



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EPILEPSIA IMPLICADA  
CON DETERIORO FUNCIONAL, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO  
DE SALUD DE HUACHI GRANDE AMBATO-TUNGURAHUA.”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería.

**Autora:** Franco Calero, Karina Maribel

**Tutora:** Lic. Mgs. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

**Ambato – Ecuador**

**Noviembre, 2015**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del Análisis del Caso Clínico sobre el tema:

“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EPILEPSIA IMPLICADA CON DETERIORO FUNCIONAL, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE AMBATO-TUNGURAHUA” de Karina Maribel Franco Calero estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2015

LA TUTORA

.....

Lic. Mgs. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico “**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EPILEPSIA IMPLICADA CON DETERIORO FUNCIONAL, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE AMBATO-TUNGURAHUA**”, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2015

LA AUTORA

.....  
Franco Calero, Karina Maribel

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Septiembre del 2015

LA AUTORA

.....

Franco Calero, Karina Maribel

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EPILEPSIA IMPLICADA CON DETERIORO FUNCIONAL, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE AMBATO-TUNGURAHUA”** de Karina Maribel Franco Calero, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2015

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS**

Por permitirme cumplir este sueño tan anhelado, por colmarme de bendiciones y guiarme por su camino de fe y misericordia.

### **A MI FAMILIA**

A mi madre por ser un ejemplo de lucha y perseverancia, por mostrarme que la mejor forma de servir a Dios es sirviendo al prójimo. A mi padre por apoyarme y cuidarme en los momentos más difíciles de mi vida. A mis hermanos Antonio, Ramiro y Fabián por demostrarme que los obstáculos son solo imaginarios y que si luchas alcanzas tus objetivos.

### **A MIS AMIGOS**

Francisco, Jordán y Wagner por estar en las situaciones más difíciles junto a nuestros pacientes, por apoyarme a que continúe en esta incansable lucha de formación y preparación.

Gracias a todos por sus consejos y palabras de aliento, luego de un camino que parecía inalcanzable hoy se ve reflejado este gran esfuerzo.

Gracias por creer en mí, los quiero a todos.

Karina Maribel Franco Calero

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco:

A la Universidad Técnica de Ambato por brindarme la oportunidad de formarme en sus aulas, a la Facultad de Ciencias de la Salud y a los docentes de la Carrera de Enfermería, por el apoyo recibido; de manera especial a la Psicóloga Sarita Guadalupe y a los Licenciados José Luis y Fabiola por la paciencia y calidez humana en la orientación de este Trabajo.

A mi familia y amigos que han sido un pilar fundamental en todo mi proceso de formación y en todos los aspectos de mi vida.

Al Hospital Provincial General de Latacunga por permitirme realizar mi Internado Rotativo y formarme como profesional.

No alcanzaría el tiempo para agradecer a todas aquellas personas que me brindaron sus consejos, cariño y aprecio para continuar en mi formación. A todos ustedes mil bendiciones.

Karina Maribel Franco Calero

## ÍNDICE

PORTADA .....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR .....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE .....	viii
RESUMEN .....	ix
SUMMARY .....	xi
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. OBJETIVOS .....	3
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
III. RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	4
3.1 RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE .....	4
3.2 RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE .....	5
IV. DESARROLLO .....	10
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO .....	10
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO .....	11
4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD .....	13
4.4 METAPARADIGMA .....	14
4.5 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS .....	14
4.6 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	17
4.7 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO .....	20
V. CONCLUSIONES .....	46
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	47
CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA .....	47
LINKOGRAFÍA .....	48
VII. ANEXOS .....	50



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EPILEPSIA IMPLICADA  
CON DETERIORO FUNCIONAL, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO  
DE SALUD DE HUACHI GRANDE AMBATO-TUNGURAHUA.”**

**Autora:** Franco Calero, Karina Maribel

**Tutora:** Lic. Mgs. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

**Fecha:** Septiembre del 2015

**RESUMEN**

La epilepsia es una condición neurológica que se caracteriza por la aparición de crisis epilépticas recurrentes y que no tiene un factor desencadenante identificable.

El presente caso se trata de un paciente masculino de 34 años de edad, desempleado, con antecedentes personales de crisis convulsivas hace más o menos 11 años en tratamiento con Carbamazepina 200 miligramos vía oral cada 12 horas y deterioro cognitivo importante.

Por lo que se le envía a realizar una serie de exámenes complementarios como Biometría, Química Sanguínea y Uroanálisis teniendo como resultado parámetros normales, más una Tomografía Axial Computarizada de la que no se encuentra el reporte médico. Tras la verificación de los resultados se prescribe Carbamazepina 200 miligramos vía oral cada 12 horas y se envía una referencia a Neurología del HPDA.

Este análisis de caso tiene como objetivo analizar la evolución de la epilepsia y el deterioro funcional en el paciente, identificar los factores de riesgo que limitan su autocuidado y el manejo de enfermería brindado al paciente.

En el transcurso de la investigación se pudo apreciar que el paciente no tiene una buena calidad de vida, su enfermedad de base causo consecuencias irreparables en su capacidad motriz lo que le dificulta realizar sus actividades diarias de manera autónoma.

Partiendo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, se propone un Plan de Intervenciones de Enfermería basados en la Taxonomía NANDA, NOC y NIC, las mismas que van encaminadas a satisfacer las necesidades que todo ser humano debe cumplir, al ser aplicadas se evidencia que muchas de las necesidades mejoran en un grado considerable, sin embargo considerando el estado patológico y funcional del paciente no todas las necesidades pudieron ser resueltas. Los aspectos que se lograron mejorar fueron la capacidad para alimentarse de manera independiente y la educación al paciente y la familia en la evolución de la enfermedad e importancia de continuar con el tratamiento establecido para evitar posibles complicaciones.

**PALABRAS CLAVES:** EPILEPSIA, INTERVENCIONES\_ENFERMERÍA, DETERIORO\_FUNCIONAL, NEUROLOGÍA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCE  
NURSING CAREER  
“EPILEPSY NURSING INTERVENTIONS INVOLVED WITH  
FUNCTIONAL IMPAIRMENT, BELONGING TO SUB CENTER  
HUACHI GRANDE AMBATO - TUNGURAHUA.”

**Author:** Franco Calero, Maribel Karina

**Tutor:** Lic. Mgs. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

**Date:** September 2015

### SUMMARY

Epilepsy is a neurological condition characterized by the appearance of recurrent seizures and does not have an identifiable trigger.

This case involves a male patient of 34 years old; unemployed with a history of seizures about 11 years treated with carbamazepine 200 mg orally every 12 hours and significant cognitive impairment.

So you are sent to a series of additional tests as count, blood chemistry and urinalysis parameters having as normal a result, more A Computerized Axial Tomography not found the medical report. After verification of the results Carbamazepine is prescribed 200 mg orally every 12 hours and a reference to HPDA sent Neurology.

This case study is to analyze the evolution of epilepsy and functional impairment in the patient, identify risk factors that limit their self-care and management of patients given nursing.

In the course of the investigation it was observed that the patient has a good quality of life, their underlying disease caused irreparable consequences for their motor skills which hinders you from doing your daily activities independently.

Based on the 14 basic needs of Virginia Henderson, an intervention plan based nursing Taxonomy NANDA, NOC and NIC, the same that are intended to meet

the needs that every human being must meet, when applied aims is evident that many needs improved to a considerable extent, however considering the pathology and patient performance status not all needs could be resolved. The aspects were able to improve the ability to feed independently and patient education and family in the course of the disease and the importance of continued treatment to prevent possible future complications.

**KEY WORDS:** EPILEPSY, NURSING\_INTERVENTIONS, FUNCTIONAL\_IMPAIRMENT, NEUROLOGY.

## I. INTRODUCCIÓN

Según Salazar. A., López, D., (2007).

Epilepsia se define como una afección caracterizada por la recurrencia de crisis epilépticas. Estas, a su vez, son el resultado de descargas excesivas y desordenadas de neuronas cerebrales. Existen dos tipos de crisis epilépticas: convulsivas y no convulsivas. Las primeras se manifiesta con movimiento (Crisis parciales motoras, o crisis tónico clónicas generalizadas). En las no convulsivas, no hay movimiento, pero se presentan igualmente descargas anormales.

Al existir una descarga neuronal descontrolada los daños a nivel cerebral generan consecuencias neurológicas, cognitivas, psicológicas y sociales irreparables. Por ser un padecimiento neurológico y en muchas ocasiones de etiología desconocida su prevención es débil, pero un paciente al ser captado desde el primer nivel de atención puede mejorar su calidad de vida de una manera exorbitante ya que se ha demostrado que la epilepsia es una patología controlable.

Pero por muchos factores simultáneos como la dificultad de accesos a un tratamiento médico especializado, una falta de formación del médico en los primeros niveles de salud y un diagnóstico inadecuado dificultan establecer un tratamiento adecuado y oportuno.

El desconocimiento sobre esta enfermedad había llevado a considerarla como un trastorno mental, pero según la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades se determina que es una enfermedad neurológica. Al ser catalogada como tal, los especialistas se han enfocado en realizar una serie de estudios para poder esclarecer sus causas, así como también encontrar fármacos que brinden mejores resultados en el tratamiento de la enfermedad. Según Rodríguez, J.L. (2012).

Es una enfermedad que tiene importantes repercusiones económicas desde el punto de vista de la atención sanitaria y de la pérdida de productividad laboral.

Los estudios sobre epilepsia, realizados en países en desarrollo, muestran una prevalencia de esta enfermedad aproximadamente tres veces más alta que en países sub-desarrollados. Tomando como punto de partida en Ecuador la tasa de Epilepsia es de 17x1000 habitantes. Según Jiménez. I., Mora. O., & otros. (1999).

Esta investigación habla sobre un paciente con crisis epiléptica y deterioro funcional que al no recibir una atención oportuna su estado cognitivo fue deteriorándose de manera substancial a tal punto de generar una discapacidad funcional del 95%. Uno de los factores desencadenante de la enfermedad fue una intoxicación alcohólica, sumándole a que el paciente es sedentario y no se desarrolla en un ambiente armonioso dentro del hogar, lo hace más propenso a ser agresivo e irritable y que su estado fisiológico se vaya deteriorando de manera progresiva.

El interés del presente caso radica en la importancia de las intervenciones de enfermería y la evolución del paciente, además se va analizar como el personal de enfermería actúa frente a este tipo de patología.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Analizar la evolución de la Epilepsia y deterioro funcional en paciente del Sub Centro de Salud de Huachi Grande Ambato-Tungurahua.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores de riesgo que limitan su autocuidado y el manejo de Enfermería brindado al paciente.
- Describir los tratamientos aplicados al paciente epiléptico.
- Diseñar un plan de intervenciones y cuidados de enfermería centrada a la patología del paciente.

### **III. RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

#### **3.1 RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE**

**07/07/2014**

Paciente acude al Sub Centro de Salud por motivo de control general. No refiere síntomas. Temperatura: 36.5°C; Presión arterial: 90/60 mm de Hg; Pulso: 72 latidos por minuto. Diagnóstico: Crisis epilépticas. El médico prescribe: Carbamazepina 200 miligramos vía oral cada 12 horas. Control en 15 días. Examen de laboratorio y Uroanálisis, Tomografía axial computarizada (TAC), Control con resultados.

**21/7/2014**

Paciente acude con los resultados de laboratorio. (**Ver Anexo 1**), no se encuentra resultados de TAC, El médico prescribe: Carbamazepina 200 miligramos vía oral cada 12 horas. Control en 15 días.

