarrollados y completos que existen en el panorama profesional, el cuál ofrece una visión clara de los cuidados de Enfermería.

El individuo sano o enfermo es considerado como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica, además de promover su desarrollo y crecimiento.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

El modo de satisfacer las propias necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que una necesidad está satisfecha es totalmente individual ya que para lograrlo se deben llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacerlas de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación personal.

La finalidad de los cuidados consiste en conservar o restablecer la independencia de la persona, en la satisfacción de sus necesidades y en el que el rol de la enfermera consiste en ayudarlo en aquello que él no puede realizar por sí mismo, para responder a sus necesidades y logre recuperar o mantener su independencia.

Se seleccionó el caso de una persona adulto mayor con dependencia total relacionada con trastorno neurológico postquirúrgico, considerando de vital importancia observar su evolución, así como la aplicación de las intervenciones y la rehabilitación adecuadas para que esta persona logrará recuperar su salud lo más pronto posible e integrarlo en las mejores condiciones con su familia y la comunidad.

El presente Proceso se estructuró de la siguiente forma:

En el primer capítulo se establecieron los objetivos general y específicos que se pretendieron alcanzar. En el segundo capítulo se describe la metodología que se siguió durante la aplicación y desarrollo de Proceso Atención de Enfermería.

En el tercer capítulo se presenta el marco teórico, el cual representa el soporte bibliográfico, conceptualización y fundamentación del proceso. En el capítulo cuarto se desarrollan cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería, con el enfoque de Virginia Henderson.

En las etapas de valoración y la estructuración de diagnósticos de Enfermería; en estas el marco conceptual de Henderson sirve de guía para la recolección de datos, el análisis y síntesis de los mismos, para posteriormente definir los problemas y las causas de dificultad así como la determinación del grado de independencia / dependencia en la satisfacción en cada una de las catorce necesidades.

Para la planeación de cuidados de Enfermería y su ejecución, fue necesario la formulación de los objetivos del plan de atención en base a las causas de dificultad detectadas, así como la determinación de las intervenciones de Enfermería.

En la etapa de evaluación, última etapa del Proceso Atención de Enfermería se evalúan los resultados obtenidos al comprobar si los objetivos se consiguieron y si las necesidades fueron cubiertas a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.

Posteriormente se presenta un plan de alta en el que la participación de la familia será darle seguimiento y control de la salud, así como una supervisión permanente de las actividades diarias que realice su familiar, para evitarle futuras complicaciones.

Finalmente se aprtan las conclusiones, en las que se integró las observaciones inherentes a la etapa de ejecución, del Proceso Atención de Enfermería.

1.- OBJETIVOS

1.1.- GENERAL:

Desarrollar el Proceso Atención de Enfermería a un adulto mayor con dependencia total, tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson, para fomento del pensamiento crítico, científico y metodológico, así como la integración de los conocimientos en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia a la practica profesional.

1.2.- ESPECIFICOS:

- Desarrollar habilidad en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en cada una de sus etapas.
- Fomentar la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería para su aplicación en el ejercicio profesional.
- Sustentar el examen profesional para titulación.

2.-METODOLOGÍA

Para la realización del Proceso Atención de Enfermería, se tomo participación en un seminario con duración de tres meses, en el cual me dieron las bases teóricas y metodológicas para su elaboración y reafirmar los conocimientos adquiridos en los estudios profesionales de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. En él se revisaron temas relacionados con la conceptualización e historia de Enfermería, las teorías y modelos que a través del tiempo se han desarrollado, el modelo de Virginia Henderson como marco conceptual aplicado a las etapas del Proceso Atención de Enfermería, sus beneficios al aplicarlo y la temática en relación a como elaborarlo en forma sistematizada.

Se seleccionó a una persona adulto mayor con la cual tuve contacto directo en su domicilio particular, así como con su familia durante el periodo comprendido del ocho de Junio al ocho de Agosto del 2005, tiempo en el que fue desarrollado.

Durante la etapa de valoración se reunió la recolección de datos sobre las catorce necesidades básicas de la persona, a través de entrevistas en forma directa a la familia y a la persona enferma; mismos que me permitieron llevar a cabo la observación, la exploración y el interrogatorio durante una semana realizando una visita diaria.

Se reunió información, obteniendo datos relevantes, mismos que se examinaron para definir el estado de salud de la persona, describiendo las capacidades y los problemas de la persona así como los recursos de la familia. Para obtener esta información se empleó un instrumento metodológico, tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson, con el cual se realizó la valoración clínica (anexo 1).

Para la exploración se utilizó baumanómetro, estetoscopio biauricular y termómetro. Posterior a la valoración, se realizó un análisis de datos, detectando la dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades de la persona estudiada; se

identifican los problemas y se estructuran los diagnósticos de Enfermería; con apoyo en la taxonomía de los diagnósticos de la NANDA (definiciones y clasificación 2003-2004).

En la etapa de planificación se desarrollaron los objetivos y el plan de cuidados, en base a los problemas identificados y los recursos familiares disponibles para aplicar las intervenciones de Enfermería.

Se establecieron los objetivos con el propósito de realizar la medición del plan de cuidados y dirigir las intervenciones de la persona enferma, las cuales fueron enfocadas a controlar su estado de salud, resolver la problemática detectada, interactuar con la familia para que conjuntamente se logrará la independencia en la satisfacción de las necesidades y restablecer su salud.

La siguiente etapa es la ejecución que consistió en poner a la práctica el plan de cuidados, el cual dio inicio a partir de la primera semana en la que se tuvo contacto con la persona enferma por lo cual fue necesario documentarme para la actuación, solicitar asesoría a neurocirujano, nutrióloga y fisioterapeuta, así como la aplicación de los conocimientos disponibles de Enfermería, observando cada respuesta de la persona. Se registran las valoraciones, intervenciones y respuestas, cabe mencionar que las intervenciones fueron dirigidas a la suplencia y que paulatinamente de acuerdo a las respuestas de la satisfacción en sus necesidades como de ayuda y posteriormente solo de supervisión. Las observaciones de esta etapa se incluyen en las conclusiones.

En la última etapa se realizó la evaluación del plan de cuidados en relación a los resultados obtenidos; se elaboró un plan de alta en el que se propone a los familiares un plan de rotación para mantener una vigilancia y supervisión permanente durante la realización de sus actividades diarias, así como para llevar un control óptimo de su salud y evitar futuras complicaciones.

3.- MARCO TEORICO

3.1.-PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERÍA

Durante la primera mitad del siglo XX hubo factores que impulsaron el progreso de la Enfermería; dos guerras mundiales, la autoorganización de las enfermeras, la legislación general y de la Enfermería, los problemas de bienestar social el apoyo a las disciplinas de la salud, por fundaciones nacionales y las complejidades de la medicina.¹

En la segunda mitad del siglo hubo otros movimientos que afectaron los cuidados de salud y la Enfermería, como fueron: El progreso de la salud pública, el desarrollo de organizaciones voluntarias y gubernamentales, la lucha de la igualdad de derechos de la mujer. Estos factores combinados por las fuerzas internas de la Enfermería por aumentar su concientización, innovar su ámbito de responsabilidades y orientarse a la profesionalización han modelado el papel de la enfermera y la Enfermería.

En los años 20's había pocas enfermeras y los cuidados eran realizados por los estudiantes, en este tiempo la enfermera realizaba funciones que no correspondían a la profesión como: fregar suelos, lavar bandejas, limpiar el equipo además del cuidado rutinario a la persona, por lo cual no se empleaba el cuidado con enfoque holístico.²

En los 40's ya con innovaciones en los cuidados de la salud, las funciones de las enfermeras incluían la determinación de la presión arterial, la ayuda a transfusiones, administración de oxígeno, la inyección de medicamentos, colaboración en los quirófanos y la sala de partos. Hubo un aumento considerable en las personas que ingresaban a los hospitales, ya que los consideraban seguros y eficaces.

¹ DONAHUE, M. Patricia. Historia de la enfermería. Tr. Maria Picazo. Ed. Doyma, Barcelona 1998. p.440

² Ibidem. P. 442.

También hubo escasez de enfermeras se creía que habría un exceso en la guerra mundial lo cual no sucedió ya que muchas enfermeras dejaron de trabajar para dedicar su tiempo a responsabilidades familiares, otras abandonaron su trabajo por no permitírseles participar en planificaciones y toma de decisiones, se negaban a participar en una estructura laboral que ofrecía poca recompensas, muchas horas de trabajo físico arduo y salarios muy bajos.³

Durante la segunda guerra mundial surge la necesidad de unidades especiales para el cuidado de la persona enferma. Este desarrollo de unidades de punto específico aunque resultaba ventajoso en muchos aspectos, obligado a contar con algún tipo de Enfermería especializada, lo cual contribuyó a acentuar todavía más la carencia de profesionales. Por otro lado se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de Enfermería, uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo.

En los años 60's se inició un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y la persona enferma. Dicho movimiento comienza en 1963 con la ideología de Lidia Hall cuya finalidad era proporcionar cuidados de Enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación prevenir las complicaciones promover la salud y evitar las recaídas y las nuevas enfermedades. La enfermera paso a ser el factor primordial en el cuidado de la persona enferma coordinando a la familia, para resolver los problemas de salud y obtener la recuperación total.

Fue hasta los 70's cuando se hace realidad la meta combinada del cuidado de Enfermería por enfermeras profesionales y el cuidado integral a la persona con la aparición de la Enfermería primaria que es responsable del cuidado integral con enfoque holístico del enfermo durante toda su estancia hospitalaria las 24 horas del día los siete de la semana.⁴

Los cuidados de la Enfermería primaria asumen la responsabilidad de toda gama de funciones incluyendo la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos,

³ Ibidem. P. 443-444

⁴ Ibidem p. 447.

planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación de alta.

A pesar de los grandes pasos que se han dado en Enfermería los problemas siguen vigentes, las condiciones de trabajo y los entornos siguen siendo fuentes de conflicto, las preocupaciones giran entorno a la falta de personal, los bajos salarios, las largas horas de servicio, las prácticas peligrosas, la imposibilidad de usar los propios conocimientos, juicios y toma de decisiones; situaciones que le impiden brindar cuidados de alta calidad.

De las enfermeras actuales se espera que funcionen en una variedad de contextos, deben ser, excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Los avances científicos y técnicos amplían sus oportunidades pero a la vez multiplican sus responsabilidades. Nuestra meta es seguir haciendo frente a los retos del futuro tal como lo identificara Florence Nightingale en 1800..

El ambiente en que se movía la Enfermería no era propicio para la investigación, como tampoco había enfermeras para emprenderla. Sin embargo la necesidad de investigación de Enfermería ya fue reconocida por las primeras dirigentes que se comprometieron con el método científico, de recoger e interpretar datos para generar nuevos conocimientos tendientes para mejorar los cuidados de Enfermería.

3.2.- DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA.

La definición cuyo origen se debe a Virginia Henderson es: "La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, todo ello de manera que le ayude a recuperar su independencia de la forma más rápida posible".⁵

Esta es la contribución de la enfermera a la conservación o la recuperación de la salud, asistencia en lo que la persona o su familia no pueden hacer, pero hacerlo de tal manera que la persona y su familia sean independientes a la mayor brevedad.

Definición que considero acertada ya que actualmente en la práctica cotidiana de Enfermería existe el compromiso de desarrollar todas las potencialidades técnicas humanísticas y científicas en beneficio de la población; para lo cual se realizan intervenciones en individuos sanos o enfermos tanto dentro como fuera de los hospitales; actualmente se tiene mayor predominio en la atención de personas enfermas, considero que al fomentar la aplicación del Proceso Atención de Enfermería se logrará una atención integral acertada acorde con la identificación de las necesidades reales de cada persona, y así contribuir eficientemente en su pronta recuperación y logre su independencia y bienestar óptimo de salud, para integrarse con su familia y comunidad en las mejores condiciones.

⁵ FERNANDEZ Ferrin, Carmen et. al.; El proceso Atención de Enfermería, Marco Conceptual Virginia Henderson, Ed. Masson-Salvat, Barcelona 1993. p.3

3.3.- NOCIONES BASICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

3.3.1.- REFERENTES HISTORICOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El término proceso de Enfermería fue introducido por Lidia Hall en 1955, en este mismo año Virginia Henderson publicó la definición de Enfermería.

Durante los finales de los 50's y principios de los 60's, Dorothy Jonson (1959), Ida Orlando 1961 y Ernestine Wiedanbach (1963) introdujeron un modelo de proceso de enfermería que constaba de 3 pasos (valoración, planeación y ejecución). En 1966, Virginia Henderson identificó las acciones de enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el Proceso de Enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico.

La Wiche (1967) elaboro una lista de pasos del proceso como percepción y comunicación, interpretación, actuación y evaluación.

Yura y Walsh (1983) establecieron cuatro fases (valoración, planificación, interpretación, actuación y evaluación). En 1973, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin iniciaron conferencias nacionales sobre la clasificación de los diagnósticos de la Enfermería.

En 1982, se revisaron los exámenes del Tribunal Estatal Profesional (NCLEX) para incluir al proceso de Enfermería como uno de los conceptos sobre la organización necesaria para la práctica competente de Enfermería.⁶

La Enfermería es la profesión de los cuidados y estos pueden variar de un acto sencillo de asear y colocar un vendaje, hasta medidas muy complejas en una unidad de terapia intensiva; cualesquiera que sean estos cuidados tienen un base teórica, así como una metodología para realizarlos a lo que se le ha llamado Proceso de Enfermería.⁷

⁶ POTTER, Perry, "Ejecución del Proceso de Enfermería" En Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica. Tr. Diorkin, 3° ed. Ed. Mosby-Doyma, Madrid 1996. p. 123

⁷ TORRES, Esperón Julia Marcela et. al. Aspectos Éticos en los Diagnósticos de Enfermería y su Influencia en la Profesión, Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba 2002 p. 2

La definición dado por la OMS declara: "El Proceso de Enfermería es un termino que se aplica a un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades; o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de necesidades para la salud del paciente/cliente/familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellos que se puedan cubrir al proporcionar cuidados y evaluación de resultados. La/El enfermera (o) en colaboración con otros miembros de salud y con el individuo o grupos a los que atiende, define objetivos, fija prioridades, identifica cuidados a proporcionar y moviliza recursos, aplica los cuidados, evalúa resultados. La enfermera se convierte en un proceso dinámico que se presta a adaptación y mejoría".⁸

La aplicación de este método científico esta compuesto por cinco etapas o fases: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre si durante la práctica.

Actualmente se define el Proceso de Atención de Enfermería como una guía metodológica para desarrollar el trabajo de Enfermería y sistematizar una dirección para ofrecer cuidados de calidad a las personas atendidas.

3.3.2.- OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Valorar el potencial de identificación del individuo de acuerdo a sus necesidades en cuanto a su estado de salud.
- Identificar las necesidades de acuerdo a su desarrollo y desviación a la salud.
- Identificar los factores de riesgo relacionados con el déficit de necesidades.
- Formular diagnósticos de Enfermería que establezcan los problemas a sus necesidades.

⁸ Hinchliff, Susan M. et.al. "Enfoques del Cuidado de Enfermería" en Enfermería y Cuidados de la Salud, Ed. Doyma, Barcelona 1993. p. 174 13

- Definir las intervenciones en un plan de atención especializada priorizando el déficit de necesidades.
- Identificar las necesidades de dependencia aplicando el modelo de Virginia Henderson.
- Valorar el grado de cumplimiento de los objetivos de la persona y su respuesta al modelo aplicado.
- Valorar la respuesta de la persona a los cuidados de Enfermería y sus posibles variaciones en el déficit de la independencia.

3.3.3.- BENEFICIOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- El Proceso de Enfermería a mostrado ser eficaz en la promoción en la calidad y eficiencia de los cuidados de salud que acelera la solución de los problemas y maximiza las oportunidades y los recursos.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que evitan omisiones y conclusiones prematuras, esta filosofía del humanismo promueve una conducta cuidadosa y ayuda a identificar los problemas únicos, objetivos, realistas e intervenciones individualizadas que pueden obtener resultados.
- Ayuda a las personas a darse cuenta de que su aportación es valiosa para fijar los objetivos y el cumplimiento de las intervenciones para su pronta recuperación.
- Permite evaluar la calidad de los cuidados de la persona y hacer reestructuraciones necesarias que permitan mejorar la independencia de la persona e integrarla lo mas pronto posible a la sociedad.

3.4.- CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE ENFERMERIA DE VIRGINIA HENDERSON

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fué la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años de Enfermería se dio cuenta de que los libros pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer principios y la practica de la profesión.⁹

Henderson define a la enfermería como: "La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible".

⁹ FERNANDEZ Ferrin, Op. Cit. P. 3

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

1. Persona.
Necesidades básicas
2. Salud.
Independencia.
Dependencia
Causas de la dificultad o problema
3. Rol profesional.
Cuidados básicos de enfermería
Relación con el equipo de salud.
4. Entorno.
Factores ambientales
Factores socioculturales

La Persona

En su teoría Henderson identifica catorce necesidades básicas en la persona, que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica así como promover su desarrollo y crecimiento.

Cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales.

Dichas necesidades son:

- Necesidad de oxigenación.
- Necesidad de nutrición e hidratación.
- Necesidad de Eliminación.
- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
- Necesidad de descanso y sueño
- Necesidad de usar prenda de vestir adecuadas.
- Necesidad de termorregulación.

- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar los peligros.
- Necesidad de comunicarse.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.
- Necesidad de aprendizaje.

La satisfacción de las catorce necesidades básicas esta determinada por los aspectos biológicos, psicológicos, sociales , culturales y espirituales de cada persona, y la interrelación de las diferentes necesidades desde un punto de vista holístico se hace necesario para poder valer el estado del individuo como un todo.¹⁰

La Salud

Virginia Henderson Considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales; buscan lograr la independencia mediante la satisfacción de las necesidades de forma continua con el fin de mantener su propia salud en estado óptimo.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que según Henderson se debe a tres causas y que identifica como: Falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

Independencia.- Puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia.- Puede ser considerada como una doble vertiente. Como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades o aunque realice actividades no resulten adecuadas o sean insuficientes para lograr la satisfacción de las actividades.

¹⁰ FERNANDEZ Ferrin, Op. Cit. P.5.

Los criterios de dependencia e independencia deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de la persona (biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales).

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson los agrupa en tres posibilidades:

- Falta de fuerza. No es solo la capacidad física o habilidad mecánica de la persona sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- Falta de conocimiento. Se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad el autoconocimiento y los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de voluntad. Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse a una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para la satisfacciones de sus necesidades básicas.

La presencia de estas causas o una de ellas da lugar a una dependencia total o parcial así como total o permanente. El tipo de actuación de suplencia o ayuda se determina por el grado de dependencia identificado.¹¹

Rol Profesional

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el cuidado de su función propia actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia. Como dice Henderson "Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en la que es dueña de la situación".

¹¹ FERNANDEZ Ferrin, Op. Cit. P. 4:7

Los cuidados básicos de Enfermería están íntimamente relacionados con este concepto de necesidades básicas, en el sentido de que, tal como la afirma la autora "Los cuidados básicos de Enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. La Enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adoptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona.

Entorno

La importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales, etc) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las catorce necesidades básicas y de los factores que la influyen.

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Henderson, como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del Proceso de Atención:

- En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía para la recolección de datos, el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:
 - El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las catorce necesidades.
 - Las causas de dificultad de tal satisfacción.
 - La interrelación de unas necesidades con otras
 - La definición de los problemas y sus relación con las causas de dificultad identificadas.

- En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas, en la elección de modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de Enfermería que impliquen al individuo, siempre que sea posible, en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.
- Finalmente en la etapa de evaluación el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de sus necesidades lo más rápidamente posible. Esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias necesidades y recursos.¹²

¹² FERNANDEZ Ferrin, Op. Cit. P. 9.

4.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Señor Mario

EDAD: 74 Años

PESO: 62 kgs.

TALLA: 1.60 mts.

FECHA DE NACIMIENTO: 25 DE Octubre de 1931

SEXO: Masculino

OCUPACIÓN: campesino

ESCOLARIDAD: Ningún grado académico, sabe leer y escribir

FECHA DE ADMISIÓN: 8 de Junio del 2005

HORA: 8 a.m.

PROCEDENCIA: Iguala, Guerrero

FUENTE DE INFORMACIÓN: Esposa e Hijos

FIABILIDAD (1-4): 4

MIEMBRO DE LA FAMILIA / PERSONA SIGNIFICATIVA: Esposo / padre.

4.2.- PRESENTACIÓN DEL CASO

El señor Mario es un adulto mayor, cuenta con 74 años de edad , es casado y padre de familia de 9 hijos, los cuales todos son profesionistas, se encuentra en el domicilio de su esposa en la ciudad de Iguala, Guerrero.

Cuenta con los siguientes antecedentes, los cuales se lograron entender empleando un instrumento metodológico, tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson el cual se realizó la valoración clínica (anexo1).

Es campesino y comerciante, desde hace 11 años , viajaba constantemente de la población de Cocula a Iguala y viceversa; teniendo una estancia variable en ambos lugares, contaba con una vida tranquila, saludable y con mucha actividad física ya que siempre se mantenía ocupado en sus labores diarias.

El día 11 de Enero del 2005, fue agredido físicamente en su domicilio de Cocula, fue encontrado el día 13 del mismo mes semiinconsciente, con 44 horas de evolución aproximadamente, fue atendido en unidad hospitalaria del IMSS, como Politraumatizado con los diagnósticos de: Edema Cerebral, Fracturas de Fémur derecho; cráneo, cubito y radio de brazo derecho. Se le realizó cirugía de osteosíntesis de cadera y reducción cerrada de cubito y radio; mencionan sus familiares que el neurocirujano refirió sobre la fractura de cráneo que no era operable ya que no afectaría la salud del señor Mario. Su rehabilitación fue en un mes y medio con satisfacción plena de sus necesidades.

Su padecimiento actual inicio el 29 de Mayo del presente año presentando dos caídas; durante la tarde y la noche, notando disminución de fuerza en sus miembros pélvicos e incapacidad para la deambulaci3n; fue atendido el 30 de mayo por neurocirujano quien lo intervino quirúrgicamente de craneotomía bilateral para el drenaje de hematomas subdurales presentes. En el postoperatorio permaneci3 72

horas bajo efectos residuales de anestesia, presentó una crisis convulsiva tónico clónica generalizada con duración de 30 segundos; al despertar desconoció totalmente a su familia presentando hemiparesia derecha de su cuerpo, con disminución neuromuscular, sensibilidad y ausencia de lenguaje.

Durante la valoración de Enfermería se detectó dependencia total, relacionándola con el trastorno neurológico postquirúrgico, manifestada con disminución de sensibilidad de fuerza y resistencia de extremidades derechas, así como incapacidad para la pronunciación de palabras y el no recordar el saber leer y escribir.

Se eligió este caso siendo de suma importancia colaborar con la persona y su familia para que se aplicarán las intervenciones y la rehabilitación adecuadas; observar su evolución y lograr su pronta recuperación de su salud con el apoyo de integrantes del equipo multidisciplinario como fueron el neurocirujano, la nutriologa y la fisioterapeuta, e integrarlo en las mejores condiciones con su familia y su comunidad.

4.3. DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Permeabilidad de las vías respiratorias, frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normales. Piel y mucosas con coloración rosadas, retorno venoso sin alteraciones que se observen.

Frecuencia cardiaca: 68 x'.

Frecuencia respiratoria: 16 x'.

Presión arterial: 120/70.

Llenado capilar: 1-2 ".

Datos de dependencia. Tos por las noches, presencia de escasas secreciones orofaríngeas lo que le ocasiona una respiración ruidosa.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de aspiración traqueobronquial relacionada con la presencia de escasas secreciones en orofaringe y la falta de fuerza para expulsarlas.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

A CORTO PLAZO:

La persona:

- Logrará adquirir habilidad para expulsar las secreciones y mantener las vías aéreas permeables reduciendo el riesgo de aspiración traqueobronquial.

La Familia:

- Participará activamente en el plan de cuidados establecidos

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Orientación a la familia y la persona sobre como reducir el riesgo de broncoaspiración.
- Mantener la postura en decúbito lateral cuando permanezca acostado y con la cabecera elevada
- Vigilar con frecuencia la presencia de secreciones en la boca, garganta y en caso de existir limpiarlas con un pañuelo.
- Explicarle los beneficios de la realización de actividad física continua y

moderada.