**18/06/2015**

Paciente acude por motivo de control general, se envía referencia a neurología del HPDA.

**25/3/2015**

Se realiza visita domiciliaria. Paciente en buenas condiciones y se evidencia que continúa con el régimen terapéutico establecido. Médico prescribe: Medidas generales, consejería en alimentación, aseo diario, acudir a controles y reportar novedades.



### **3.2 RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE**

Por no existir suficiente información en la historia clínica del paciente se procede a detallar a continuación una serie de datos obtenidos a partir de la formulación de test y encuestas aplicadas al paciente y al familiar responsable, las mismas que están basadas en el Modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

#### **NECESIDAD 1.- NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE**

Paciente no fumador, presenta dificultad respiratoria y cianosis periférica al momento de la crisis epiléptica, disnea grado 1 (muy leve) según escala de Borg (**Ver Anexo 2**), FR: 24X', Sat O<sub>2</sub>: 96%.

#### **NECESIDAD 2.- NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE**

Peso: 65 kg.; Talla: 1.75 cm; IMC: 21.22 kg/m<sup>2</sup> (peso normal); buen aspecto de piel y mucosas, en casa tiene una dieta de tres comidas al día, familiar refiere que una semana al mes sufre de intolerancia alimentaria, requiere de ayuda para la alimentación, es necesaria la alimentación en la boca y hecha puré debido a que no puede masticar alimentos duros, posee dentadura incompleta, Índice de Barthel: 20 PUNTOS (Dependencia total). (**Ver Anexo 3**)

Familiar también manifiesta tener muchas dudas sobre la calidad de alimentación que se debe brindar al paciente, debido a que en muchas ocasiones “parece que le desagrada la comida y opta por no comer.” Además no refiere que ingiera una cantidad adecuada de líquido, lo que puede afectar en su capacidad de eliminación.

#### **NECESIDAD 3.- NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS VÍAS CORPORALES**

Paciente utiliza pañal el mismo que es cambiado dos veces al día, las heces no tienen mal olor y son de color café, necesita de ayuda para la movilización hacia el baño, Índice de Barthel: 20 PUNTOS (Dependencia total). (**Ver Anexo 3**)

Familiar aporta que el paciente no sufre de estreñimiento “Su deposición es como de cualquier persona, no tiene apariencia pajosa, además cuando realiza la deposición en el baño no se queja.”

Eliminación urinaria: “No sé a percatado de cuantas veces la realiza, porque como usa pañal, solo lo cambia cuando está totalmente lleno”.

Al examen físico: abdomen suave y depresible, no doloroso a la palpación.

#### **NECESIDAD 4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS**

El paciente se mueve de una manera muy lenta, considerando que la mayor parte del tiempo permanece acostado, lo que a futuro puede facilitar a la formación de úlceras por decúbito. Alineación corporal incorrecta, se aprecia que al estar acostado en su cama se mantiene en una posición inapropiada: su cabeza se encuentra ligeramente flexionada hacia abajo, no tiene ningún objeto que soporte el peso de su cabeza.

Índice de Barthel: 20 PUNTOS (Dependencia total) (**Ver Anexo 3**); la postura que adopta habitualmente es acostado, su situación habitual es del sillón a la cama, necesita ayuda para la movilización, utiliza silla de ruedas para el transporte.

#### **NECESIDAD 5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**

Según manifiesta familiar el paciente tiene un horario habitual para dormir, duerme ocho horas, pero en ciertas ocasiones no puede dormir, se mantiene haciendo sonidos o gritando, aunque ella nunca se ha fijado porque en determinados días no puede conciliar el sueño de manera adecuada. “Luego de que se mantiene haciendo diferentes sonidos se queda dormido”. Además afirma que el paciente antes consumía fármacos para dormir, pero la interacción que hacían dichos fármacos con la Carbamazepina, aumento de manera brusca las crisis convulsivas, por lo que el médico decidió suspender su administración. Al momento el paciente no consume ningún tipo de fármaco para conciliar el sueño.

#### **NECESIDAD 6.-NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

Índice de Katz: 6 PUNTOS; Grado G.- Incapacidad severa (Dependiente en todas las funciones) (Ver Anexo 4). Familiar refiere que paciente no puede vestirse por sí solo, necesita ayuda para realizar dicha actividad. Presenta un 95% de discapacidad lo que le impide moverse y tomar objetos con la mano. Además se aprecia un olor a orina en el ambiente.

#### **NECESIDAD 7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE.**

Afebril, temperatura de 36.6°C.

#### **NECESIDAD 8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL**

Presenta un aspecto poco limpio y aseado, familiar refiere realizar aseo una vez a la semana y que paciente no colabora en su higiene, necesita de su silla de ruedas especial para su movilización hacia el baño. Buena hidratación de piel y mucosas, pero al ser un paciente sedentario tiene el riesgo de que se formen úlceras por decúbito, además hay que añadir que al realizar solo dos cambios de pañal, se está favoreciendo a la acumulación de bacterias que pueden causar infecciones, higiene bucal una vez al día. Presencia de uñas cortas y limpias. Índice de Barthel: 20 PUNTOS (Dependencia total).

#### **NECESIDAD 9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS**

Paciente poco colaborador, en ocasiones irritable e incontrolable por lo que familiar refiere haber aplicado métodos de sujeción para evitar que se haga daño. Escala visual Análogo del Dolor: 4 PUNTOS (Siente un poco más de dolor), además familiar refiere que se queja mucho; se toma de la cara por lo que ella piensa que le duele algo pero él no lo expresa con palabras.

Al ser un paciente que se torna agresivo con facilidad se puede considerar como un peligro para las personas que viven en su entorno.

### **NECESIDAD 10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES**

Familiar refiere que el paciente es una persona introvertida, la comunicación se ha ido deteriorando a tal punto que en la actualidad no se le comprende cuando habla. Su principal fuente de apoyo es su hermana, la misma que por momentos expresa preocupación por el estado del paciente, dice: “he desarrollado sentimientos como ira y frustración por no poder ayudar a mi hermano, no puedo desatenderlo porque soy la única persona que se hace responsable de su cuidado, además él no hubiese estado así, si hubiese recibido una atención oportuna”. Índice de esfuerzo del cuidador de Robinson: 11 PUNTOS (NIVEL ELEVADO DE ESFUERZO). (Ver Anexo 5)

En la visita domiciliaria se logró apreciar que el paciente se desarrolla en un ambiente poco beneficioso para su salud, se percibe muchas emociones como ira y resentimiento, al momento de acercarme con cariño y transmitirle mi confianza el paciente no reacciona de manera agresiva, al contrario se tornó un poco colaborador.

### **NECESIDAD 11.- NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS**

Católico, familiar refiere “la fe es grande para que él se recupere”.

### **NECESIDAD 12.- NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL**

Paciente de 34 años, instrucción primaria, desempleado, el único sostén del hogar es su hermana. La mayor parte del tiempo permanece encamado y por su situación actual de salud no realiza ninguna actividad en la casa.

Este hecho hace que toda la responsabilidad de las actividades diarias recaiga sobre la cuidadora, generando una sobrecarga de trabajo.

### **NECESIDAD 13.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Desde la aparición de las primeras crisis epilépticas dejó de realizar sus actividades cotidianas, ya no continuó estudiando. Y su estado cognitivo se fue deteriorando de manera progresiva, al no recibir una correcta rehabilitación física al momento no puede realizar ninguna actividad de manera autónoma. Paciente irritable. Familiar refiere que a veces salen a pasear por el Barrio pero él se aburre con facilidad; el necesita la silla de ruedas para moverse.

### **NECESIDAD 14.- NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES**

Formación académica: instrucción primaria. Familiar refiere seguir el régimen terapéutico establecido. Escala de Coma de Glasgow: 13 PUNTOS.

## **IV. DESARROLLO**

### **4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO**

Paciente masculino de 34 años de edad, nacido y residente en Huachi Grande; Cantón Ambato, instrucción primaria, desempleado, católico, soltero, con antecedentes personales de crisis convulsivas hace más o menos 11 años en tratamiento con Carbamazepina 200mg VO c/12 horas, deterioro cognitivo importante; presenta una discapacidad funcional del 95% según el carnet del CONADIS, no refiere antecedentes familiares.

Familiar manifiesta que las crisis epilépticas eran cada 10 minutos, y que cada episodio convulsivo duraba de 10 a 15 minutos aproximadamente.

Ha recibido una serie de tratamientos farmacológicos, debido a su patología, en primera instancia se implementó Carbamazepina 200 mg VO cada 12 horas más un fármaco ansiolítico no identificado, pero la interacción medicamentosa provocó que los episodios convulsivos se incrementaran de manera progresiva. Por lo que el médico decide discontinuar el fármaco ansiolítico y continuar el régimen terapéutico solo con Carbamazepina 200 mg. Teniendo mejores resultados, a tal punto de reducir a una crisis convulsiva cada 15 días más o menos, según refiere familiar responsable.

Paciente acude por motivo de control de la enfermedad, no refiere patología adyacente al momento. En donde es valorado y se realiza una Referencia al HPDA a la especialidad de Neurología.

Al examen físico se encuentra con T: 36.5°C, PA: 90/60 mm de Hg, P: 72 X', paciente afebril, irritable, desorientado.

En el HPDA es atendido por pocas ocasiones en donde se confirma el diagnóstico de Crisis Epiléptica y envían el mismo tratamiento antes citado.

Pero familiar de paciente por razones que no supo explicar dejo de asistir a los controles en dicha institución y le transfirió a una unidad de cuidado particular. En la cual continúan con el mismo esquema de tratamiento.

Además afirma que antes las crisis epilépticas eran cada 10 a 15 minutos, pero al momento se han reducido a una crisis cada 15 días.

Paciente irritable casi la mayor parte del tiempo, debido a que se encuentra viviendo en un entorno lleno de tensiones y estrés por parte del cuidador, lo que predispone a que se torne agresivo.

#### **4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

Entre los factores de riesgo que influyen para que un paciente presente epilepsia están los genéticos debido a anomalías genéticas al nacer, la edad siendo los grupos de riesgo los niños y las personas mayores a 65 años, debido a traumatismos craneo encefálicos, o la exposición a sustancias nocivas como: plomo, drogas, interacciones medicamentosas o abuso del alcohol.

Partiendo de esta revisión se va a proceder a analizar los factores de riesgo que desencadenaron la patología del paciente.

Según la información brindada por la familiar responsable, ella argumenta que el paciente en compañía de su padre fue a una fiesta y luego de un momento el paciente cayó convulsionando al piso. Por lo que se presume que fue una intoxicación alcohólica lo que desencadenó las convulsiones.

Al no recibir una atención oportuna y no tener un diagnóstico claro de la realidad del paciente se implementaron una serie de terapias farmacológicas que no favorecieron en mucho a su tratamiento.

Sumándole a lo anterior el paciente no recibió una rehabilitación física, que hubiese disminuido el impacto de la enfermedad en su desarrollo cognitivo. Por lo que en la actualidad es un paciente sedentario que la mayor parte del tiempo permanece recostado, y no realiza ningún tipo de actividad física. El sedentarismo facilita a que se desarrollen enfermedades adyacentes, como: intolerancia a la actividad, alteraciones cardíacas y deterioro de la integridad cutánea, que a futuro puede transformarse en una úlcera por presión.

Otro factor de riesgo es el ambiente en el que el paciente se está desarrollando, se pudo evidenciar un lugar poco acogedor, el familiar responsable manifiesta sentimientos de frustración, ira y resentimiento, y esas emociones son transmitidas al paciente. Claro está que por su estado él no puede manifestar sus emociones con palabras, pero lo hace con gritos, o tornándose irritable.