- Recomendar la realización de ejercicios respiratorios intercalados cada 3 horas.
 - Soplar con un popote dentro de un frasco con agua durante 5 a 10 minutos.
 - Inflar globos de 5 a 10 minutos.
 - Entrenamiento de tos terapéutica (tomar aire por la nariz y espirar por la boca a golpes, como si tosiera).
 - Orientar sobre la importancia de ingesta de líquidos de 2 a 3 litros al día ya que esto reduce la viscosidad de las secreciones permitiéndole la liberación de las mismas.
 - Orientar sobre la realización de prácticas que le permitan la liberación de secreciones.
- Nebulización con oxígeno dos veces al día de 10 a 15 minutos una vez por las mañanas y otra antes de acostarse.
- Enseñar la técnica de fisioterapia pulmonar y torácica, posterior a Nebulización de 10 a 15 minutos.
- Motivar y enseñar a la persona sobre como toser y expulsar las secreciones liberadas, explicándole que esto le disminuirá el riesgo de aspiración.

EVALUACIÓN:

El objetivo planteado se cumplió ya que se recibió colaboración satisfactoria de la persona para realizar las prácticas que le favorecieron la liberación y expulsión de las escasas secreciones.

La familia participó activamente en la ejecución de las intervenciones mostrando un amplio interés, cabe mencionar que se contó con un tanque de oxígeno portátil y equipo necesario para la aplicación de nebulizaciones; obteniendo un cumplimiento de los objetivos durante los primeros 8 días, observándose la ausencia de secreciones.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Su esposa refiere que el señor Mario, tiene afinidad por todos los grupos de alimentos. Cuenta con su dentadura completa y en buenas condiciones.

Datos de dependencia. Presenta disminución en su funcionamiento neuromuscular debido a hemiparesia derecha de su cuerpo, especialmente su brazo y miembro pélvico; no presenta el movimiento y la fuerza necesaria para llevarse los alimentos a la boca, no presenta masticación y la deglución la realiza con dificultad y con estimulación verbal, esto debido a problemas neurológicos que se presentaron posterior a cirugía de drenaje de hematomas subdurales bilaterales en cráneo, lo que le causo edema cerebral importante.

Necesita ser alimentado por su familia, su alimentación es a base de papillas, con una frecuencia de tres veces al día, refiriendo que se atraganta en forma constante y presenta ligera tos.

Tiene una ingesta de aproximadamente de 2.5 a 3 litros de agua al día , la cual se le proporciona con ayuda de popote.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (1)

Alto riesgo de aspiración traqueobronquial relacionada con la dificultad para deglutir por la disminución de su funcionamiento neuromuscular.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La persona:

- Mejorará su capacidad para deglutir sus alimentos y líquidos con seguridad.

La Familia:

- Participará activamente en la preparación de los alimentos que faciliten la deglución.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Antes de comenzar la alimentación valorar si la persona esta suficientemente dispuesta para aceptarla.
- Elaborar conjuntamente con dietista un plan nutricional que incluya en la primera semana líquidos y alimentos en papilla y en la segunda dieta blanda, picada en trocitos mas líquidos (anexo 2).
- Administrar primero sólidos espesos y añadir progresivamente líquidos como son jugos de cítricos. Añadir en último lugar líquidos poco de usos de escasos sabor como agua y té, iniciando con líquidos fríos y posteriormente calientes.
- Administrar los líquidos y sólidos por separado.
- Preparar los alimentos, primero con consistencia de puré, añadir progresivamente alimentos triturados y después los sólidos que requieran menos masticación.
- Proporcionar la dieta con cuchara y en pequeñas cantidades y avanzar lentamente a medida que aprenda a deglutir.
- Estimulación verbal cada que se alimente nombrando cada alimento que es colocada en su boca y dándole instrucciones hasta que se trague el bocado.

- Proporcionar la alimentación sentada, con periodos de reposo y durante la comida para asegurar su participación máxima.
- Mantenerlo sentado entre 10 y 15 minutos antes de comer y después de terminar su alimentación.
- Minimizar las estimulaciones ambientales para mantenerlo enfocado en la deglución.
- Enseña y refuerza a la familia y persona sobre el hecho de que los problemas de deglución pueden ser temporales.
- Orientar a la familia para que alabe los progresos en la capacidad para deglutir y aumentar la confianza de la persona.
- Establecer un atmósfera privada y relajada durante la comida; para evitar trastornos de la deglución.
- Dar de comer despacio, asegurándose de que se ha tragado el bocado anterior.
- Proporcionar medidas higiénicas antes y después de la comida.
 - Lavado de manos
 - Higiene oral.
- Mantener la comida a temperatura correcta.
- Proporcionar la ingesta de líquidos de 2 a 3 litros de agua (de 8 a 12 vasos) diarios.

EVALUACIÓN:

Los objetivos planteados se cumplieron en su totalidad ya que en los quince días deglutía con normalidad los alimentos sólidos, con una ingesta de dieta blanda, sin presentar alteraciones y adaptándose a su ingesta normal de líquidos de 2.5 a 3 litros diarios.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (2)

Déficit de autocuidado en la alimentación, relacionado con su deterioro neuromuscular, manifestado por su incapacidad para coger los alimentos con los utensilios y llevárselos a la boca.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

A CORTO PLAZO:

La persona:

- Demostrará capacidad para alimentarse por sí mismo.

La familia:

- Participará en la enseñanza y motivación de la persona, que utilice los utensilios para alimentarse con la mano izquierda y paulatinamente con la derecha.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

- Orientar a la familia sobre la preparación de la comida con consistencia de papilla y posteriormente triturada.
- Proporcionar los tipos de alimentos que la persona manipule mejor.
- Cortar el alimento en trozos pequeños.
- Proporcionar los líquidos con ayuda de popote.
- Colocarlo en posición cómoda, en una silla, sentado a la mesa, con un entorno agradable y sin distracciones.
- Animarlo a comer los alimentos que se pueden comer con las manos para favorecer la independencia.
- Enseñarle a utilizar los utensilios de comida con la mano izquierda y posteriormente en forma paulatina con la derecha.

- Proporcionar higiene antes y después de cada comida;
 - Lavado de manos
 - Higiene oral.
- Protegerlo con dispositivos o recursos que favorecen su independencia.
 - Colocar babero.
- Recipientes o vasos pequeños que facilite la succión y/o popote integrado.
- Mantener la comida a temperatura correcta.

EVALUACIÓN:

El objetivo planteado en el diagnóstico se cumplió parcialmente durante la primera semana logrando utilizar su mano izquierda para alimentarse por sí solo y su capacidad total la logró al mes utilizando su mano derecha aunque con ligera dificultad.

La familia colaboró activamente rotándose esta actividad alimenticia y cumpliendo con su participación y apoyo total a la persona hasta lograr su independencia total con apoyo de un plan de nutrición. (Anexo 2).

NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Se valoraron y no se encontraron.

Datos de dependencia. Refieren sus hijos que no ha evacuado desde el 30 de mayo, hasta hoy ya tiene 10 días, de los cuales 3 estuvo en ayuno, 2 con dieta líquida y el resto con dieta normal a base de papillas, además refieren que antes de la cirugía su alimentación fue normal y con buena aceptación. Presenta peristaltismo intestinal y su abdomen se palpa ligeramente duro.

Presenta limitación neuromuscular así como disminución de su capacidad verbal

para comunicar cuando tiene deseos de orinar, por lo que se orina en forma constante en la cama ó sentado en la silla de ruedas, mojando sus prendas personales. La orina es de características normales.

Comúnmente se encuentra acostado ó sentado en silla de ruedas, debido a su hemiparesia derecha.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (1)

Estreñimiento relacionado con la falta de fuerza para realizar su actividad física, manifestado con la ausencia de evacuaciones y abdomen ligeramente duro.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La persona:

- Eliminará su contenido intestinal en un plazo de 24 horas.
- Evacuará por lo menos una vez al día.
- Logrará un incremento en su deambulación activa sin esfuerzos excesivos

La familia:

- Modificará la ingesta dietética de la persona, que sea rica en residuos y de 2.5 a 3 litros de líquidos diariamente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Enseñar a aplicar masaje suave sobre la parte inferior del abdomen mientras permanece en el retrete.
- Uso de un dedo enguantado y lubricado para deshacer las heces duras y extraer los trozos, vigilando la estimulación vagal (mareos, pulso lento)

- Enseñar la importancia de una dieta equilibrada y rica en residuos:
 - Fruta fresca de preferencia sin pelar
 - Salvado
 - Nueces y semillas
 - Pan y cereales integrales
 - Frutas y verduras cocinadas
 - Zumos de frutas
- Incluir 4 piezas de fruta fresca y una ensalada de verduras (800 gramos). Para conseguir evacuaciones diarias normales de heces.
- Aumentar progresivamente la cantidad de salvado en cereales, alimentos preparados, etc., explicando la necesidad de ingerir suficientes líquidos.
- Orientar sobre la ingesta de 2.5 a 3 litros de líquido diarios, con limitación del café.
- Recomendar que se tome un vaso de agua caliente 30 minutos antes del desayuno para estimular la evacuación intestinal.
- Explicar como se utiliza los laxantes indicando por el medico (psyllium plantago).
- Orienta sobre la importancia de deambulación activa.
- Orientar sobre la protección de la piel de la contaminación.
 - Limpieza con productos no irritables; utilizar papel suave después de defecar.
- Brindar orientación sobre como prevenir la presión rectal y evitar esfuerzos y pujos para defecar.

EVALUACIÓN:

Se logró el cumplimiento planteados en su totalidad, ya que la persona logró reestablecer su eliminación intestinal a las 24 horas así como la ingesta suficiente

de una dieta rica en residuos, recibíéndose la participación activa de la familia.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (2)

Incontinencia urinaria funcional, relacionada con sus limitaciones neuromusculares, manifestada por la expulsión involuntaria de orina y la humedad constante de sus prendas personales.

OBJETIVOS:

La persona:

- Establecerá una rutina de evacuación de orina cada 2 horas, con incremento gradual de 3 y 4 horas, hasta lograr la inexistencia o disminución de los episodios de incontinencia urinaria.

La familia:

- Logrará participar en el cumplimiento de la rutina establecida por el control de la incontinencia urinaria.
- Modificará el medio ambiente para facilitar el control de la expulsión de la orina.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Enseñar a la persona el uso progresivo de los ejercicios de Kegel del suelo pélvico.
- Establecer una programación de micción voluntaria cada dos horas, después de cada comida y antes de acostarse; aumentar gradualmente de 3 a 4 horas según tolerancia y enseñar el uso del retrete portátil entre el cuarto de baño y la cama.
- Enseñar la importancia del registro de las micciones.
- Orienta sobre rutina para ingesta de líquidos.

- Tomar 250 ml de líquidos con las comidas y entre las comidas
- Tomar líquidos de 2 a 3 horas antes de acostarse.
- Orienta sobre la ingesta de alimentos ricos de potasio ya que el nivel bajo de este disminuye el tono vesical (plátano, jitomate, naranja, etc)
- Orientación sobre el uso preventivo del pañal para evitar lesiones en la piel así como para usarlo como ropa interior hasta estabilizar el control de la micción.
- Orientar sobre la utilización de la ropa holgada para facilitar su manejo.

EVALUACIÓN:

Se logró el cumplimiento de los objetivos planteados, durante las primeras dos semanas existió control parcial de la eliminación urinaria y al mes en su totalidad recibiendo participación activa por parte de la familia.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Refiere familiar que el señor Mario se adapta fácilmente a los cambios de temperatura, aunque le agrada más el clima templado. A la valoración su temperatura corporal de: 36.5 °C.

Datos de dependencia. Necesita de control de temperatura ya que presenta hipertermia hasta de 39.5°C, por las tardes y noches, reacción posterior a su sesión de rehabilitación matutina ya que permanece 30 minutos con el aparato TENS, a través del cual recibe estimulación neuromuscular eléctrica transcutánea en extremidades derechas, además se le ejercita con movimientos de flexión, extensión, aducción, abducción y masaje corporal.

Su transpiración es copiosa cuando presenta hipertermia.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Hipertermia relacionada con exposición a la estimulación neuromuscular eléctrica transcutánea en sesión de rehabilitación matutina, manifestada por elevación de cifras de temperatura hasta de 39.5°C por las tardes y noches.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La persona:

- Mantendrá la temperatura corporal dentro de los límites normales (36-37°C)
- Controlará la ingesta de líquidos para mantenerse hidratado.

La familia:

- Aplicará las intervenciones que conlleven a la disminución de la hipertermia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Enseñar los signos iniciales de la hipertermia:
 - Enrojecimiento de la piel
 - Cefalea
 - Fatiga
 - Pérdida de apetito
 - Piel caliente al tacto
 - Presencia de escalofríos
 - Presencia de sudoración.
- Enseñarle a la familia, como tomar la temperatura para su control y registro posterior a la sesión de rehabilitación.

- Control de temperatura corporal para que descienda gradualmente.
 - Tomar baños o duchas frías varias veces al día posterior a la sesión de rehabilitación sin utilizar jabón.
- Enseñar a la persona y familia sobre la importancia de mantener una ingesta de líquidos de 2.5 a 3 litros al día, para evitar deshidratación.
- Evitar la actividad física vigorosa ya que incrementa la temperatura.
- Evitar la exposición prolongada a temperaturas extremas, así como cambios bruscos.
- Administrar antipiréticos según lo indicado.
- Mantener piel seca y limpia
- Evitar corrientes de aire
- Retirar de inmediato la ropa mojada
- Explicar la necesidad de evitar el uso de alcohol para el control de la temperatura
- Explicar la necesidad de utilizar ropa holgada y ligera.

EVALUACIÓN:

Se logró el cumplimiento de los objetivos, a partir del quinto día la persona se adaptó a su sesión de rehabilitación ausentándose en totalidad la reacción de hipertermia. Cabe mencionar el total apoyo que se recibió de la familia.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Se valoraron y no se encontraron.

Datos de dependencia. Necesita ayuda para realizar sus movimientos y cambios de posiciones ya que no se mueve por si solo, no tolera la posición decúbito lateral derecha debido a molestia general que presenta posterior a cirugía de fractura de cadera durante el mes de Enero pasado. Inicia deambulacion minima durante periodos de 3 a 5 minutos, presenta dificultad para iniciar el paso con arrastre de los pies, da pasos cortos lentamente y encorvado, con ayuda de familiar y de andadera metálica, se observa cansado.

Se observa consciente, algunas ocasiones desorientado en tiempo y espacio y retraído.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad fisica general relacionada con la debilidad muscular en extremidades derechas, manifestado por la dificultad para iniciar el paso, arrastre de los pies , caminar con lentitud y cansancio.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

OBJETIVOS:

La persona:

- Logrará realizar su plan de actividad física personalizado, sin esfuerzos excesivos.

- Mejorará la fuerza y resistencia muscular en extremidades demostrándolo con la disminución de la dificultad para deambular con ayuda de andadera y bastón en un plazo de diez días.
- Mantendrá un nivel óptimo de movilidad física con solo supervisión de familiar en un plazo de treinta días.

La familia:

- Aprenderá el plan de ejercitación física para lograr su participación activa en el desarrollo y mantenimiento de los ejercicios, así como las ventajas de la utilización de la mecánica corporal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Enseñar a realizar ejercicios activos de amplitud de movimientos en extremidades no afectadas por lo menos 4 veces al día.
- Enseñar a realizar ejercicios pasivos de amplitud de movimientos en extremidades afectadas 4 veces al día, con apoyo de extremidades no afectadas.
 - Hacerlo lentamente
 - Sujetar la extremidad por encima y por debajo de la articulación.
 - Proporcionar soporte y repaso a las articulaciones en afectación aguda con ayuda de almohadas, toallas, etc.
- Mantiene el régimen de ejercicio diario prescrito por la fisioterapeuta.
- Equilibra la terapia de reposo con el programa físico activo para favorecer la fuerza y la función muscular.
- Mantener una correcta alineación corporal y enseñarle a apoyar el cuerpo con almohada para evitar contracturas
- Orientación sobre los lugares o espacios donde sería mas correcto realizar el

ejercicio físico y las horas del día apropiadas.

- Proporcionarle una movilización progresiva
- Orientación a familiares y a la persona sobre como adoptar una buena postura sobre las ventajas de la utilización de la mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.
- Iniciar la deambulacion con dispositivos de ayuda con cortos paseos 3 veces al día y aumentar progresivamente la longitud los mismos según lo requiera.
- Fomentar la adaptación a sus estimulaciones:
 - Facilitar los instrumentos necesarios (barras, cepillos con mango largo, bicicleta fija, muletas, andadera, silla de ruedas, etc.).
 - Facilitar el uso de mano directa

EVALUACIÓN:

Los objetivos con el apoyo de la familia en su totalidad recibiendo la colaboración constante y permanente, estableciendo un plan de rotación para el cuidado personalizado con responsabilidad familiar (anexo 3.). Así mismo la familia aprendió a realizar la ejercitación a la persona con asesoría de fisioterapeuta y el apoyo de un plan de rehabilitación física, pasiva y activa personalizada. (anexo 4.)

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Se valoraron y no se observaron.

Datos de dependencia. Necesita de dos siestas una matutina y otra vespertina de dos horas cada una, debido a que durante la noche duerme aproximadamente 6 horas , refieren sus hijos que despierta durante la noche 3 veces , debido a la falta

de coordinación en su lenguaje y la disminución de su sensibilidad , no avisa cuando quiere orinar, mojanº sus prendas personales. Al levantarse se observa cansado y con ojeras.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración del patrón y sueño relacionado con la presencia de humedad por no controlar el esfínter vesical, manifestado con movimiento constante en cama, molestia por despertarse tres veces durante la noche y la presencia de ojeras al levantarse.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La persona:

- Logrará dormir durante intervalos mas largos durante la noche en un lapso de tiempo de 15 días
- Logrará el control del patrón del sueño despertando a las 6.30 horas en el plazo de 3 semanas

La Familia:

- Participará activamente en la terapia programada apoyándolo en las intervenciones específicas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Dar a conocer la importancia del descanso mediante el sueño durante la noche.
- Organizar los procedimientos para provocar el menor numero posible de molestias durante el periodo de sueño.

- Disminuir y/o la ingesta de líquidos antes de acostarse.
- Que orine antes de acostarse.
- Evitar la ingesta de café.
- Enseñar técnicas de relajación que le faciliten el descanso.
- Proporcionar un ambiente confortable para fomentar el sueño o el reposo (evitar ruidos)
- Limitar la cantidad y la duración del sueño durante el día.
- No hacer ejercicio en las 3 horas anteriores a acostarse.
- Colocar pañal extendido en la cama para evitar el cambio total de ropa durante la noche cuando sea necesario.

EVALUACIÓN:

Se cumplió la totalidad de los objetivos en el plazo programado con la participación activa familiar y de la persona, a partir de la tercera semana logró el control del patrón de sueño en su totalidad.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Se valoraron y no se encontraron.

Datos de dependencia. No puede vestirse por sí solo, debido a la disminución de su capacidad neuromuscular y psicomotora para vestirse y desvestirse, necesita la ayuda de su familia para su cambio de ropa, seleccionándole ropa holgada como bata para dormir, playera, short, calcetines, huaraches ó zapatos de acuerdo a las necesidades de la persona y así facilitarle realizar sus necesidades fisiológicas, se observa limpio.

Su brazo y miembro pélvico izquierdo con funciones normales.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de autocuidado para el vestido, relacionado con la disminución de fuerza muscular y del movimiento de sus extremidades derechas, manifestado por la incapacidad para ponerse y quitarse su ropa personal.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La persona:

- Mostrará mayor capacidad para vestirse por sí sola y lograr su independencia óptima.

La Familia:

- Proporcionará ayuda a la persona para realizar su cambio de ropa.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Promover la independencia en el vestirse mediante la práctica continua y sin ayuda.
- Elegir ropa holgada que se abroche por delante.
- Dejar tiempo suficiente para vestirse y desvestirse, ya que se puede causar o resultar difícil.
- Colocar la prenda en el orden en que se necesitan para vestirse.
- Preparar ayuda para vestirse según necesidades tratando siempre de mantener la mayor autonomía posible.
- Valorar de forma periódica la capacidad de la persona para vestirse.
- Planificar que haga una demostración de una actividad antes de seguir adelante.

- Observar los cambios progresivos que presenta respecto a la capacidad motora de precisión como abotonarse y desabotonarse y de no precisión.
- Motivar para el mantenimiento de una correcta imagen corporal.

EVALUACIÓN:

Se cumplieron en su totalidad los objetivos que se programaron conjuntamente con la recuperación de la fuerza muscular lograda a través de sus sesiones de terapia de rehabilitación, a partir de la tercera semana logró su independencia total para vestirse y quitarse la ropa personal.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Se valoraron y no se observaron.

Datos de dependencia. Necesita de ayuda para su higiene personal, en ocasiones no recuerda como debe realizarla, además de presentar disminución neuromuscular en extremidades derechas. El baño se le realiza por las mañanas diariamente entre 8:00-10:00 Hrs. AM, su cepillado dental 4 veces al día (al levantarse y después de cada alimento) , aseo de manos antes y después de comer así como después de eliminar, se le aplica crema hidratante en su cuerpo y desodorante en sus axilas después del baño.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de autocuidado para el baño y aseo personal, relacionado con su falta de fuerza y debilidad, manifestado por su incapacidad para realizar su aseo personal y cambio de ropa.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La Persona:

- Logrará adquirir la capacidad para realizar su aseo personal y baño en un nivel óptimo.

La Familia:

- Logrará participar en la realización de técnicas que aumenten su independencia, con seguridad y apoyo constante.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Establecer rutinas con la planificación de hábitos higiénicos saludables.
- Mantener caliente el cuarto de baño, regulando la temperatura que la persona requiera.
- Proporcionar intimidad durante el baño.
- Proporcionar todo el material para el baño y situarlo al alcance de su mano
- Proporcionar material para afeitado y/o tenerlo a la mano (Maquina para afeitarse).
- Proporcionar para el cepillado dental (pasta y cepillo dental, vaso con agua)
- Adoptar medidas de seguridad en el cuarto de baño
- Colocar barras en las paredes del baño para facilitar su movilidad.
- Instalar silla en el baño
- Piso de seguridad no deslizante en el suelo del cuarto del baño.
- Dar instrucciones sencillas y evitar distracciones; indicar la función de los utensilios de baño.
- Hacer que se lave una parte del cuerpo hasta que lo haga correctamente; dar

un refuerzo positivo a los logros.

- Animar a concentrarse en la tarea, pero estar alerta ante la presencia de fatiga; que podría aumentar la confusión.
- Cortar las uñas con cuidado y en forma recta
- Higiene bucal al despertar y después de cada comida.
- Poner especial atención en el cuidado de los ojos y oídos, aseándolo estos con material limpio cada uno.
- Supervisar la actividad hasta que la persona sea capaz de realizar la tarea en forma segura y sin ayuda.

EVALUACIÓN:

Se logra el cumplimiento total de los objetivos ya que a partir de la tercera semana el señor Mario fue capaz de realizarse su baño y aseo personal por si solo recibiendo la participación activa familiar para la realización de las intervenciones.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Se valoraron y no se observaron.

Datos de dependencia. Depende de la vigilancia permanente durante las 24 horas del día por parte de su familia; por las noches su cama se le protege con sillones alrededor, ya que se mueve constantemente y su capacidad neuromuscular se encuentra disminuida, cuenta con disminución de estabilidad psicomotora, por lo que podría presentar caídas que le complicarían su estado de salud.

Inició su deambulacion con apoyo de familiar y una andadera metálica, la cual no sujeta correctamente, presentando el riesgo de caídas, debido a su disminución de la

movilidad y presencia de marcha inestable, observándolo que se fatiga y cansa aún en espacios cortos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de caídas relacionado con la alteración de la movilidad , la presencia de marcha inestable y el uso incorrecto de la andadera metálica.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La persona:

- Comprenderá y llevará a cabo medidas de seguridad para corrección de la marcha y uso correcto de dispositivo de ayuda, durante la deambulacion para no sufrir ningún tipo de lesión.