Estos aspectos hacen que el paciente llegue a ser considerado como un peligro para el núcleo familiar, ya que por sus manifestaciones inesperadas de irritabilidad y agresividad, puede agredir a cualquier persona. **(Ver Anexo 6)**



### **4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

- **Oportunidad en la solicitud de la consulta**

El difícil acceso a una institución especializada de segundo nivel en la provincia es complicado, Tungurahua cuenta con dos hospitales de segundo nivel pero la disposición de Neurólogos es baja, causando la saturación de los servicios y obstaculizando una atención oportuna.

- **Acceso a la atención médica**

El paciente no contó con un acceso inmediato, pues el servicio de salud que está en su parroquia presta atención solo 8 horas al día y no cuenta con un médico especialista.

- **Características de la atención**

Al servicio de salud al cual el paciente pertenece brinda un servicio ligero, rápido y de poca consistencia, pero a pesar de eso ha tratado de educar a la familia sobre los cuidados adecuados referente a la patología del paciente.

- **Oportunidades en la remisión**

La derivación de este paciente debió haber sido inmediata, para que de tal manera cuente con la atención de un médico especialista y el manejo de su patología sea integral.

- **Trámites administrativos**

La tardanza en la transferencia a un hospital de especialidad disminuyó las posibilidades de un diagnóstico oportuno y un tratamiento específico. Por lo que familiar opta por dejar de asistir a unidad de segundo nivel y transfiere a paciente a una unidad de salud particular. (Ver Anexo 7)

#### 4.4 METAPARADIGMA

El presente análisis de caso está basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson y se detallan a continuación los cuatro componentes del metaparadigma según dicha teorizante.

- **Salud:** Paciente se encuentra en un estado de salud físico, mental y social completamente deteriorado debido al padecimiento de su enfermedad, que entre otros factores presenta una disminución en la motricidad, deterioro en la capacidad de comunicación (deterioro cognitivo importante).
- **Entorno:** El entorno en el que el paciente se encuentra no es beneficioso debido a que no es capaz de controlar, ni realizar ninguna acción de manera autónoma, al contrario el paciente tiene riesgo de sufrir caídas o accidentes.
- **Persona:** Debido a la patología que presenta el paciente no puede mantener un equilibrio fisiológico y emocional ya que se mantiene excluido de la sociedad; además no puede desenvolverse de manera independiente totalmente al contrario necesita ayuda constante para realizar sus actividades cotidianas, generando una sobrecarga de trabajo en el familiar cuidador.
- **Enfermería:** Los cuidados de enfermería juegan un papel importante en el tratamiento de las Crisis Epilépticas, tanto en el apoyo emocional y psicológico al paciente y al cuidador; que les permitirá mantener una estabilidad intelectual y espiritual, y la participación en los planes de cuidado.

#### 4.5 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

En el presente estudio de caso se identificaron varios puntos críticos de acuerdo a la priorización de la pirámide de Maslow y son los siguientes.

NECESIDADES FISIOLÓGICAS	
Alimentación/ nutrición	1. Falta de interés por la comida 2. Dentadura incompleta

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Dependencia para alimentarse</li> <li>4. Problemas al masticar</li> <li>5. Peso: 65 Kg.</li> <li>6. Talla: 1.75 cm</li> <li>7. IMC: 21.22 Kg/m<sup>2</sup> (peso normal)</li> <li>8. Tres comidas al día</li> <li>9. Úlceras orales</li> </ol>
<b>Aire/ respiración</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Taquipnea</li> <li>2. Dificultad respiratoria luego de crisis epiléptica</li> <li>3. Disnea leve luego de crisis epiléptica.</li> <li>4. Cianosis peribucal luego de crisis epiléptica.</li> <li>5. Sat O<sub>2</sub>: 96%</li> </ol>
<b>Temperatura</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. T: 36.6°C</li> </ol>
<b>Eliminación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Índice de Barthel: Dependencia Total</li> <li>2. Índice de Katz: Dependencia en todas las funciones.</li> <li>3. Uso de pañal</li> <li>4. Dos cambios de pañal en el día</li> <li>5. Olor a orina en el ambiente</li> <li>6. Heces color café, olor normal</li> </ol>
<b>Descanso, sueño y dolor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuestionario de Oviedo del Sueño: 32 puntos.- insomnio</li> <li>2. Escala visual Análogo del Dolor: siente un poco de dolor</li> <li>3. Irritabilidad</li> <li>4. Mal humor al despertar</li> <li>5. 8 horas de sueño aproximadamente.</li> <li>6. Horario fijo al dormir y despertar</li> <li>7. Duerme en cama</li> </ol>

**Tabla 1. Necesidades Fisiológicas** Elaborado por: Karina Franco

<b>NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b>	
<b>Seguridad del cuerpo</b> <b>Higiene</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Índice de Barthel: Dependencia Total</li> <li>2. Índice de Katz: Dependencia en todas las funciones.</li> <li>3. Higiene personal una vez a la semana</li> <li>4. Higiene oral una vez al día</li> <li>5. Olor a orina en el ambiente</li> </ol>
<b>Movilidad</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incapacidad para realizar actividades</li> <li>2. Discapacidad física del 95%</li> <li>3. Deterioro musculoesquelético</li> <li>4. Deterioro de la movilidad física</li> <li>5. Uso de silla de ruedas</li> <li>6. Paciente encamado</li> <li>7. Sedentarismo</li> </ol>

**Tabla 2. Necesidad de seguridad y protección** Elaborado por: Karina Franco

<b>NECESIDAD DE AFILIACIÓN</b>	
<b>Proximidad</b> <b>Comunicación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problema en el lenguaje</li> <li>2. Índice de Barthel: Dependencia Total</li> <li>3. Índice de Katz: Dependencia en todas las funciones</li> <li>4. Índice de esfuerzo del cuidador de Robinson: Nivel elevado de esfuerzo</li> <li>5. Apoyo insuficiente al cuidador por parte de la familia.</li> <li>6. Sentimientos de frustración por parte del cuidador</li> <li>7. Estrés</li> </ol>

**Tabla 3. Necesidades de Afiliación** Elaborado por: Karina Franco

#### 4.6 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

DIAGNÓSTICOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
<p>Déficit autocuidado: alimentación r/c deterioro neuromuscular m/p incapacidad para coger los alimentos con los utensillos.</p>	<p>Actividad/ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valorar la habilidad del usuario para alimentarse y tomar nota de déficit específico.</li> <li>➤ Observar la causa de la incapacidad para alimentarse independientemente.</li> <li>➤ Asegurarse de que el usuario tiene la dentadura, ayudas auditivas y gafas en su sitio.</li> <li>➤ Proporcionar higiene oral después de cada comida y comprobar si hay comida almacenada.</li> <li>➤ Proporcionar al usuario un entorno agradable y tranquilo para comer, sin distracciones.</li> <li>➤ Cuando ayude al usuario a comer,</li> </ul>

		no mezclar diferentes alimentos.
Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro neuromuscular y cognitivo m/p incapacidad para acceder al cuarto del baño.	Actividad/reposo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proporcionar intimidad, facilitar un área de baño sin circulación y con intimidad.</li> <li>➤ Individualizar el baño mediante la identificación de la función del baño.</li> <li>➤ Utilizar agua tibia.</li> <li>➤ Enseñar al usuario y a su familia a utilizar mecanismos de adaptación para el baño y enseñar técnicas de baño que fomenten la seguridad y prevengan las quemaduras</li> </ul>
Riesgo de cansancio del rol cuidador r/c discapacidad física de la persona que recibe los cuidados.	Rol/relaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vigilar los signos de depresión y deterioro de la salud del cuidador</li> <li>➤ Controlar la calidad del cuidado realizado por el cuidador, su idoneidad y la necesidad de mejoría.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ayudar al cuidador a encontrar tiempo personal para identificar sus propias necesidades, aprender las técnicas de manejo del estrés, programar chequeos regulares de salud, y programar pausas regulares.</li> <li>➤ Animar al cuidador a hablar de sus sensaciones, preocupaciones, incertidumbres y miedos.</li> <li>➤ Validar los sentimientos de la familia respecto al impacto de los cuidados en el estilo de vida familiar y personal.</li> </ul>
--	--	---

**Tabla 4. Oportunidades de mejora** Elaborado por: Karina Franco Fuente: Ackley, B., Ladwig, G. (2007). Diagnósticos de Enfermería.

#### 4.7 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

<b>DOMINIO:</b> 2 Nutrición	<b>CLASE:</b> 1Ingestion	<b>CÓDIGO DE DX:</b> 00103 Deterioro de la deglución						
<b>Definición:</b> Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.								
<b>Diagnóstico:</b> Deterioro de la deglución r/c deterioro neuromuscular y anomalías de la cavidad orofaríngea m/p rechazo de los alimentos, atragantamiento.								
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)								
RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA	
1012: Estado de deglución: fase oral <b>Dominio:</b> Salud Fisiológica (II) <b>Clase:</b> Nutrición (K)	101205 Capacidad de masticación	Grave <b>1</b>	Sustancial <b>2</b>	Moderada <b>3</b>	Leve <b>4</b>	No <b>5</b>	<b>MANTENER</b> <b>2</b>	<b>AUMENTAR</b> <b>3</b>
	101211 Eficacia de la mordedura	Grave <b>1</b>	Sustancial <b>2</b>	Moderada <b>3</b>	Leve <b>4</b>	No <b>5</b>		



CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: C	Control de inmovilidad	CAMPO: 1	Fisiológico básico	CLASE: C	Control de inmovilidad	CAMPO: 1	Fisiológico básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
0846 Cambio de posición: silla de ruedas ➤ Asegurarse de que el tamaño de la silla sea adecuado para los usuarios. El asiento de la silla debe estar al menos entre 7 y 8 cm por encima de la altura de la rodilla. Proveer un asiento para el inodoro si fuera necesario.  ➤ Para un usuario que esta mayormente inmóvil,		➤ Aumentar la altura de una silla puede mejorar de forma drástica la habilidad de muchos usuarios para ponerse de pie. Los asientos bajos, profundos y blandos con apoyabrazos que están muy separados reducen la capacidad de la persona para levantarse y sentarse sin ayuda. ➤ Los peligros de estar mucho tiempo en la cama		0740 Cuidados del paciente encamado  ➤ Evaluar las condiciones de la piel. Establecer un programa de cuidado de la piel que estimule la circulación y maximice los cambios posturales.  ➤ Si el usuario no es capaz de alimentarse, el cuidador deberá sentarse junto a él, deberá colocar su mano o sobre la mano del usuario, sujetando el codo del usuario con la otra mano, y así		➤ La limitación de la movilidad disminuye la circulación a las áreas dependientes. La disminución de la circulación y la erosión colocan al usuario en una situación de riesgo para la aparición de lesiones en la piel. ➤ Esta técnica de alimentación	

<p>minimizar el deterioro cardiovascular colocándole en una posición de sedestación varias veces al día.</p>		<p>son múltiples, serios, se desarrollan rápidamente y revierten muy lentamente. El deterioro de las condiciones del sistema cardiovascular ocurre en el plazo de días y supone cambios en la hidratación, pérdida de líquidos, disminución del volumen minuto cardiaco, disminución de la captación pico de oxígeno y aumento de la frecuencia cardiaca en reposo. (Fletcher, 2005; Kasper et al, 2005; Resnick y Daly, 1998)</p>		<p>ayudara al usuario a comer por sí mismo; utilizar la misma técnica para ayudar al usuario a peinarse.</p>		<p>aumenta la movilidad del usuario, su amplitud de movimiento y su independencia, y de esta manera generalmente los usuarios comen más. (Pedretti, 1996)</p>	
<b>CLASE:</b>	Control de	<b>CAMPO:</b> 1	Fisiológico	<b>CLASE:</b> C	Control de	<b>CAMPO:</b>	Fisiológico