La Familia:

- Demostrará comprensión y aceptación de las medidas de seguridad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Orientar sobre la adecuación de un hogar seguro especialmente el dormitorio y baño.
- Reducir el riesgo asociado a la deambulacion.
- Enseñarle el uso adecuado de los dispositivos de ayuda: silla de ruedas, andadera y bastón.
- Recomendar el uso correcto de calzado con plantilla indicada por ortopedista de pie derecho.

- Recomendar ejercicio físico específico para aumentar la capacidad de movimiento.
- Reducir los peligros del entorno.
- Darle indicaciones para que solicite ayuda para levantarse de la cama.
- Retirar todos los muebles y objetos que puedan obstruir el paso o provocar tropezones o caídas.
- Mantener iluminación adecuada durante la noche dejar encendida una luz piloto.

EVALUACIÓN:

La familia participo activamente ya que aplicó todas las medidas de seguridad pertinentes para la protección de la persona durante las 24 horas del día cumpliéndose en su totalidad los objetivos propuestos. Se logró la independencia total a partir de los 30 días.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Se valoraron y no se observaron.

Datos de dependencia. Presenta dificultad para hablar, su comunicación verbal es confusa, débil, las palabras que forma son poco claras, suena mas a balbuceo y es poco entendible. En ocasiones no identifica correctamente los nombres de sus hijos y demás integrantes de su familia, esto se presentó posterior a cirugía craneal. Se le observa angustiado ante esta situación.

Es visitado por sus hermanos pocas veces y solo cuando esta enfermo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA:

Deterioro de la comunicación verbal, relacionada con la dificultad para pronunciar correctamente, manifestado por verbalizar con dificultad, voz débil, confusa, balbuceo, pronunciación poco clara en las palabras que forma y presencia de angustia.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La Persona:

- Mostrará en el lapso de 2 semanas una mejora de la capacidad para la comunicación verbal con su familia y personas de su entorno.
- Mantendrá una comunicación eficaz en el lapso de un mes utilizando la terapia de lenguaje indicada.

La familia:

- Aplicará la terapia de lenguaje indicada para lograr un equilibrio en el caso de la comunicación verbal óptima.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Brindarle una atmósfera de tranquilidad y aceptación:
- Hablar en un tono de voz normal y evitar el uso de lenguaje infantil.
- Disminuir el ruido ambiental
- Escuchar atentamente lo que dice.
- No fingir que le ha entendido lo que le ha dicho cuando no sea así. Pedirle que lo repita.

- Ignorar los defectos de pronunciación no corregidos.
- Repetir el mensaje recibido para asegurarse de que lo comprendió correctamente.
- No acabar las frases por el, darle tiempo para que lo haga a su propio ritmo, no mostrar prisa para que lo haga.
- Proporcionar métodos alternables de comunicación.
- Utilizar señales con la mano y cabeza.
- aconsejar a la persona que realice un esfuerzo conciente para hablar mas alto, pedirle que repita las frases que no esta claras.
- Animar a la familia a compartir los sentimientos relacionados con los problemas de la comunicación.
- Enseñarle lecturas para mejorar la comunicación hablada:
 - Darle instrucciones para que hable lentamente y forme frases cortas.
 - Formarle preguntas que pueda responder con un "si" o "no".
 - A medida que disminuya su angustia y mejore su capacidad, formular preguntas que requieran respuestas mas amplias y animar y a expresarle sus sentimientos.
 - Animar la iniciación de conversaciones
 - Aprenda a corregir la percepción defectuosa.
- Educación sanitaria para que pueda realizar su comunicación efectiva.

EVALUACIÓN:

Se cumplió parcialmente todos los objetivos programados durante las primeras dos semanas con apoyo de terapia de lenguaje que se realizó conjuntamente con apoyo de fisioterapeuta y el gran apoyo proporcionado a la persona por parte de su familia, logrando su independencia total a los 45 días del inicio de las intervenciones. Cabe mencionar que la familia le otorgo un ambiente de confort y tranquilidad en su hogar.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Informa su esposa que el señor Mario practica la religión católica, y que acepta las creencias y valores que le inculcaron sobre la religión, acude ocasionalmente a la iglesia.

Datos de dependencia. Necesita que se le lea la biblia dos veces por semana, ya que no recuerda como leer, presenta dificultad en la verbalización, muestra pasividad ante esta situación y no expresa sus sentimientos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Desesperanza relacionada con la alteración de su capacidad para leer, manifestada con dificultad para verbalización, pasividad y ausencia de expresión de sus emociones.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La persona:

- Expresará a corto plazo sentimientos de optimismo.

La familia:

- Participará en la satisfacción de necesidades básicas brindando apoyo emocional, de compañía, espiritual, de esperanza y de distracción diariamente.
 - Facilitará la practica religiosa a través de la lectura de la biblia dos veces por semana.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Brindar apoyo emocional para proporcionarle seguridad y ánimo en momentos de tensión.
 - Ayudarlo a reconocer reconocimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
 - Animarlo a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
 - Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza
 - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
 - Identificar la función de la ira, frustración y rabia que pueda ser de utilidad para la persona
 - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
 - Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad
 - No exigirle demasiado el funcionamiento cognoscitivo cuando este fatigado
 - La familia ayudará a que reconozca que es una persona querida y que es muy importante en la vida de los demás
 - Colocar el brazo alrededor de hombros y/o tomar la mano de la persona para dar apoyo emocional en caso necesario

- Brindar apoyo espiritual
 - Estar abierto a la expresiones de soledad e impotencia
 - Estar dispuesto a escuchar los sentimientos de la persona
 - Expresar simpatía con los sentimientos de la persona
 - Facilitar el uso de la meditación, oración de acuerdo a sus costumbres religiosas (leer la biblia en voz alta, creando un ambiente de espiritualidad)

- Asegurar que la persona que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento
- Aumentar los sistemas de apoyo
 - Observar la situación familiar actual
 - Determinar el grado de apoyo económico de la familia
 - Animar a la persona a participar en las actividades sociales familiares
 - Proporcionar las intervenciones con una actitud de aprecio y de apoyo
 - Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y su planificación
- Ayudarlo a clarificar sus valores para facilitar la toma de decisiones efectivas
 - Animarlo a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto
 - Crear una atmósfera de aceptación sin juicios
- Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva (dar esperanza)
 - Informar a la persona acerca de su situación actual que es un estado temporal
 - Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de sus seres queridos
 - Implicarlo activamente en sus propios cuidados
 - Explicar a la familia los aspectos positivos de esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad de la persona)
 - Crear un ambiente que facilite la práctica de su religión, cuando sea posible
- Distracción
 - Animar a la persona a que elija técnicas de distracción deseadas como son: música, televisión y lectura
 - Sugerir técnicas coherentes con nivel de energía y capacidad

EVALUACIÓN:

Se logró el cumplimiento de los objetivos a partir de la primera semana la familia participó en la satisfacción de necesidades relacionadas con el apoyo emocional de compañía, espiritual, de esperanza y distracción diariamente.

La persona logró su independencia total en la lectura personal de la biblia a partir de los treinta días, mostrándose con optimismo y satisfacción.

NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Se valoraron y no se observaron.

Datos de dependencia. El señor Mario no trabaja actualmente. Es pensionado del IMSS, siendo su ingreso económico insuficiente para cubrir sus necesidades básicas y las de su esposa, refiere su esposa que cuentan con ahorros y la ayuda de sus hijos para cubrir sus necesidades económicas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Alteración en el desempeño del rol relacionado con la alteración de su salud física, manifestado por los cambios en la capacidad para reanudar su rol y apoyo económico para satisfacer sus necesidades.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La persona:

- Será capaz de aceptar los cambios en el desempeño de su rol de jefe de familia y adaptarse a los cambios de responsabilidad actuales.

La Familia:

- Participará en la satisfacción de necesidades básicas brindando el apoyo económico necesario.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Mencionarle la importancia que tiene la familia para su apoyo.
- Orientación de la familia sobre la responsabilidad actual sobre la salud física, estado emocional y las relaciones con la persona.
- Identificar actividades para que se necesita ayudar a la persona.
 - Aportación de control de gastos.
 - Necesidades de que recibe los cuidados.
- Comentar con la familia:
- La importancia de reconocer la salud integral de los cuidados
- Analizar la posibilidad de contratar cuidador profesional en especial durante las noches.
- La importancia de terapia ocupacional para la persona que se encuentre activo.

EVALUACIÓN:

Se logró el cumplimiento parcial del objetivo planteado de la persona, observándose a los 45 días del inicio de la aplicación de las intervenciones que no acepta su rol ya que desea reanudar sus actividades cotidianas que realizaba con anterioridad dialogando con él para motivarlo y continué reforzando su terapia de rehabilitación para que en un futuro tenga la realización plena en esta necesidad.

Se observó la participación total de la familia, en especial la de sus hijos ya que al ser profesionistas y ser solidarios mantienen la distribución de gastos para cubrir las necesidades de su papá.

NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Refiere estar satisfecho al ver la televisión por las tardes.

Datos de dependencia. No es factible que participe en actividades recreativas ya que se encuentra en tratamiento medico frecuente y en sesiones de rehabilitación para mejorar su estado de salud.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

VALORACIÓN:

Datos de independencia. Cuenta con sus órganos de los sentidos íntegros.

Datos de dependencia. Necesita de ayuda con estímulos verbales y visuales (fotografías), para recordar acontecimientos o datos significativos como son los nombres de sus hijos y demás integrantes de su familia, aunque algunas veces los olvida.

Presenta incapacidad para leer y escribir, no recuerda como hacerlo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Deterioro de la memoria, relacionada con trastornos neurológicos por traumatismo craneal, manifestado con su incapacidad para leer, escribir y el olvido de los nombres de los integrantes de su familia.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS:

OBJETIVOS:

La persona:

- Será capaz de recordar información significativa en un lapso de tiempo de un mes.
- Retornar a su vida la capacidad de su aprendizaje para leer y escribir en un lapso de 45 días.

La familia:

- Deberá participar activamente en actividades planeadas para recuperar su capacidad de aprendizaje.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Orientación a la familia sobre estrategias o técnicas sencillas que se utilizan para recordar.
 - Reducir al mínimo las distracciones.
 - No apresurarse
 - Ejercicios de repetición de términos.
- Valoración periódica del estado de la salud de la persona de las funciones de la memoria, inteligencia y comprensión.
- Enseñar a la persona métodos para mejorar la capacidad de la memoria.
 - Escritura continua hasta dominar estabilidad.
 - Lectura periódica de un texto
 - Hacer asociaciones entre nombre con ayuda visual y auditiva (fotos, películas, canciones, etc).
- Explicar a la familia que las ayudas para la memoria la pueden mejorar, solicitando apoyo constante y continuo.

EVALUACIÓN:

Se obtuvo un cumplimiento de los objetivos en forma paulatina ya que con la ayuda de la terapia de rehabilitación y del lenguaje se fue facilitando el cumplimiento a partir de la segunda semana del inicio de las intervenciones lográndose la independencia total a los dos meses. La familia participo satisfactoriamente en cada una de las actividades.

5.- PLAN DE ALTA

JUSTIFICACIÓN:

El señor Mario logró restablecer su capacidad para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, convirtiéndose en una persona independiente, en el que la familia por tiempo indefinido tendrá que estar supervisando las actividades diarias que el realice por lo que se elabora el presente el plan de alta en el que propone un plan de rotación familiar para darle seguimiento y control a la salud del señor Mario.

OBJETIVOS:

- Lograr un control permanente del estado de salud en optimas condiciones con visitas medicas periódicas
- Planear las intervenciones básicas en las que la familia tendrá que darle un seguimiento permanente.
- Lograr la participación familiar en la rotación quincenal para mantener la vigilancia y supervisión permanente del señor Mario

ACTIVIDADES:

DE HIGIENE:

- Baño diario en regadera con utilización de herramientas de apoyo para evitar caídas (barra, silla, etc)
- Cambio de ropa personal diariamente y de cama por lo menos cada tercer día
- Aseo bucal después de cada alimento, al levantarse y antes de acostarse
- Aseo de manos antes de cada alimento y después de ir al baño
- Mantener hidratada su piel (crema humectante e ingesta de líquidos)

DE ALIMENTACIÓN:

- Comidas con contenido de variedad de alimentos y equilibrada, utilizar el apoyo del plan de alimentación (anexo 2) y evitar problemas de estreñimiento y deficiencias específicas de nutrientes.
- Comida baja en grasas saturadas y colesterol
- Alimentos preparados al vapor, a la plancha o cocinados en el horno
- Evitar alimentos como el tocino, queso de puerco, chicharrón y chorizo.
- Consumir frutas y verduras en abundancia, incluyéndolas en las tres comidas además ingerirlas en las colaciones matutina y vespertina
- Consumir dieta rica en fibra en la que se incluya gran variedad de cereales: pan integral, tortilla de maíz, tortilla integral de harina, arroz, avena, atole y pastas en todas las comidas. Leguminosas: lentejas frijoles chícharos, etc.
- Consumir azúcar refinada, miel, frutas en almíbar, cajeta, refrescos y postres de manera moderada
- Utilizar la sal lo menos posible, evitar alimentos enlatados, embutidos, alimentos procesados, quesos, jugos y pures precocidos
- No consumir alcohol
- Tomar de ocho a doce vasos de agua al día
- Establecer horarios para la ingesta de alimentos especialmente en la noche
- Mantener su peso para evitar el riesgo de desnutrición o sobrepeso

DE REHABILITACIÓN:

- Asistir a sus sesiones de terapia física cada tercer día hasta que lo indique el médico neurocirujano y la fisioterapeuta
- Realizar los ejercicios descritos en el plan de rehabilitación activa (anexo 4) diariamente en su domicilio
- Estimular y mantener vivas las motivaciones

- Integración de una terapia ocupacional a gusto del señor Mario
- Deambulaci3n durante 30' durante las tarde

DE SEGURIDAD:

- Aconsejar que se realicen actividades normales reduciendo la posibilidad de una ca3da , que utilice en caso necesario instrumentos de apoyo (bast3n)
- Mantener el entorno de su hogar con confort, comodidad y tranquilidad
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol
- Administrar sus medicamentos indicados por neurocirujano y otros m3dicos con horario establecido
- Control medico constante:
 - Acudir a citas programadas con neurocirujano
 - Acudir a control medico con internista y ur3logo
 - Acudir a la aplicaci3n de sus vacunas de acuerdo fechas establecidas en su cartilla nacional de salud
 - Acudir a control odontol3gico
- Orientar a la familia sobre la presencia de signos neurol3gicos (inestabilidad en la marcha, dificultad para hablar, desconocimiento de personas etc), y en caso de presentarse acudir de inmediato al medico
- Utilizar calzado con plantilla indicada por ortopedista

RECREATIVAS:

- Participaci3n en eventos como: ver pel3culas, salidas a comer
- Viajar en periodos vacacionales escolares con su familia

6.- CONCLUSIONES

La utilización del modelo de Virginia Henderson en este Proceso Atención de Enfermería, me permitió brindar intervenciones directas, así como asesoría específica a los familiares sobre la atención que se le brindó a la persona adulto mayor; esto posterior a una valoración continúa y específica de las necesidades básicas y fuentes de dificultad, ofreciendo a la persona una atención integral, individualizada y específica con sentido humano.

Las fuentes de dificultad que se encontraron fueron englobadas de acuerdo al modelo de Virginia Henderson en la "falta de fuerza"; ya que se encontraron limitaciones personales relacionadas con la fuerza, existiendo disminución de la fuerza, resistencia y sensibilidad de su parte derecha del cuerpo en especial extremidades, así como la incapacidad para la comunicación verbal, lo cuál dio lugar a una dependencia total temporal; contribuyendo esto para que la ejecución de las intervenciones fueran en un principio de suplencia y que paulatinamente conforme disminuían sus limitaciones solo de ayuda y posteriormente de supervisión.

Se observó un compromiso real de la familia, estableciendo una interrelación con sentimiento humano y permanente para la asesoría de las intervenciones a realizar diariamente a la persona enferma. Se estableció una relación de confianza para la realización de intervenciones, creando un ambiente de seguridad y confort en el hogar; destacando la instalación de barras para la sujeción y regadera manual en el baño; así como el contar con herramientas de apoyo entre ellas andadera metálica, bastón y silla de ruedas.

Cabe mencionar que la participación de la familia fue muy importante para el logro de los objetivos planteados; un factor importante fue que se contó con los recursos necesarios para la atención de la persona y el que se dedicaron durante quince días

exclusivamente a la atención de la persona enferma, contratando posteriormente los servicios de enfermeras profesionales para las guardias nocturnas; así como también el haber contado con la participación activa del señor Mario en la realización de sus intervenciones, mismo que paulatinamente fue realizando por si solo conforme adquiría su independencia. Se brindo motivación verbal constante elogiando los logros obtenidos tanto la persona como la familia.

La resolución de los problemas de dependencia, todos fueron resueltos en el lapso de dos meses posterior al inicio de las intervenciones ya que se observó una independencia óptima de la persona, necesitando solo de supervisión en la satisfacción de la necesidad de moverse y mantener una buena postura, esto verificado a través de un seguimiento realizado cada tercer día en su domicilio.

Al concluir el Proceso Atención de Enfermería, considero que adquirí habilidad en sus diferentes etapas, ya que la atención brindada a la persona para mantener su independencia fue con un enfoque holístico, adquiriendo el compromiso de continuar evaluando el proceso hasta que el señor Mario adquiera su independencia total sin supervisión, para lo cual se elaboró un plan de alta que se propuso a familiares para el seguimiento y el control de salud del señor Mario.

Considero de vital importancia que la atención a cada persona ya sea sana ó enferma debe ser dirigida en forma sistematizada con la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, ya que se observan resultados satisfactorios en beneficio de la persona, familia y comunidad.

7.- SUGERENCIAS

Consideró de vital importancia la estrecha coordinación que la enfermera debe tener con los integrantes del equipo multidisciplinario de la salud que intervienen en la atención de personas enfermas o sanas de acuerdo a las necesidades que se le detecten ya que esto en lo personal me fue de gran apoyo realizando un trabajo en equipo con éxito, y así lograr la independencia total de la persona en la satisfacción de sus necesidades lo más pronto posible.

Que el personal profesional egresado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia adquiera el compromiso de realizar una difusión continua y permanente del Proceso Atención de Enfermería con el personal de las instituciones de salud ya que este permite la atención individualizada de cada persona, conllevando beneficios altamente significativos en relación a la salud integral de la persona tanto sana como enferma, la familia y comunidad.

Que se continúe realizando la asesoría del seminario de Proceso de Atención de Enfermería, a las alumnas egresadas del Sistema Universidad Abierta, ya que el recibirlo, permite una asesoría dirigida, que en lo personal me permitió integrar con mayor facilidad los conocimientos teóricos a la práctica profesional.

8.- BIBLIOGRAFIA

DONAHUE, M. Patricia, Historia de la enfermería, Tr. Maria Picazo, Ed. Doyma, Barcelona ,1998. p.440:447

CARPENITO, Juall Linda, Manual de Diagnósticos de Enfermería, 9ª ed, Ed. Mc Graw Hill, Interamericana, Madrid ,2002. p. 88:544

FERNANDEZ, Ferrin Carmen, et al; El Proceso de Atención de Enfermería, Marco conceptual Virginia Henderson, Ed. Masson-Salvat, Barcelona 1993. P. 3:9

GARCIA, Hernández Misericordia, Enfermería Geriátrica, 2º ed. Ed. Masson, Barcelona 2000. p. 46:82

HINCHLIFT, Susan M. et al, "Enfoques del Cuidado de Enfermería" en Enfermería y Cuidados de la Salud, Ed. Doyma, Barcelona, 1993, P. 174.

LAVIN, Mary Ann, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación Taxonomía NANDA, ed. Elsevier, España 2003. p. 27:188

Mc CLOSKEY, Joanne C. Et. Al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) 2º ed. Ed. Harcourt. Madrid, 2001. p.155:344

PERIN, Stryker Ruth, Enfermería de Rehabilitación, Capitulo 13 Ejercicios de Amplitud de Movimiento, Ed. Interamericana, EU ,1996. p. 131:146

POTTER, Perry, . "Ejecución del Proceso de Enfermería" en Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica. Tr. Diorkin, 3ªed, Ed. Mosby - Doyma, Madrid 1996. P. 123.

TORRES, Esperón Julia Marcela, et al, Aspectos Éticos en los Diagnósticos de Enfermería y su Influencia en la Profesión, Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba 2002. p.2.

ANEXO 1.- GUIA DE VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Señor Mario

Edad: 74 años.

Peso: 54 Kg.

Talla: 1.60 Mts.

Fecha de nacimiento: 25 de octubre de 1931

Sexo: Masculino.

Ocupación: Campesino.

Escolaridad: Ningún grado académico, sabe leer y escribir.

Fecha de admisión: 8 de Junio del 2005.

Hora: -

Procedencia: Iguala, Guerrero.

Fuente de información: Esposa e hijos.

Fiabilidad: (1-4):4

Miembro de la familia/ persona significativa: Esposo/ padre.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: No.

Tos productiva /seca: Ocasional productiva y escasa.

Dolor asociado con la respiración: No.

Fumador: No.

Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varia la cantidad según su estado emocional: No.

Objetivo: Registro de signos vitales y características: temperatura: 36.5 °c, FC.68 x',

FR: 16 x', T.A. 120/70.

Tos productiva /seca: Ocasional, productiva y escasa, la cual presenta con esfuerzo y dificultad por las noches.

Estado de conciencia: Consciente, con desorientación ocasional en tiempo y espacio.

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: rosados.

Circulación del retorno venoso: De 1-2 ".

Otros: Presenta dificultad para expulsar la presencia de escasas secreciones en orofaringe de tinte amarillento claro, durante las noches lo que le ocasiona una respiración ruidosa ya que presenta dificultad para expulsarlas por falta de fuerza.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Frijol, verduras, frutas, carnes, leche y sus derivados, actualmente en papilla, la cual es proporcionada por sus familiares ya que presenta incapacidad para llevarse los alimentos a la boca, con su mano derecha.

Número de comidas diarias: tres

Trastornos digestivos: Refiere familiar, que no a evacuado desde el 30 de mayo, hasta hoy ya son 10 días. Antes de su cirugía su dieta fue normal y con buena aceptación.

Intolerancia alimentarias/ Alergias: Ninguna.

Problemas de la masticación y deglución: No presenta masticación y la deglución la realiza con dificultad, constantemente se atraganta y presenta ligera tos.

Patrón de ejercicio: Actualmente inactivo, refiere familiar que cuando esta sano camina mucho, permanece siempre activo.

Refiere familiar que le dan a ingerir de 2.5 a 3 litros de agua aproximadamente al día, con ayuda de popote.

Objetivo:

Turgencia de la piel: Hidratada.

Membranas mucosas hidratadas/ secas: Hidratadas.

Características de uñas/cabello: Uñas cortas y limpias, no cuenta con cabello ya que se lo rasuraron, antes de la cirugía craneal.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Presenta disminución del funcionamiento neuromuscular en la mitad derecha de su cuerpo, especialmente de brazo y miembro pélvico.

Tolera la postura de sentado y acostado.

Aspecto de los dientes y encías: Sonrosadas, dientes completos y sanos.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Presenta dos heridas en su cráneo, debidas a su cirugía, se le retiraron puntos a los 9 días, tiempo en el que cicatrizaron.

Otros: Presenta una herida en fémur derecho, debido a cirugía realizada en el mes de Enero del presente año por fractura de cadera, la cuál cicatrizo a los 10 días.

Presenta movilización activa de brazo y miembro pélvico izquierdo.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Refiere su esposa que cuando esta sano comúnmente obra una vez al día con características normales; actualmente no ha evacuado desde hace 10 días, de los cuales permaneció 3 en ayuno, 2 con dieta líquida y el resto con normal en papilla, debido a que presentó edema cerebral posterior a cirugía craneal.

Características de las heces/orina/menstruación: Presenta disminución de su capacidad para comunicar cuando tiene deseos de orinar, por lo que se orina en la cama y en sus prendas personales.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: El 30 de mayo se le detectó a través de TAC, presencia de hematomas subdurales bilaterales en cráneo.

Uso de laxantes: No.

Hemorroides: No.

Dolor al defecar/menstruar/orinar: No.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Sin cambios.

Objetivo:

Abdomen, características: Ligeramente duro.

Ruidos intestinales: Peristaltismo presente.

Palpación de la vejiga urinaria: No se palpa.