C	inmovilidad		básico		inmovilidad	1	básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<p>1806 Ayuda con los autocuidados: transferencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluar las habilidades de movilidad en el siguiente orden: 1: movilidad en la cama; 2: sedestación con o sin apoyo; 3: movimientos de transición, como por ejemplo de estar sentado a de pie y 4: actividades de pie y andando.</li> <li>➤ Si el usuario esta inmóvil, considerar el uso de una silla de transferencia, una silla que se transforme en camilla.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las habilidades del usuario debe ser evaluados para determinar la mejor manera de facilitar los movimientos y proteger a la enfermera de hacerse daño. (Nelson et al, 2003)</li> <li>➤ El uso de una silla de transferencia en la que el usuario es colocado en una superficie plana y luego sentado en la silla, puede ayudar a usuarios previamente inmóviles a salir de la cama. ( Nelson</li> </ul>		<p>6580 Sujeción física</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Obtener cualquier instrumento de asistencia que sea necesario para la actividad como por ejemplo un cinturón de marcha, caminador, bastón, muletas o silla de ruedas antes de que la actividad comience.</li> <li>➤ Antes de movilizar al usuario, colocar cualquier abrazadera que haya sido indicada.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los instrumentos de asistencia pueden ayudar a aumentar la movilidad. (Nelson et al, 2003)</li> <li>➤ Las abrazaderas mantienen y estabilizan una parte del cuerpo, permitiendo mayor movilidad.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tener mucho cuidado al levantar a un usuario que está prácticamente inmóvil. Asegurarse de bloquear la cama y la silla de ruedas y de tener la cantidad de personal suficiente para proteger al usuario de caídas.</li> <li>➤ Evaluar la presencia en el entorno del hogar de factores que puedan crear barreras para la movilidad física del usuario.</li> <li>➤ Proveer apoyo al usuario</li> </ul>	<p>et al, 2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuando se caen habitualmente los usuarios sufren las lesiones más graves. La medida de prevención más importante para reducir el riesgo de lesiones por caídas en los residentes que no deambulan contempla el aumento de las medidas de seguridad durante las transferencias, incluyendo el bloqueo cuidadoso del equipo como las sillas de ruedas y camas antes de los movimientos. (Thapa et al, 1996)</li> <li>➤ La limitación prolongada de la movilidad puede necesitar un cambio de roles</li> </ul>		
--	--	--	--

y familia/cuidadores durante las limitaciones prolongadas de la movilidad.	dentro de la familia.		
--	-----------------------	--	--

<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/ejercicio	<b>CLASE:</b> 5 Autocuidado	<b>CÓDIGO DE DX:</b> 00102 Déficit autocuidado: alimentación								
<b>Definición:</b> Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de auto alimentación.										
<b>Diagnóstico:</b> Déficit autocuidado: alimentación r/c deterioro neuromuscular m/p incapacidad para coger los alimentos con los utensillos.										
<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>										
<b>RESULTADO(S)</b>		<b>INDICADOR(ES)</b>		<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>					<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
0303: Autocuidados: comer <b>Dominio:</b> Salud Funcional (I) <b>Clase:</b> Autocuidado (D)		030303 Maneja utensillos		Grave <b>1</b>	Sustancial <b>2</b>	Moderada <b>3</b>	Leve <b>4</b>	No <b>5</b>	<b>MANTENER</b> <b>1</b>	<b>AUMENTAR</b> <b>3</b>
		030312 Mastica la comida		Grave <b>1</b>	Sustancial <b>2</b>	Moderada <b>3</b>	Leve <b>4</b>	No <b>5</b>		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: F	Facilitación	CAMPO: 1	Fisiológico básico	CLASE: F	Facilitación	CAMPO: 1	Fisiológico básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<p>1803 Ayuda con los autocuidados alimentación D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valorar la habilidad del usuario para alimentarse y tomar nota de déficit específico.</li> <li>➤ Observar la causa de la incapacidad para alimentarse independientemente.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La valoración funcional proporciona datos de análisis de tareas de AVD para equiparar la habilidad del usuario para alimentarse con el nivel de ayuda del cuidador. (Van Ort y Phillips, 1995)</li> <li>➤ El autocuidados requiere competencia multisistémica. La planificación de programas reconstituyentes es específica para problemas que interfieren en el autocuidado. (Phaneuf, 1996)</li> </ul>		<p>1720 Fomentar la salud bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Asegurase de que el usuario tiene la dentadura, ayudas auditivas y gafas en su sitio.</li> <li>➤ Proporcionar higiene oral después de cada comida y comprobar si hay comida almacenada.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los mecanismos de adaptación aumentan la oportunidad de autocuidado.</li> <li>➤ La incidencia de la neumonía disminuye cuando los usuarios reciben cuidados orales después de cada comida. (Yoneyama et al, 2002)</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colocar al usuario para la alimentación: ayudar al usuario a sentarse recto con las caderas y las rodillas flexionadas, los pies apoyados, el tronco y la cabeza en posición en la línea media y la cabeza ligeramente flexionada con el mentón hacia abajo; para usuarios inmovilizados en cama, utilizar la posición Fowler alta y apoyar la cabeza y el cuello con el cuello ligeramente flexionado.</li> <li>➤ Dar pequeñas cantidades de los alimentos favoritos, uno cada vez, a la temperatura adecuada, con los utensillos inadecuados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La gravedad ayuda a la deglución y la aspiración disminuye cuando se está sentado recto. ( The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000)</li> <li>➤ La ingesta de comida aumenta cuando la comida llama usuario (Kayser Jones y Schell, 1997) y se simplifica para evitar la distracción de los usuarios con traumatismo cerebral o demencia. (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000)</li> <li>➤ La ingesta de comida aumenta cuando se</li> </ul>		
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proporcionar al usuario un entorno agradable y tranquilo para comer, sin distracciones.</li>   <li>➤ Mantener el entorno libre de aparatos y olores de aseo, evitar procedimientos dolorosos antes de las comidas, proporcionar utensilios limpios para los diferentes platos.</li>   <li>➤ Cuando ayude al usuario a comer, no mezclar diferentes alimentos.</li>   <li>➤ Si el usuario no se alimenta solo, sentarse a su lado, poner su mano encima de la del usuario, apoyar el codo del usuario con la</li> </ul>	<p>está concentrado. (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La atención a los aspectos estéticos durante la alimentación aumenta la ingesta de comida. (Keysser Jones and Schell, 1997)</li> <li>➤ Mezclar alimentos disminuye la dignidad del usuario y reduce el atractivo de la comida, reduciendo la ingesta de comida. (Keysser Jones and Schell, 1997)</li> <li>➤ Esta técnica de alimentación aumenta la movilidad, la amplitud de movimientos y la independencia del usuario y generalmente el usuario come más comida. (Yoneyama</li> </ul>		
---	---	--	--



otra mano y ayudar al usuario a que coma solo.	et al, 2002)		
--	--------------	--	--

<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/reposo	<b>CLASE:</b> 5 Autocuidado	<b>CÓDIGO DE DX:</b> 00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene						
<b>Definición:</b> Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.								
<b>Diagnóstico:</b> Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro neuromuscular y cognitivo m/p incapacidad para acceder al cuarto del baño.								
<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>								
RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA	
		Grave 1	Sustancial 2	Moderada 3	Leve 4	No 5	MANTENER 1	AUMENTAR 3
0305: Autocuidados: higiene <b>Dominio:</b> Salud funcional (I) <b>Clase:</b> Autocuidado (D)	030506 Mantiene la higiene bucal							
	030514 Mantiene una apariencia pulcra						2	3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
<b>CLASE:</b> F	Facilitación	<b>CAMPO:</b> 1	Fisiológico básico	<b>CLASE:</b> F	Facilitación	<b>CAMPO:</b> 1	Fisiológico básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<p>1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proporcionar intimidad, facilitar un área de baño sin circulación y con intimidad.</li> <li>➤ Examinar el estado de la piel durante el baño.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El usuario percibe menos intimidad si participa más de un cuidador o si el baño se toma en una área central de baño en la que el personal entre libremente durante el cuidado. (Calkins, 2005)</li> <li>➤ La observación de la piel permite la detección de problemas cutáneos. El baño con una</li> </ul>		<p>1610 Baño</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En el entorno del baño del usuario, se valorara su habilidad para bañarse mediante la observación directa utilizando pruebas de ejecución física por los cuidadores.</li> <li>➤ Individualizar el baño mediante la identificación de la función del baño (p. ej., quitar a orina y el olor), la frecuencia necesaria para conseguir la función y la mejor manera de bañarse (p. ej., toalla, bañera, ducha) para satisfacer las preferencias del usuario, preservar la dignidad del usuario, hacer del baño una experiencia calmante y reducir</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La observación del baño en un entorno atípico puede proporcionar datos falsos, pero el uso de una prueba de ejecución física puede compensarlos y proporcionar datos de habilidad más exactos.</li> <li>➤ El baño individualizado produce una experiencia positiva del baño y preserva la dignidad del usuario. La agresión del usuario aumenta con la ducha (especialmente). La limpieza con toallas aumenta la intimidad y elimina la necesidad de mover al usuario a la</li> </ul>	

	<p>toalla facilita la inspección de la piel.</p>	<p>la agresión del usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuando se baña a un usuario con alteración cognitiva, tener preparados todos los artículos de baño para las necesidades del usuario antes de empezar el baño.</li> <li>➤ Utilizar agua tibia.</li> <li>➤ Enseñar al usuario y a su familia a utilizar mecanismos de adaptación para el baño y enseñar técnicas de baño que fomenten la seguridad y prevengan las quemaduras (p. ej., ponerse en la bañera antes de llenarla con agua, comprobar</li> </ul>	<p>zona de baño; por lo tanto, es una experiencia más calmante que la ducha o el baño. (Perimuther y Camberg, 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las lesiones a menudo se producen cuando se deja solo a un usuario con deterioro cognitivo mientras se buscan artículos olvidados.</li> <li>➤ El agua caliente fomenta la sequedad cutánea.</li> </ul>
--	--	---	---

		la temperatura del agua, vaciar la bañera antes de salir, barras de agarre en la pared, banco en la bañera)	
--	--	---	--

<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/reposo	<b>CLASE:</b> 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar	<b>CÓDIGO DE DX:</b> 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad						
<b>Definición:</b> Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.								
<b>Diagnóstico:</b> Riesgo de intolerancia a la actividad r/c deterioro del estado físico								
<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)</b>								
RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN					PUNTUACIÓN DIANA	
0005: Tolerancia de la actividad <b>Dominio:</b> Salud funcional (I) <b>Clase:</b> Mantenimiento de la energía (A)	000518 Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)	Grave <b>1</b>	Sustancial <b>2</b>	Moderada <b>3</b>	Leve <b>4</b>	No <b>5</b>	<b>MANTENER</b> <b>1</b>	<b>AUMENTAR</b> <b>3</b>
	000503 Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad.	Grave <b>1</b>	Sustancial <b>2</b>	Moderada <b>3</b>	Leve <b>4</b>	No <b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
<b>CLASE:</b> A	Control de actividad	<b>CAMPO:</b> 1	Fisiológico básico	<b>CLASE:</b> A	Control de actividad	<b>CAMPO:</b> 1	Fisiológico básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
0140 Fomentar los mecanismos corporales ➤ Determinar la causa de la intolerancia a la actividad y determinar si la causa es física, psicológica o motivacional.  ➤ Valorar al usuario a diario para determinar si son apropiadas las órdenes de actividad y reposo en cama.  ➤ Si es prioritario el reposo en cama minimizar el		➤ La determinación de la causa de la enfermedad puede ayudar a dirigir las intervenciones adecuadamente.  ➤ El reposo en cama prolongado inapropiado puede contribuir a la intolerancia a la actividad (Kasper, Braunwald y Fauci, 2005)  ➤ El descondicionamiento del sistema cardiovascular se produce a los pocos días e implica desplazamiento de líquidos, pérdida de líquidos, disminución del gasto cardíaco, reducción del pico de absorción de		0180 Manejo de la energía ➤ Monitorizar y anotar la capacidad del usuario para tolerar la actividad: observar la frecuencia del pulso, la presión sanguínea, disnea, uso de músculos accesorios y color cutáneo antes y después de la actividad.  ➤ Observar la integridad cutánea varias veces al		➤ Si se producen los siguientes signos y síntomas de descompensación cardíaca, se debe interrumpir la actividad de inmediato (Wenger, 2001): comienzo de molestias en el pecho, disnea, palpitaciones, fatiga excesiva, confusión, palidez, cianosis, náuseas o insuficiencia circulatoria periférica. ➤ La intolerancia a la actividad puede conducir a úlceras por presión. La presión mecánica, la humedad, la fricción	

<p>descondicionamiento cardiovascular posicionando al usuario en una postura erguida varias veces al día.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enseñar al usuario y a la familia la importancia del mantenimiento de la nutrición, el reposo y el uso de suplementos dietéticos si procede.</li> <li>➤ Enseñar a la familia la importancia de la nutrición adecuada.</li> <li>➤ Describir al cuidador</li> </ul>	<p>oxígeno e incremento de la frecuencia respiratoria en reposo. (Resnick, 1998; Fletcher, 2005; Kasper, Braunwald y Fauci, 2005 )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La enfermedad puede eliminar el apetito, conduciendo a la nutrición inadecuada. Adaptar las actividades a la capacidad de la energía y el descanso necesario es importante para asegurarse del que el usuario no se excede en su capacidad.</li> </ul>	<p>día.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valorar la presencia de estreñimiento.</li> <li>➤ Observar la presencia de dolor antes de la actividad. Si fuera posible, tratar el dolor antes de la actividad y asegurarse de que el usuario no está muy sedado.</li> </ul>	<p>y las fuerzas de cizallamiento predisponen a su desarrollo. (Resnick, 1998; Kasper, Braunwald y Fauci, 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El deterioro de la movilidad está asociado al incremento del riesgo de estreñimiento.</li> <li>➤ El dolor impone restricciones al usuario para lograr el nivel máximo de actividad y a menudo este se incrementa con el movimiento.</li> </ul>
--	--	--	---

<p>los síntomas de la intolerancia a la actividad, incluyendo los síntomas que deben comunicarse al médico.</p> <p>➤ Explicar al cuidador como usar los dispositivos de ayuda o medicaciones antes y durante la actividad.</p>			
--	--	--	--

<b>DOMINIO:</b> 11 Seguridad/protección	<b>CLASE:</b> 2 Lesión física	<b>CÓDIGO DE DX:</b> 00155 Riesgo de caídas						
<b>Definición:</b> Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.								
<b>Diagnóstico:</b> Riesgo de caídas r/c uso de silla de ruedas y deterioro de la movilidad física.								
<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>								
<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>					<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
0210: Realización de transferencia <b>Dominio:</b> Salud funcional (I) <b>Clase:</b> Movilidad (C)	021001 Traslado de la cama a la silla. 021002 Traslado de la silla a la cama						<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
		Grave	Sustancial	Moderada	Leve	No	<b>1</b>	<b>3</b>
	021007 Traslado de la silla de ruedas al aseo. 021008 Traslado del aseo a la silla de ruedas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
		Grave	Sustancial	Moderada	Leve	No	<b>1</b>	<b>3</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>		



CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
<b>CLASE:</b> V	Control de riesgos	<b>CAMPO:</b> 4	Seguridad	<b>CLASE:</b> V	Control de riesgos	<b>CAMPO:</b> 4	Seguridad
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
6486 Manejo ambiental: seguridad ➤ Valorar la presencia de factores adicionales que lleven a un aumento de riesgo de caídas.		➤ Un estudio de individuos que recibían servicios de atención domiciliaria observo que los factores de riesgo incluían historia médica. (alteración neurológica o cardiológica); uso de medicación (medicación antipsicótica y antidepresivos tricíclicos) e historia de caídas (recurrencia de caídas durante los tres meses previos) (Lewis et al, 2004)		6490 Prevención de caídas ➤ Valorar las habilidades de estabilidad y movilidad de todos los usuarios (supino o sentado, sentado con soporte y sin soporte, sentado a bipedestación, caminar y darse la vuelta, transferencias, agacharse hasta el suelo y levantarse y sentarse).		➤ Es útil para determinar las habilidades funcionales del usuario y planificar maneras de mejorar áreas problemáticas o determinar métodos para garantizar la seguridad. (Macknight y Rockwood, 1996; Tinetti, 2003)	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valorar el entorno del hogar y la posibilidad de amenazas para la seguridad: el desorden, suelos resbaladizos, colocar alfombras, escaleras peligrosas y huecos de escaleras, entradas bloqueadoras, cables alargadores (a través del pasillo), camas altas, animales domésticos y excrementos de estos. Utilizar cera acrílica antideslizante, alfombras no deslizantes, barandas en las escaleras.</li> <li>➤ Evaluar la necesidad de elementos de seguridad en el área de baño. (p. ej., asideros, silla de ducha, ducha manual)</li> <li>➤ Asegurar en el hogar una iluminación apropiada, que no deslumbre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los usuarios que presentan disminución de la movilidad, alteraciones visuales y alteraciones neurológicas, incluyendo demencia y otro déficit funcionales cognitivos, están en riesgo de presentar lesiones por peligros comunes. Estas recomendaciones demostraran ser efectivas en la reducción de caídas. (Tinetti, 2003)</li> <li>➤ Hasta el 79% de los pacientes tiene una iluminación inadecuada en sus hogares, lo que les predispone a presentar caídas. (Slay, 2002)</li> </ul>		
<b>CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)</b>			

<b>CLASE:</b> H	Control de fármacos	<b>CAMPO:</b> 2	Fisiológico complejo	<b>CLASE:</b> C	Control de la inmovilidad	<b>CAMPO:</b> 1	Fisiológico básico
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>				<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>		<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>	
2380 Manejo de la medicación ➤ Revisar la medicación que lleva el usuario para determinar si aumenta el riesgo de caídas; si se considera apropiado, consultar al médico en relación a la necesidad de la medicación que lleva el usuario.		➤ La polifarmacia, o la toma de más de cuatro medicamentos, se ha asociado con un aumento en la frecuencia de caídas. Medicamentos como las benzodiacepinas y antipsicóticos y antidepresivos indicados para mejorar el sueño en realidad aumentan el índice de caídas (Capezuti, 1996). El uso de inhibidores selectivos de la recepción de serotonina y		0960 Transporte ➤ Ser muy cuidadoso al levantar a un usuario que se encuentra mayormente inmóvil. Cerciorarse de bloquear las ruedas de la cama y silla de ruedas y de tener el personal suficiente para proteger al usuario de posibles caídas.		➤ La medida preventiva más importante para reducir el riesgo de caídas perjudiciales para pacientes no ambulatorios abarca el aumento de las medidas de seguridad durante la transferencia, incluyendo asegurar con cuidado equipos tales como las sillas de ruedas y las camas antes de los movimientos (Thapa et al, 1996). Estos usuarios inmóviles frecuentemente reciben los daños más graves al caer.	

	<p>antidepresivos tricíclicos tiene como consecuencia el aumento de la incidencia de caídas. (Liu et al, 1998; Thapa et al, 1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ayudar a los usuarios a sentarse en sillas estables. Evitar el uso de sillas de ruedas o en una silla geriátrica a excepción de cuando sea necesario para el transporte.</li> <li>➤ Asegurarse de que la silla o silla de ruedas sea adecuada para la complexión física, habilidades y necesidades del usuario para garantizar la propulsión con las piernas o brazos y la capacidad para alcanzar el suelo, eliminando los apoyapiés y minimizando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los usuarios pueden caerse cuando se dejan en una silla de ruedas o en una silla geriátrica porque pueden intentar ponerse de pie sin bloquear las ruedas o sin quitar los apoyapiés. Las sillas de ruedas no aumentan la movilidad; las personas se quedan sentadas en ellas la mayor parte del tiempo. (Lipson y Braun, 1993; Simmons et al, 1995)</li> <li>➤ Los sistemas para sentarse deben adecuarse a las necesidades del usuario de tal manera que el mismo pueda mover las ruedas, ponerse de pie de la silla sin caerse y que la silla no le provoque ningún</li> </ul>
--	---	---	--

		los problemas con su uso.	daño. Los apoyapiés pueden producir lesiones en la piel y hematomas, así como alteraciones posturales y problemas posturales de sedestación. (Nelson et al, 2004; Rader et al, 2000)
--	--	---------------------------	--

<b>DOMINIO:</b> 7 Rol/relaciones	<b>CLASE:</b> 1 Roles del cuidador	<b>CÓDIGO DE DX:</b> 00062 Riesgo de cansancio del rol cuidador						
<b>Definición:</b> El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.								
<b>Diagnóstico:</b> Riesgo de cansancio del rol cuidador r/c discapacidad física de la persona que recibe los cuidados.								
<b>CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)</b>								
<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>					<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
2203: Alteración del estilo de vida del cuidador principal. <b>Dominio:</b> Salud	220315 Trastorno de la rutina. 220317 Trastorno de						<b>MANTENER</b>	<b>AUMENTAR</b>
		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	<b>2</b>	<b>3</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

familiar (VI) <b>Clase:</b> Ejecución del cuidador familiar (W)	la dinámica familiar.  220305 Relaciones con otros miembros de la familia.						1	3
		Grave	Sustancial	Moderada	Leve	No		
		1	2	3	4	5		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE: X	Cuidados de la vida	CAMPO: 5	Familia	CLASE: X	Cuidados de la vida	CAMPO: 5	Familia
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
7040 Apoyo al cuidador principal ➤ Vigilar los signos de depresión y deterioro de la salud del cuidador, especialmente si la situación familiar es mala, si el receptor de los		➤ El dar cuidados puede mermar el sistema inmune y predispone al cuidador a sufrir enfermedades en		7260 Cuidados intermitentes ➤ Usar un sistema de evaluación para determinar la carga del cuidador y la tensión de su papel. Se han diseñado varios		➤ La investigación ha validado la efectividad de varios sistemas de evaluación para el estrés del cuidador incluyendo Caregiver	