Otros: Debido a la disminución de su capacidad neuromuscular y de comunicación

verbal, para cuando tiene deseos de orinar, permanece con pañal desechable, las características de la orina son normales.

Permanece la mayor parte del tiempo acostado ó sentado, por disminución de su fuerza y resistencia de brazo y miembro pélvico derechos.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura. Refiere su esposa que se adapta fácilmente.

Ejercicio, tipo y frecuencia: Actualmente se encuentra inactivo, solo realiza los que le indican durante su sesión de rehabilitación, misma que tiene una duración de 45 minutos; flexión, extensión, aducción y abducción, de brazo y miembro pélvico derechos.

Temperatura ambiental que le es agradable: Templada.

Objetivo:

Características de la piel: Hidratada, se observa flacidez de brazo y pierna derecha.

Transpiración: Copiosa cuando presenta hipertermia.

Condiciones del entorno físico: Favorable, su hogar cuenta con todos los servicios públicos, es atendido diariamente por su esposa y 6 hijos, otros dos hijos acuden los fines de semana por radicar fuera de la ciudad.

Otros: A partir del inicio de sus sesiones de rehabilitación matutina, presenta elevación de su temperatura, llegando a cifras hasta de 39.5 o C, durante las tardes y noches; en su rehabilitación le incluyen estimulación neuromuscular ecléctica transcutánea en brazo y miembro pélvico derechos, con el aparato electromédico TENNS.

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Disminuida, necesita apoyo familiar para realizar sus

movimientos y cambios de posiciones.

Actividades en el tiempo libre: Normalmente ver la televisión.

Hábitos de descanso: No.

Hábitos de trabajo: Actualmente ninguno.

Objetivo:

Estado del sistema: músculo esquelético, fuerza: Disminuida su fuerza y tono muscular por presentar hemiparesia derecha.

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Disminuida, en brazo y miembro pélvico derechos, por hemiparesia posterior a cirugía craneal.

Posturas: Acostado y sentado en silla de ruedas.

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: Si, la realiza en forma lenta, con dificultad, sus pasos son cortos, con arrastre de pies, observándose cansado.

Dolor con el movimiento: No.

Presencia de temblores: No.

Estado de conciencia: Consciente, en algunas ocasiones desorientado en tiempo y espacio.

Estado emocional: Se observa retraido.

Otros: Se le realizó cirugía craneal, para drenaje de hematomas subdurales bilaterales; no tolera la posición de decúbito lateral derecha, debido a molestia general que presenta posterior a cirugía de fractura de cadera que se le realizó en el mes de enero pasado.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: No.

Horas de descanso: No.

Horario de sueño: De 23:00 a 07:00 Hrs.

Horas de sueño: 6 horas aproximadamente.

Siesta: Una en la mañana y otra por la tarde, de 2 horas cada una.

Ayudas: No.

Insomnio: Si, refieren sus hijos que durante la noche despierta 3 veces.

Debido : A que moja sus prendas personales y de cama ya que no avisa cuando tiene deseos de orinar, por presentar incoordinación en su lenguaje oral, refiriendo sus hijos que se observa molesto y se mueve constantemente cuando esta mojado.

Descansado al levantarse: No .

Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: Presenta falta de coordinación en su lenguaje al tratar de formar palabras, balbucea, se observa tranquilo.

Ojeras: Si.

Atención: Distruido.

Bostezos: No.

Concentración: No.

Apatía: No.

Cefaleas: No.

Respuesta a estímulos: Si.

Otros: Presenta disminución de su sensibilidad por lo que le imposibilita el avisar cuando tiene deseos de orinar.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Actualmente depende de su familia para vestirse, le seleccionan ropa holgada como bata para dormir, playera, short, calcetines y huaraches ó zapatos, para facilitarle realizar sus necesidades fisiológicas.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: -

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: -

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: Total de su familia.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Es de acuerdo a sus necesidades actuales.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Disminuida, recibe ayuda totalmente de su familia.

Vestido incompleto: No.

Sucio: No.

Inadecuado: No.

Otros:

Presenta disminución de sus capacidades neuromuscular y psicomotora para vestirse y desvestirse.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: Lo bañan sus familiares una vez al día y cuando es necesario dos, menciona a sus familiares que no recuerda como realizar su higiene.

Momento preferido para el baño: Lo bañan por las mañanas entre 8:00-10:00 Hrs. AM.

Cuántas veces se lava los dientes al día: Con ayuda 4 veces al día (al levantarse y después de cada comida).

Aseo de manos antes y después de comer: Si.

Después de eliminar: Si.

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No.

Objetivo:

Aspecto general: Se observa, limpio y cómodo

Olor corporal: No.

Halitosis: No.

Estado del cuero cabelludo: Limpio y seco, con presencia de heridas en cráneo.

Lesiones dérmicas Tipo: No.

(Anote la ubicación en el diagrama)

Otros: Se observa debilidad neuromuscular derecha, le aplican después del baño crema hidratante en su cuerpo y desodorante en axilas.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: Su esposa y 9 hijos.

Como reacciona ante situación de urgencia: Actualmente no se puede valorar, refiere su esposa que cuando esta sano se mantiene alerta y preocupado.

Conoce las medidas de prevención de accidentes.

Hogar: Actualmente depende del cuidado total de su familia, durante las noches su cama la protegen con almohadas y sillones alrededor para evitarle caídas.

Trabajo: No trabaja actualmente.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: Si.

Familiares: Si.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: refiere familiar que cuando esta sano, comúnmente ve televisión y lee la biblia.

Objetivo:

Deformidades congénitas: Ninguna.

Condiciones del ambiente en su hogar: Tranquilo, ordenado, la pintura de su vivienda es combinada con colores pastel.

Trabajo: -

Otros: Para caminar recibe apoyo total de familiar, además utiliza una andadera metálica la cual no sujeta correctamente, ya que presenta hemiparesia derecha y su integridad neuromuscular esta disminuida, se le observa cansado y fatigado aún en espacios cortos.

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: Casado.

Años de relación: 52 años.

Viven con: Su esposa y su hija menor de 29 años de edad.

Preocupaciones / estrés: No.

Familiar: Cuando esta sano le preocupa su hija menor.

Otras personas que pueden ayudar: Solo su esposa e hijos.

Rol en estructura familiar: Esposo y padre/ jefe de familia.

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: No.

Cuanto tiempo pasa sola: Actualmente ninguno.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: No.

Es visitado pocas veces por sus hermanos, solo cuando esta enfermo.

Objetivo:

Habla claro: No.

Confuso: Si, con incoordinación.

Dificultad. Visión: Normal.

Audición: Normal.

Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas:

Comunicación verbal confusa, débil, al tratar de formar palabras se le escucha con incoordinación, con dificultad en la fonación (tartamudea y balbucea) , se le entiende muy poco, se le observa con fascies de angustia.

Otros:

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: católica, refiere su esposa que acude a la iglesia en forma ocasional y lee ala biblia dos veces por semana cuando esta sano, actualmente se le lee en voz alta.

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No.

Principales valores en la familia: Solidaridad, respeto, colaboración, responsabilidad y unión familiar.

Principales valores personales: Responsabilidad.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Refiere su familiar que si.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso): ninguno.

Permite el contacto físico: Si.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: la biblia, imágenes de Jesucristo y la virgen de Guadalupe.

Otros: Presenta dificultad en la verbalización, por lo que no puede articular palabras correctamente, no recuerda saber leer y escribir, se muestra pasivo y sin expresar

sus emociones.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente: No.

Tipo de trabajo: -

Riesgos: -

Cuánto tiempo le dedica al trabajo: -

Esta satisfecho con su trabajo: -

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: Es pensionado del IMSS, siendo recurso insuficiente para cubrir sus necesidades y las de su esposa.

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Se le pregunta y no contesta ya que lo desconoce.

Otros: Refiere familiar que cuenta con una huerta frutal que él mismo atendía, y actualmente atienden sus hijos, además de contar con ahorros y la ayuda de sus hijos para cubrir sus necesidades económicas.

Objetivo:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto.

Eufórico: Se le observa calmado, y ocasionalmente retraído.

Otros: Presenta alteración en su integridad neuromuscular.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Refiere familiar que solo lee la biblia y ve los deportes por la televisión en especial cuando es fútbol, cuando esta sano. Actualmente se le prende el televisor.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: No.

Recursos en su comunidad para la recreación: Sí.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: Sí, en la exposición frutal de la feria anual de su lugar de origen.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Presenta hemiparesia derecha de su cuerpo, especialmente brazo y miembro pélvico derechos, se observa retraído y calmado.

Rechazo a las actividades recreativas: No se puede valorar.

Estado de ánimo apático/aburrido/participativo: Se observa retraído, pero con estímulo verbal participativo.

Otros: Actualmente se encuentra realizando actividades para su rehabilitación y mejorar su estado de salud, ya que presenta hemiparesia derecha de su cuerpo.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: No cuenta con ningún grado académico.

Problemas de aprendizaje: refiere su esposa que ninguno, ella le enseñó a leer y escribir cuando se casaron.

Limitaciones cognitivas: Si.

Tipo: Cognitivas, ya que no recuerda saber leer y escribir.

Preferencias. Leer/escribir: Actualmente ninguna.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: No las menciona.

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: -

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Refiere su esposa que cuando esta sano si.

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Coordinado ante estímulos.

Órganos de los sentidos: Completos.

Estado emocional ansiedad, dolor: Tranquilo.

Memoria reciente: No recuerda que le paso.

Memoria remota: Recuerda algunos acontecimientos o datos significativos, como son los nombres de sus hijos y demás integrantes de la familia, con ayuda y estímulos verbales y visuales (fotografías), aunque algunas veces no los identifica correctamente.

Otras manifestaciones:

**ANEXO 2.- PLAN NUTRICIONAL DE LA PRIMERA SEMANA:
ALIMENTACIÓN A BASE DE LIQUIDOS Y EN PAPILLA**

	DESAYUNO	COMIDA	CENA
DIA 1	<ul style="list-style-type: none"> • Un jugo de naranja 250 ml. • Una pera cocida . • yogurt de frutas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de crema de jitomate • Una pierna de pollo cocida con Calabaza y zanahoria • Un vaso con agua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Media manzana cocida . • Un vaso de jugo de mango.
DIA 2	<ul style="list-style-type: none"> • Una manzana cocida. • Un jugo de zanahoria con naranja 250 ml. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de crema de elote • Un muslo de pollo con brócoli y chayote. • Un vaso con agua . 	<ul style="list-style-type: none"> • Un plátano. • Media taza de yogurt de frutas.

<p>DIA 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un jugo de naranja con betabel de 250 ml. • Media taza de yogurt de frutas 	<ul style="list-style-type: none"> • Media taza de crema de calabaza. • Un muslo de pollo, con arroz y jitomate. • Un vaso con agua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un vaso de licuado de leche con chocolate • Una manzana cocida.
<p>DIA 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un vaso de jugo de jitomate con zanahoria 250 ml. • Un plátano raspado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de crema de elote • Un muslo de pollo con col y chincharos • Un vaso con agua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peras cocidas y molidas • Medio plátano raspado

DIA 5	<ul style="list-style-type: none"> • Un vaso de jugo de naranja con papaya 250 ml. • Una pera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de crema de elote. • Un muslo de pollo, con col y chicharos. • Un vaso con agua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de yogurt de frutas. • Media taza de arroz con leche.
DIA 6	<ul style="list-style-type: none"> • Un vaso de jugo de jitomate 250 ml. • Una manzana cocida 	<ul style="list-style-type: none"> • Media taza de lentejas. • Una pierna de pollo con zanahorias y jitomate. • Un vaso con agua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una manzana cocida. • Un vaso de jugo de naranja 250 ml. • Media taza de atole de harina de arroz con leche.

<p>DIA 7</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un vaso de jugo de betabel con zanahoria 250 ml. • Un plátano raspado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Media taza de crema de calabaza. • Un muslo de pollo con chayote y calabaza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un vaso de licuado de plátano 250 ml. • Media taza de atole de harina de arroz.
---------------------	---	---	--

Calculado a 1200 calorías.

PLAN NUTRICIONAL. CORRESPONDIENTE A LA SEGUNDA SEMANA A BASE DE DIETA BLANDA PICADA EN TROCITOS Y LIQUIDOS.