<p>cuidados tiene síntomas cognitivos y neuropsiquiátricos, si dispone de escaso apoyo social, si el cuidador no se aclara con el cuidado, si el cuidador es mujer o tiene poca capacidad física o salud emocional previas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Controlar la calidad del cuidado realizado por el cuidador, su idoneidad y la necesidad de mejoría.</li> <li>➤ Ayudar al cuidador a encontrar tiempo personal para identificar sus propias necesidades, aprender las técnicas de manejo del estrés, programar chequeos regulares de salud, y programar pausas regulares.</li> <li>➤ Animar al cuidador a hablar de sus sensaciones, preocupaciones,</li> </ul>	<p>algunas situaciones (Mills et al, 2002; Redwine et al, 2004). La incidencia de depresión en la familia de los cuidadores se estima que es del 40 al 50%. (Schulz y Martire, 2004; Knop, Bergman-Evans y McCabe, 1998)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El autocuidado es importante para el cuidador. El mantenimiento del bienestar personal puede aumentar la resistencia, la energía y la autoestima, e incrementar la calidad del cuidado suministrado. (Ruppert, 1996)</li> <li>➤ Los profesionales deben escuchar a los cuidadores y</li> </ul>	<p>sistemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Usar un sistema de valuación para determinar los posibles recursos del cuidador, como la capacidad, el apoyo social, el optimismo y los aspectos positivos del cuidado.</li> <li>➤ Analizar la tensión asociada al papel del cuidador al inicio de su implicación en los cuidados, a intervalos regulares durante estos, y con los cambios surgidos en el receptor de cuidados y las modificaciones de ellos.</li> </ul>	<p>Reaction Assessment (Given et al, 1992). Los sistemas de evaluación del cuidador deben ser multidimensionales y valorar el impacto del cuidado proporcionado en múltiples aspectos de su vida, como la carga, la depresión y la angustia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aquellas situaciones de cuidados que duran varios meses o años pueden determinar un desgaste que acaba con los mecanismos de aguante del cuidador y sus recursos disponibles. Además, los cambios en la salud del receptor de cuidados necesitan nuevos esfuerzos y controles por parte del cuidador que afectan a su capacidad para continuar con su tarea.</li> <li>➤ La violencia del cuidador es posible,</li> </ul>
---	--	--	--

<p>incertidumbres y miedos. Reconocer la frustración asociada a las responsabilidades del cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Validar los sentimientos de la familia respecto al impacto de los cuidados en el estilo de vida familiar y personal.</li> <li>➤ Valorar la influencia de creencias culturales, normas, valores y</li> </ul>	<p>notar las expresiones de respuestas positivas y negativas referentes a los cuidados. (Narayan et al, 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La validación es una técnica de comunicación terapéutica que permite saber al individuo que la enfermera ha escuchado y entendido lo que ha dicho. (Heineken, 1998)</li> <li>➤ Como las visiones familiares del cuidador pueden basarse en las percepciones culturales (Leininger y McFarland, 2002; Cochran, 1998; Doswell y Erlen, 1998; Guarnaccia, 1998)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Observar cualquier evidencia de violencia o abuso por el cuidador o el receptor de cuidados; si la evidencia existe, hablar por separado con el cuidador y el receptor de cuidados.</li> <li>➤ Ayudar al cuidador a valorar su situación socioeconómica (servicios reembolsados por la compañía de seguros, apoyo a través</li> </ul>	<p>especialmente si la persona cuidada en el pasado era violenta con el cuidador. (Brandle y Raymond, 1997)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ingresos bajos y recursos financieros limitados pueden angustiar al cuidador, en particular si los cuidados tienen un coste económico añadido. (Nijboer et al, 2001; Hayman et al, 2001)</li> </ul>
--	--	--	--



<p>expectativas en la experiencia familiar del cuidador.</p> <p>➤ Valorar e identificar el efecto de la propia salud del cuidador en la sobrecarga de su papel.</p>		<p>de organizaciones religiosas y de la comunidad).</p>	
---	--	---	--

## V. CONCLUSIONES

- ❖ La evolución de un paciente con epilepsia debe ser analizado de una manera concisa y minuciosa, enfocándose en la terapia farmacológica, la misma que puede causar eventos secundarios en la salud del paciente.
- ❖ No existió un seguimiento domiciliario eficaz por parte del personal de primer nivel de salud.
- ❖ Existió una demora en el diagnóstico de la patología en el paciente y por ende su derivación a una unidad de salud especializada para un manejo multidisciplinario y oportuno.
- ❖ Se diseñó un plan de intervenciones de enfermería aplicable a la patología del paciente.
- ❖ Los patrones que se lograron cumplir fueron los siguientes: Actividad/ejercicio, Actividad/reposo, Rol/relaciones.
- ❖ Se recomienda llevar de una manera más ordenada la historia clínica debido a que es un documento legal que debe ser llenado con claridad y contar con la información detallada de la evolución del paciente.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackley, B., Ladwig, G. (2007). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Madrid. España: Elsevier.

Bellido, J., Lendínez, J. (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes nnn (1ªed.). Jaén. España.

Longo, D., Fauci, A., & otros. (2013). Harrison Manual de Medicina. México D.F: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Mercadé, J., Sancho, J., López, F., Salas, X. (2012). Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Pasaje de la Virgen de la Alegría. Madrid. Luzán 5, s.a.

Ministerio de Salud. (2013-2014). Ministerio de Salud. Guía Clínica Epilepsia en Adultos. Santiago: Minsal, ISBN: Fecha 1ª Edición: Enero 2005, Fecha 2ª Edición: 2008, Fecha 3ª Edición: Julio 2014.

Rodríguez, J.L. (2012). Consulta Rápida Medicina Interna. Madrid. España: Marbán Libros, S.L., ISBN: 978-84-7101-817-5.

Salazar, A., López, D. (2007, octubre). Epilepsia: aspectos básicos para la práctica psiquiátrica (Vol. 36, pp.1-7). Revista Colombiana de Psiquiatría.

Targas, E., Contreras, G., Ríos, L. (2014). Tratamiento Farmacológico de las Epilepsias. Bela Vista-Sao Paulo, sp: leitura médica Ltda., ISBN: 978-85-61125-98-1.

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

**PROQUEST:** Battiston, John Joseph, Jr (1999). Quantitative analysis of EEG for the detection and localization of seizures in patients with medically refractory epilepsy. Recuperado el 07 de Septiembre del 2015. Disponible en <http://search.proquest.com/docview/304503471>

**PROQUEST:** Ryvlin, Philippe; Cross, J Helen; Rheims, Sylvain (2014). Epilepsy surgery in children and adults. Recuperado el 07 de Septiembre del 2015. Disponible en [http://media2.proquest.com/documents/lancet\\_prosheet.pdf](http://media2.proquest.com/documents/lancet_prosheet.pdf)

**PROQUEST:** Legros; Boon; De Jonghe; Sadzot; Van Rijckevorsel; et al (2009). Opinion of Belgian neurologists on antiepileptic drug treatment in 2006: Belgian study on epilepsy treatment (BESET-2). Recuperado el 07 de Septiembre del 2015. Disponible en [http://media2.proquest.com/documents/derwentdrugfile\\_prosheet.pdf](http://media2.proquest.com/documents/derwentdrugfile_prosheet.pdf)

**SPRINGER:** (28 March, 2011/New York). New direction for epilepsy treatment. Recuperado el 07 de Septiembre del 2015. Disponible en <http://www.springer.com/about+springer/media/springer+select?SGWID=0-11001-6-1118321-0>

**SPRINGER:** (5 December, 2011/New York). A more ethical way to compare epilepsy treatments. Recuperado el 07 de Septiembre del 2015. Disponible en <http://www.springer.com/about+springer/media/springer+select?SGWID=0-11001-6-1313422-0>

## **LINKOGRAFÍA**

Acevedo, C. Dr., Miranda, Dr., C. & otros. (Panamá, 2008). Informe sobre la Epilepsia en Latinoamérica. Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <http://www.ibe-epilepsy.org/downloads/Latin%20American%20Regional%20Report%20Spanish.pdf>

Carissa F. Etienne. Dra. (Washington, D.C. 2013). Informe sobre la Epilepsia en América Latina y el Caribe. Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de Organización Mundial de la Salud. Disponible en [http://www.epilepsybuenosaires2014.org/\\_fileupload/docs/PAHO%20Epilepsy%20Report%20Spanish%202013.pdf](http://www.epilepsybuenosaires2014.org/_fileupload/docs/PAHO%20Epilepsy%20Report%20Spanish%202013.pdf)

Carpio, A., Placencia, M., & otros. (2001). Perfil de la Epilepsia en el Ecuador. Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de Revista de neurología. Disponible en [http://www.epilepsiaecuador.org/campusabbot/modulos/documentos/modulo2\\_LECTURA\\_2.pdf](http://www.epilepsiaecuador.org/campusabbot/modulos/documentos/modulo2_LECTURA_2.pdf).

Diario el Comercio. (Noviembre 16, 2012). Ecuador carece de una política para combatir la epilepsia. Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de Organización Panamericana de la Salud. Disponible en [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=809%3Anoviembre-16-2012&Itemid=356](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=809%3Anoviembre-16-2012&Itemid=356)

Rodríguez, P. (2012). Diagnóstico y tratamiento del estado epiléptico. Recuperado el 8 de Septiembre del 2015. Disponible en <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/51/195>

**VII. ANEXOS**  
**ANEXO 1**

**EXÁMENES DE LABORATORIO 08/07/2014**

<b>Hematológico</b>	
<b>Hematocrito</b>	35%
<b>Hemoglobina</b>	11.2 g/dl
<b>VCM</b>	92.1
<b>HCM</b>	30.2
<b>Leucocitos</b>	3.000 mmc
<b>Monocitos</b>	5%
<b>SEGME</b>	20%
<b>Linfocitos</b>	75%
<b>Glóbulos rojos</b>	3'850.000
<b>Química Sanguínea</b>	
<b>Glucosa en ayunas</b>	59 mg/dl
<b>Urea</b>	37.6 mg/dl
<b>Creatinina</b>	NHR mg/dl
<b>Colesterol total</b>	89.7 mg/dl
<b>Triglicéridos</b>	46.9 mg/dl
<b>Uroanálisis</b>	
<b>Densidad</b>	1.015
<b>pH</b>	7
<b>Piocitos por campo</b>	2-3
<b>Eritrocitos por campo</b>	0-1
<b>Células altas</b>	3-5
<b>Bacterias</b>	+

Tabla 5. Examen de Laboratorio Fuente: Historia Clínica

## ANEXO 2

### ESCALA DE DISNEA DE BORG





	0	Sin disnea
	0.5	Muy, muy leve. No se nota
	<b>1</b>	<b>Muy leve</b>
	2	Leve
	3	Moderada
	4	Algo severa
	5	Severa
	6	
	7	Muy severa
	8	
	9	
	10	Muy, muy severa (casi máximo)
	.	Máxima

Tabla 6. Índice de Borg

Fuente: <http://muyenforma.com/escala-de-borg.html>

### ANEXO 3

#### ÍNDICE DE BARTHEL AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo Likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Ítem	Situación del paciente	Puntos
<b>Comer</b>	<input type="radio"/> Totalmente independiente.	10
	<input type="radio"/> Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	<input type="radio"/> Dependiente	0
<b>Lavarse</b>	<input type="radio"/> Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	<input type="radio"/> Dependiente	0
<b>Vestirse</b>	<input type="radio"/> Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa,	10



	<ul style="list-style-type: none"> <li>abotonarse, atarse los zapatos.</li> <li><input type="radio"/> Necesita ayuda</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> </ul>	<p>5</p> <p>0</p>
<b>Arreglarse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse.</li> <li><input type="radio"/> Dependiente</li> </ul>	<p>5</p> <p>0</p>
<b>Deposiciones (valórese la semana previa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Continencia normal</li> <li><input type="radio"/> Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.</li> <li><input type="radio"/> Incontinencia</li> </ul>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>
<b>Micción (valórese la semana previa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Continencia normal o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.</li> <li><input type="radio"/> Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda.</li> <li><input type="radio"/> Incontinencia</li> </ul>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>
<b>Usar el retrete</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la</li> </ul>	<p>10</p>

	<p>ropa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.</li> <li>○ Dependiente</li> </ul>	<p>5</p> <p>0</p>
<b>Trasladarse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Independiente para ir del sillón a la cama</li> <li>○ Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo</li> <li>○ Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.</li> <li>○ Dependiente</li> </ul>	<p>15</p> <p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>
<b>Deambular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Independiente, camina solo 50 metros</li> <li>○ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.</li> <li>○ Independiente en silla de ruedas sin ayuda.</li> <li>○ Dependiente</li> </ul>	<p>15</p> <p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>
<b>Escalones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Independiente para bajar y subir escaleras.</li> <li>○ Necesita ayuda física o supervisión</li> </ul>	<p>10</p> <p>5</p>

	para hacerlo. ○ Dependiente	0
<b>Total:</b>		<b>20 puntos</b>

**Tabla 7. Índice de Barthel** Fuente: <http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf>

## ANEXO 4

### VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

#### ÍNDICE DE KATZ

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 6 ítems dicotómicos. El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del W.C, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como **C, D, E** o **F**.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

<b>1. Baño</b>	<b>Independiente.</b> Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	X
<b>2. Vestido</b>	<b>Independiente.</b> Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	<b>Dependiente.</b> No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	X
<b>3. Uso del W.C</b>	<b>Independiente:</b> Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	<b>Dependiente.</b> Precisa ayuda para ir al W.C.	X
<b>4. Movilidad</b>	<b>Independiente.</b> Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y	

	levantarse de una silla por sí mismo.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	X
<b>5. Continencia</b>	<b>Independiente.</b> Control completo de micción y defecación.	
	<b>Dependiente.</b> Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	X
<b>6. Alimentación</b>	<b>Independiente.</b> Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	X
<b>Puntuación total:</b>		<b>6 puntos</b>

Tabla 8. Índice de Katz Fuente: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario\\_de\\_oviedo\\_del\\_sueno.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_oviedo_del_sueno.pdf)

## ANEXO 5

### ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR DE ROBINSON –IEC

#### ESFUERZO O SOBRECARGA DEL CUIDADOR

**Población diana:** Población cuidadora de personas dependientes en general. Se trata de una **entrevista semiestructurada** que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	<b>SI</b>	NO
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).	<b>SI</b>	NO
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).	<b>SI</b>	NO
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).	SI	<b>NO</b>
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	<b>SI</b>	NO
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	<b>SI</b>	NO
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)	<b>SI</b>	NO
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)	<b>SI</b>	NO
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	<b>SI</b>	NO
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado	<b>SI</b>	NO

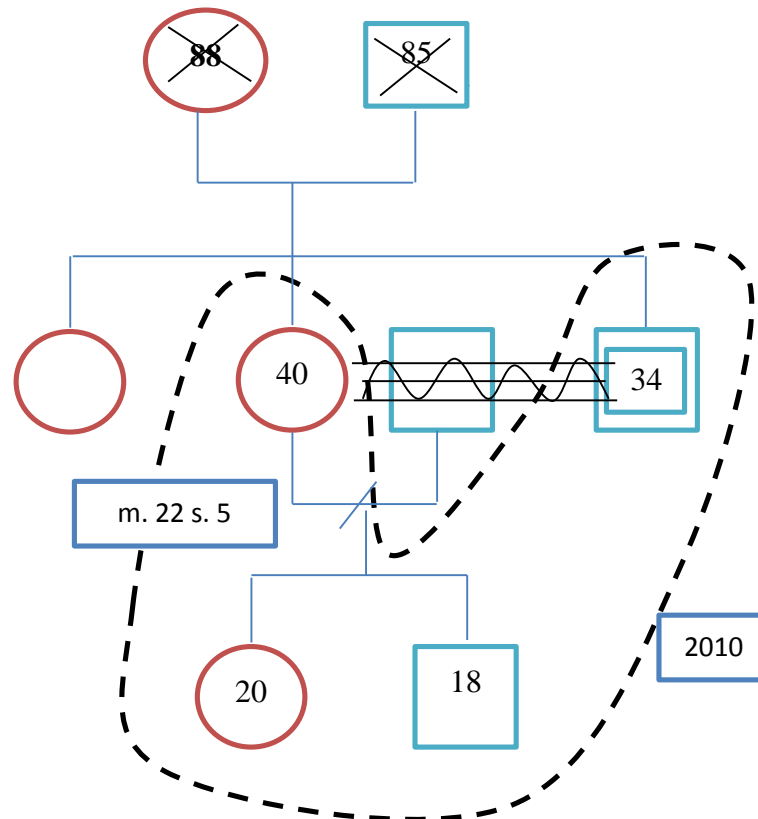
tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).		
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	SI	NO
12. Es una carga económica	SI	NO
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).	SI	NO
Puntuación total	<b>11 puntos</b>	

**Tabla 9. IEC** Fuente: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice\\_de\\_esfuerzo\\_del\\_cuidador.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice_de_esfuerzo_del_cuidador.pdf)



ANEXO 6

FAMILIOGRAMA



Hombre	
Mujer	
Unión matrimonial	
Unión libre	
Divorcio o separación	
Unión entre hermanos	
Ausencia de un miembro no por muerte	
Ausencia de un miembro por muerte	
Edad de los integrantes	
Comunicación afectiva fuerte	

Gráfico 1. Familiograma ELABORADO POR: KARINA FRANCO

ANEXO 7

ECOMAPA

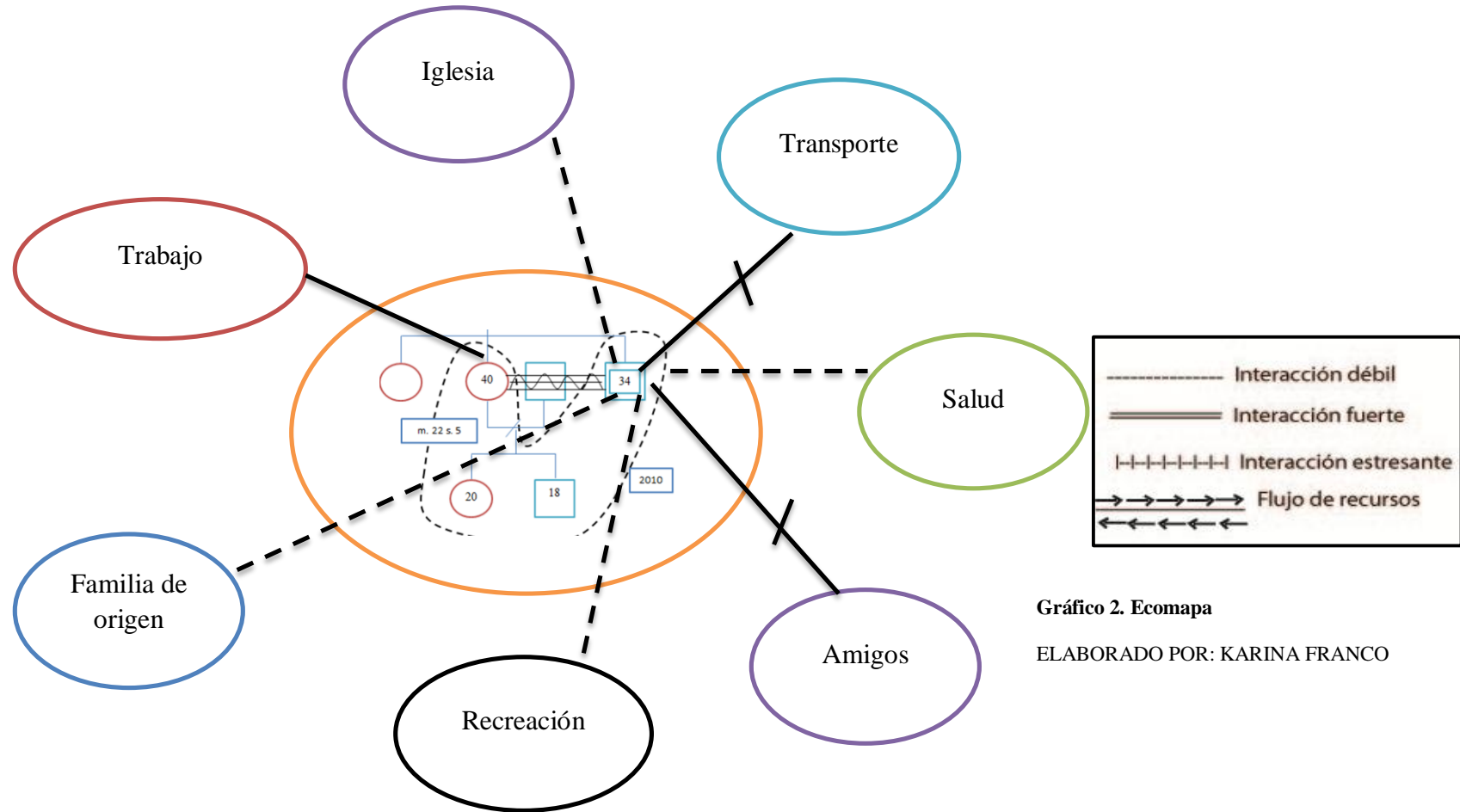


Gráfico 2. Ecomapa

ELABORADO POR: KARINA FRANCO

## ANEXO 8

### NECESIDAD 1.- NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
<b>¿Tiene dificultad para respirar?</b>	Si ( X ) No( ) <b>Familiar refiere:</b> Cada vez que le da una crisis epiléptica no puede respirar, pero luego se le pasa.
<b>¿Desde cuándo tiene la dificultad respiratoria?</b>	<b>Familiar refiere:</b> Desde que comenzaron las crisis epilépticas.
<b>¿Ha empeorado la dificultad respiratoria recientemente?</b>	Si ( ) No( X )
<b>¿Al levantarse siente que le falta el aire?</b>	Si ( ) No( X )
<b>¿La dificultad respiratoria ocurre cuando está en reposo?</b>	Si ( ) No( X )
<b>¿Sufre de ahogos durante las noches?</b>	Si ( ) No( X )
<b>¿El paciente siente agitación al realizar alguna actividad?</b>	Si ( ) No( X )
<b>¿Sufre de tos continua?</b>	Si ( ) No( X )
<b>¿El paciente ha presentado cianosis (uñas, labios se tornan morados)?</b>	<b>Familiar refiere:</b> SI, cuando tiene una crisis epiléptica, sus labios se ponen morados.
<b>¿Ha fumado alguna vez en su vida?</b>	Si ( ) No( X )
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b> Familiar refiere dificultad respiratoria y cianosis en los labios cuando presenta una crisis epiléptica.</li> </ul>	

- **Datos objetivos:** Escala de disnea de Borg Grado 1 (Muy Leve) Aplicada después de crisis convulsiva. FR: 24X', Sat O<sub>2</sub>: 96%.