<p>DIA 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cereal con leche 250 ml • Un vaso de jugo de naranja 250 ml • Un huevo con jamón • Una rebanada de pan integral 	<ul style="list-style-type: none"> • Una manzana 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de sopa de codito • Un filete de pescado • Una taza de verdura fresca • Un vaso de agua 	<ul style="list-style-type: none"> • Una pera 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de atole de harina de arroz • Una pieza de pan • Un medio plátano
<p>DIA 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Media taza de arroz con leche • Hígado encebollado 100 gr. • Una rebanada de pan integral • Medio vaso de jugo de uva 250 ml 	<ul style="list-style-type: none"> • Uvas 10 piezas 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de sopa de verduras • Una milanesa de pollo • Una taza de ensalada de brócoli y zanahoria • Una tortilla • Un vaso de agua 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelatina con leche una taza 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de atole de avena • Una manzana

<p>DIA 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una taza de cereal con leche • Una taza de nopales a la mexicana con requesón • Una tortilla • Un vaso de jugo de naranja de 250 ml. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de melón 	<ul style="list-style-type: none"> • Un muslo de pollo cocido con verduras • Una taza de sopa de fideo • Una tortilla • Un vaso de agua 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de yogurt de frutas 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de atole de harina de arroz • Una rebanada de pan • Una taza de papaya
<p>DIA 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una taza de avena con leche • Jamón con huevo • Una tortilla • Un vaso de jugo de manzana 250 ml. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una pera 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de sopa de verduras • Un filete de pescado con verdura fresca • Un vaso de agua • Una tortilla • Una taza de melón 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de yogurt de frutas 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de atole de harina de arroz • Una rebanada de pan • Una naranja

<p>DIA 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cereal integral con leche • Una quesadilla • Una taza de papaya • Un vaso de jugo de naranja 250 ml. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un plátano 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza de sopa de codito • Un muslo de pollo al vapor cocido con verduras • Un vaso de agua • Media taza de frijoles • Una taza de sandia 	<ul style="list-style-type: none"> • Un flan 	<ul style="list-style-type: none"> • Una taza tole de arroz con leche • Un pan dulce • 2 guayabas
---	--	---	---	--

CALCULADO A 1500 CALORÍAS

ANEXO 3.- PLAN DE ROTACIÓN DE CUIDADO PERSONALIZADO CON RESPONSABILIDAD FAMILIAR DURANTE 15 DIAS.

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Carmela Y Jessica	Natividad Y Bernandino	Carmela Y Jessica	M ^a Práxedes Y Deisy Jeanette	Natividad Y Ana Maria	Norberto Y Lucila	M ^a Práxedes Y Deisy Jeanette

Rotación para cuidado durante las 24 horas.

posterior a los 15 días, se contratan dos enfermeras para los turnos nocturnos, con apoyo de un solo familiar.

ANEXO 4.- PLAN DE REHABILITACIÓN FÍSICA PASIVA Y ACTIVA PERSONALIZADA

PRIMER SEMANA: REHABILITACIÓN PASIVA ASISTIDA.

DIA:	ACTIVIDAD A REALIZAR:
LUNES	<p>El señor Mario se presenta a su rehabilitación acompañado de 3 familiares en silla de ruedas.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Instalarlo en mesa de trabajo especial para su sesión de rehabilitación, en posición supina:<ul style="list-style-type: none">- Colocación del aparato de Tens en brazo y pierna derechos, durante 30 minutos.- Colocar aceite vegetal en extremidades derechas.- Realizar movimientos de flexión y extensión pasiva asistida en pierna y brazo derechos.
MARTES	<ul style="list-style-type: none">➤ Instalarlo en mesa de trabajo especial para su sesión de rehabilitación, en posición supina:<ul style="list-style-type: none">- Colocación del aparato de Tens en brazo y pierna derechos, durante 30 minutos.- Colocar aceite vegetal en extremidades derechas.- Realizar movimientos de flexión y extensión pasiva asistida en pierna y brazo derechos.- Ayudar a la circulación de sus extremidades mediante el cepillado con cepillo de cerdas suaves y blandas.

MIÉRCOLES	<p>➤ Instalarlo en mesa de trabajo especial para su sesión de rehabilitación, en posición supina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocación del aparato de Tens en brazo y pierna derechos, durante 30 minutos. - Colocar aceite vegetal en extremidades derechas. - Realizar movimientos de flexión y extensión pasiva asistida en pierna y brazo derechos. - Ayudar a la circulación de sus extremidades mediante el cepillado con cepillo de cerdas suaves y blandas, además con una fibra rasposa. <p>En posición prona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar movimientos de extensión de cadera y flexión de rodilla derecha. - Rotación interna y externa de hombro derecho. <p>En posición supina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar ejercicios de reeducación de músculos faciales de lado derecho (movimientos de ceja, lengua, labios y ojo).
------------------	---

<p>JUEVES</p>	<p>➤ Instalarlo en mesa de trabajo especial para su sesión de rehabilitación, en posición supina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocación del aparato de Tens en brazo y pierna derechos, durante 30 minutos. - Colocar aceite vegetal en extremidades derechas. - Realizar movimientos de flexión y extensión pasiva asistida en pierna y brazo derechos. - Ayudar a la circulación de sus extremidades mediante el cepillado con cepillo de cerdas suaves y blandas, además con una fibra rasposa. - Ejercicios de estimulación táctil, para identificar objetos y formas (frijol, arroz y lentejas). <p>En posición prona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar movimientos de extensión de cadera y flexión de rodilla derecha. - Rotación interna y externa de hombro derecho. <p>En posición supina realizar movimientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aducción y abducción de cadera, brazo y dedos. - Flexión y extensión de codo. - Supinación de muñeca. - Flexión externa de muñeca. - Oponencia de pulgar. <p>*Realizar ejercicios de reeducación de músculos faciales de lado derecho (movimientos de ceja, lengua, labios y ojo).</p> <p>*Realizar entrenamiento de marcha en barras paralelas (en caminadora hacia adelante y hacia atrás)</p>
----------------------	---

<p>VIERNES</p>	<p>➤ Instalarlo en mesa de trabajo especial para su sesión de rehabilitación, en posición supina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocación del aparato de Tens en brazo y pierna derechos, durante 30 minutos. - Colocar aceite vegetal en extremidades derechas. - Realizar movimientos de flexión y extensión pasiva asistida en pierna y brazo derechos. - Ayudar a la circulación de sus extremidades mediante el cepillado con cepillo de cerdas suaves y blandas, además con una fibra rasposa. - Ejercicios de estimulación táctil, para identificar objetos y formas (frijol, arroz y lentejas). <p>En posición prona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar movimientos de extensión de cadera y flexión de rodilla derecha. - Rotación interna y externa de hombro derecho. <p>En posición supina realizar movimientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aducción y abducción de cadera, brazo y dedos. - Flexión y extensión de codo. - Supinación de muñeca. - Flexión externa de muñeca. - Oponencia de pulgar. <p>Realizar ejercicios de reeducación de músculos faciales de lado derecho (movimientos de ceja, lengua, labios y ojo).</p> <p>Realizar entrenamiento de marcha en barras paralelas (en caminadora hacia adelante y hacia atrás)</p>
-----------------------	--

**SABADO
Y DOMINGO**

- Instalarlo en su cama, en posición supina:
- Colocar aceite vegetal en extremidades derechas.
 - Realizar movimientos de flexión y extensión pasiva asistida en pierna y brazo derechos.
 - Ayudar a la circulación de sus extremidades mediante el cepillado con cepillo de cerdas suaves y blandas, además con una fibra rasposa.
- En posición prona:
- Realizar movimientos de extensión de cadera y flexión de rodilla derecha.
 - Rotación interna y externa de hombro derecho.
- En posición supina realizar movimientos de:
- aducción y abducción de cadera, brazo y dedos.
 - Flexión y extensión de codo.
 - Supinación de muñeca.
 - Flexión externa de muñeca.
 - Oponencia de pulgar.
- Realizar ejercicios de reeducación de músculos faciales de lado derecho (movimientos de ceja, lengua, labios y ojo).
- Sentado: ejercicios de estimulación táctil, para identificar objetos y formas (frijol, arroz y lentejas).
- Iniciar pasos con ayuda de andadera y su familiar.

SEGUNDA SEMANA: REHABILITACIÓN ACTIVA ASISTIDA	
DIA:	ACTIVIDAD:
LUNES	<p>Se presenta a su sesión de rehabilitación con un solo familiar caminando solo lentamente con apoyo de andadera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se instala en mesa de trabajo especial para su sesión de rehabilitación, en posición supina: <ul style="list-style-type: none"> - colocación del aparato de Tens en brazo y perna derechos, durante 30 minutos - Colocar aceite vegetal en extremidades derechas - Realizar movimientos de flexión y extensión activa asistida en pierna y brazo derechos - Ayudar a la circulación de sus extremidades mediante el cepillado con cepillo de cerdas suaves y blandas, además con una fibra rasposa. <p>En posición prona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar movimientos de extensión de cadera y flexión de rodilla derecha - Rotación interna y externa de hombro derecho <p>En posición supina realizar movimientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aducción y abducción de cadera, brazos y dedos - Flexión y extensión de codo - Supinación de muñeca - Flexión externa de muñeca - Oponencia del pulgar

	<p>Realizar ejercicios de fortalecimiento de musculosa faciales de lado derecho (movimientos de ceja, lengua, labios y ojo).</p> <p>Sentado: Ejercicios de estimulación táctil para identificar objetos y formas (frijol, arroz y lentejas).</p> <p>Realizar entrenamiento de marcha en barras paralelas (en caminadora hacia delante y hacia atrás)</p> <p>Ejercicios de terapia ocupacional con movimientos de pelota y armar juguetes de colores.</p>
<p>MARTES Y MIÉRCOLES</p>	<p>➤ Se instala en mesa de trabajo especial para su sesión de rehabilitación, en posición supina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocación del aparato de Tens en brazo y pierna derechos, durante 30 minutos. - Colocar aceite vegetal en extremidades derechas. - Realizar movimientos de flexión y extensión activa solo y con resistencia. - Ayudar a la circulación de sus extremidades mediante el cepillado con cepillo de cerdas suaves y blandas, además con una fibra rasposa. <p>En posición prona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar movimientos de extensión de cadera y flexión de rodilla derecha. <p>Rotación interna y externa de hombro derecho.</p>

	<p>En posición supina realizar movimientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aducción y abducción de cadera, brazo y dedos. - Flexión y extensión de codo. - Supinación de muñeca. - Flexión externa de muñeca. - Oponencia de pulgar. <p>* Realizar ejercicios de fortalecimiento de músculos faciales de lado derecho (movimientos de ceja, lengua, labios y ojo).</p> <p>*Sentado: ejercicios de estimulación táctil, para identificar objetos y formas (frijol, arroz y lentejas).</p> <p>* Realizar entrenamiento de marcha en barras paralelas (en caminadora hacia adelante y hacia atrás)</p> <p>* Ejercicios de terapia ocupacional con movimientos de pelota y armar juguetes de colores.</p> <p>*Sentarse en bicicleta fija para realizar movimientos de pierna durante 15 minutos con vigilancia estrecha</p>
<p>JUEVES VIERNES</p>	<p>Y Además de las actividades anteriores realizar la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Con una barra fija realizar ejercicios de estiramiento de pectorales y fortalecer músculos para vertebrales (dorso cervicales)

SABADO
DOMINGO

Y

- En su domicilio en su cama en posición supina
- Colocar aceite vegetal en extremidades derechas, realizar movimientos de flexión y extensión activa solo y con mayor resistencia de piernas
- Ayudar a la circulación de sus extremidades mediante el cepillado con cepillo de cerdas suaves y blandas, además con una fibra rasposa

En posición prona

- Realizar movimientos de extensión de cadera y flexión de rodilla derecha.
- Rotación interna y externa de hombro derecho

Realizar ejercicios de fortalecimiento de músculos faciales de lado derecho (movimientos de ceja, lengua, labios y ojo).

Sentado: Ejercicios de estimulación táctil para identificar objetos y formas.

Ejercicios de terapia ocupacional con movimientos de pelota y armar juguetes de colores.

Con una barra fija realizar ejercicios de estiramiento de pectorales fortalecer músculos para vertebrales(dorso cervicales).

Caminar solo con apoyo de andadera y vigilancia de familiar.