**Tabla 10. Necesidad 1** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

**ANEXO 9**

**NECESIDAD 2.- NECESIDAD DE COMER Y BEBER  
ADECUADAMENTE**

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
¿Cuántas veces al día come?	<b>Familiar refiere:</b> Tres veces al día
¿Tiene un horario específico de comidas?	<b>Familiar refiere:</b> Desayuno.- 7:30; Almuerzo.- 14:00; Merienda.- 20:00
¿Sigue algún régimen de dieta en especial?	Si ( ) No ( X )
¿Tiene todas las piezas dentales completas?	Si ( ) No ( X )
¿Ha perdido el apetito?	<b>Familiar refiere:</b> En el mes por lo menos una semana se encuentra irritable por lo que no ingiere alimento.
¿Ha tenido una baja brusca de peso durante los últimos meses?	Si ( ) No ( X )
¿Presenta algún problema al momento de masticar o deglutir los alimentos?	<b>Familiar refiere:</b> Alimentos duros como las papas necesita que se le sirva en puré para poder comer, los demás alimentos los ingiere sin ningún problema.
¿Tiene náusea o vomito luego de ingerir alimentos?	Si ( ) No ( X )
¿El paciente necesita algún tipo de ayuda para alimentarse?	<b>Familiar refiere:</b> SI, la comida se le da en la boca porque él no puede sostener la cuchara por sí solo.

### Exploración física

- **Datos subjetivos:**

Familiar refiere que paciente ingiere tres comidas diarias, que por lo menos una semana al mes no consume alimentos, que alimentos duros deben hacerse puré para que los ingiera y la comida se le da en la boca porque no puede sostener la cuchara.

- **Datos objetivos:**

Dentadura incompleta

Índice de Barthel: 20 PUNTOS (Dependencia total).

Peso: 65 kg.

Talla: 1.75 cm      IMC: 21.22 kg/m<sup>2</sup> (peso normal)

**Tabla 11. Necesidad 2** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

**ANEXO 10**

**NECESIDAD 3.- NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS VÍAS CORPORALES**

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
¿Sufre de estreñimiento?	Si ( ) No ( X )
¿Sufre de incontinencia fecal?	Si ( ) No ( X )
¿Utiliza pañal?	<b>Familiar refiere:</b> SI, al no poder movilizarlo al baño necesita de un pañal, que se le cambia dos veces al día.
¿Qué características tienen las heces?	<b>Familiar refiere:</b> No tienen mal olor y son de color café.
¿Sufre de incontinencia urinaria?	Si ( ) No ( X )
¿Necesita de ayuda para trasladarse al baño?	Si ( X ) No ( )
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b> Familiar refiere que paciente utiliza pañal el mismo que se cambia dos veces al día, las heces no tienen mal olor y son de color café y paciente necesita ayuda para ir al baño.</li> <li>• <b>Datos objetivos:</b> Índice de Barthel: 20 PUNTOS (Dependencia total).</li> </ul>	

**Tabla 12. Necesidad 3** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

**ANEXO 11**

**NECESIDAD 4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS**

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
¿Realiza alguna actividad o ejercicio físico?	<b>Familiar refiere:</b> Solo con ayuda, para caminar hay que sostenerle entre dos personas, pero utiliza más la silla de ruedas.
¿Con que frecuencia realiza actividad física?	<b>Familiar refiere:</b> Dos veces a la semana
¿Necesita de ayuda para movilizarse de un lugar a otro?	<b>Familiar refiere:</b> SI, para caminar necesita el apoyo de dos personas, pero la mayoría de veces se le moviliza en la silla de ruedas.
¿Qué equipo o dispositivo utiliza para desplazarse?	<b>Familiar refiere:</b> Silla de ruedas
¿Cuál es la situación habitual del paciente?	Deambulando ( ) Sillón-Cama ( X ) Encamado ( )
¿Qué postura adopta habitualmente?	Sentado ( ) De pie ( ) Acostado ( X )
¿Se le dificulta coger las cosas?	Si ( X ) No ( )
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b></li> </ul> <p>Familiar refiere solo con ayuda puede caminar, pero más utiliza la silla de ruedas, que dos veces a la semana realiza actividad física, necesita ayuda para movilizar, la situación habitual es del Sillón a la Cama y se le dificulta tomar cosas con las manos.</p>	



- **Datos objetivos:**

Índice de Barthel: 20 PUNTOS (Dependencia total). Paciente permanece acostado.

**Tabla 14. Necesidad 4** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

**ANEXO 12**

**NECESIDAD 5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
¿Ha notado que el paciente no puede dormir en la noche?	<b>Familiar refiere:</b> SI, hay días en los que esta irritable y no se duerme rápidamente. Hace sonidos o grita pero solo por unos minutos luego se queda dormido.
¿Cuántas horas duerme en la noche?	<b>Familiar refiere:</b> Aproximadamente 8 horas.
¿Duerme durante el día?	<b>Familiar refiere:</b> A veces, no muy a menudo.
¿Tiene un horario fijo para dormir y para despertarse?	<b>Familiar refiere:</b> Frecuentemente duerme a las 21:00 y se despierta a las 07:00
¿Después de dormir percibe cansancio?	<b>Familiar refiere:</b> Hay días en los que amanece irritable pero no cansado.
¿Cuál es el lugar en el que descansa?	Cama ( X ) Sillón ( )
¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?	Si ( X ) No ( )
¿Utiliza algún tipo de fármacos para conciliar el sueño?	Si ( ) No ( X ) <b>Familiar refiere:</b> Antes tomaba medicación para dormir pero tenía convulsiones seguidas por lo que el médico suspendió la medicación.
<b>Exploración física</b>	

- **Datos subjetivos:**

Familiar refiere que no puede dormir en la noche, hace ruidos o grita pero luego duerme, que duerme aproximadamente 8 horas, paciente a veces duerme en el día, no muy a menudo, tiene un horario fijo para dormir, hay días en los que amanece irritable, el paciente descansa en la cama.

Familiar refiere que si tiene dificultad para conciliar el sueño.

Familiar refiere que no consume fármacos para dormir.

- **Datos objetivos:**

Paciente irritable.

**Tabla 15. Necesidad 5** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

### ANEXO 13

#### NECESIDAD 6.-NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
<b>¿Escoge la ropa para vestirse?</b>	<b>Familiar refiere:</b> NO, yo le cambio de ropa.
<b>¿Se puede vestir solo?</b>	Si ( ) No ( X )
<b>¿Se puede desvestirse solo?</b>	Si ( ) No ( X )
<b>¿Quién le ayuda en la vestimenta?</b>	<b>Familiar refiere:</b> Cuidador (hermana), o la sobrina.
<b>¿Por qué no puede vestirse solo?</b>	<b>Familiar refiere:</b> Él tiene el 95% de discapacidad, no puede movilizarse y no puede tomar objetos entre sus manos.
<b>¿Desde cuándo no puede vestirse y desvestirse?</b>	<b>Familiar refiere:</b> Desde aproximadamente 20 años, desde que comenzó la enfermedad.
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b> Familiar refiere que paciente no escoge su ropa, que ella o su hija le ayudan a vestirse, además tiene 95% de discapacidad, no puede moverse, ni tomar objetos con las manos.</li> <li>• <b>Datos objetivos:</b> Índice de Katz: 6 PUNTOS; Grado G.- Incapacidad severa (Dependiente en todas las funciones). Se aprecia olor a orina en el ambiente.</li> </ul>	

**Tabla 16.Necesidad 6** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

## ANEXO 14

### NECESIDAD 7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
¿Ha presentado fiebre en los últimos meses?	Si ( ) No ( X )
¿Ha sufrido de escalofríos?	Si ( ) No ( X )
¿Se adapta con facilidad a los cambios de temperatura frío/calor?	Si ( X ) No ( )
¿Qué medidas utiliza para los diferentes cambios de temperatura?	<b>Familiar refiere:</b> Cuando hace demasiado frío utiliza ropa térmica, se le coloca más cobijas.
¿Qué tipo de acondicionamiento tiene la vivienda para mantener una temperatura adecuada?	<b>Familiar refiere:</b> Por el lugar en donde vivimos hace mucho frío por lo que se coloca más cobijas y ropa abrigada cuando hace mucho frío.
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b> Familiar refiere que paciente se adapta a cambios de temperatura. Familiar refiere que utiliza ropa térmica y cobijas cuando hace mucho frío.</li> <li>• <b>Datos objetivos:</b> T: 36.6°C</li> </ul>	

**Tabla 17. Necesidad 7** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

**ANEXO 15**

**NECESIDAD 8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL**

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
¿Con que frecuencia realiza su higiene corporal?	<b>Familiar refiere:</b> Una vez a la semana, se le realiza una ducha.
¿Su vivienda está incorporada de ducha y baño en el interior?	Si ( X ) No ( )
¿Necesita de ayuda para realizar su higiene corporal?	Si ( X ) No ( ) Se le coloca en la silla de ruedas especial para el baño y de ahí se le realiza la higiene.
¿Cuántas veces al día realiza su higiene dental?	<b>Familiar refiere:</b> Una vez en el día.
¿Necesita ayuda para realizar la higiene dental?	Si ( X ) No ( )
¿Ha presentado ulceraciones en la mucosa oral?	Si ( X ) No ( )
¿Ha presentado últimamente resequedad de la piel?	Si ( ) No ( X )
¿Ha presentado reacciones alérgicas, prurito en los últimos meses?	Si ( ) No ( X )
¿El paciente colabora para realizar el aseo general?	<b>Familiar refiere:</b> A veces
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b> Familiar refiere que una vez a la semana le realiza una ducha, el paciente necesita ayuda para el traslado al baño, paciente</li> </ul>	

necesita ayuda para higiene dental y la higiene la realiza una vez al día.

- **Datos objetivos:** Índice de Barthel: 20 PUNTOS (Dependencia total).

**Tabla 18. Necesidad 8** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

**ANEXO 16**

**NECESIDAD 9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES  
Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS**

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
¿Ha sufrido caídas en el transcurso de estos meses?	Si ( ) No ( X )
¿Ha presentado algún tipo de dolor?	Si ( X ) No ( ) <b>Familiar refiere:</b> A veces se toma de la cabeza o de la mejilla y grita, así que considero que le duele.
¿Ha presentado algún tipo de alergia: alimentos, medicinas?	Si ( ) No ( X )
¿Tiene conocimiento sobre su estado de salud?	Si ( ) No ( X )
¿Cómo se siente?	<b>Familiar refiere:</b> Hay días en los que está muy irritable y agresivo por lo que es difícil realizar actividades con él. Hay momentos en los que es incontrolable por lo que he tenido que atarle las manos para que no se haga daño.
¿Cumple con el régimen de tratamiento establecido por el médico?	Si ( X ) No ( )
¿Se ha auto medicado?	Si ( X ) No ( )
¿Qué tipo de medicación le ha administrado?	<b>Familiar refiere:</b> Paracetamol para el dolor de cabeza.



¿Cuántas veces ha sido hospitalizado en el último año?	<b>Familiar refiere:</b> Ninguna
¿El paciente tiene apoyo de toda la familia?	Si ( ) No ( X ) <b>Familiar refiere:</b> Solamente mi apoyo porque es mi hermano, los demás hermanos no me ayudan.
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b> Familiar refiere que paciente si ha presentado algún tipo de dolor pero no lo manifiesta verbalmente sino con gestos por lo que le auto medicado con paracetamol para el dolor.</li> <li>• <b>Datos objetivos:</b> Escala visual Análogo del Dolor: 4 PUNTOS (Siente un poco más de dolor).</li> </ul>	

**Tabla 19. Necesidad 9** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

**ANEXO 17**

**NECESIDAD 10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS,  
EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U  
OPINIONES**

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
¿Cuál es la relación parental entre usted y su cuidador?	<b>Familiar refiere:</b> Hermano
¿Puede comunicarse perfectamente con los demás?	Si ( ) No ( X )
¿Cuándo habla le entiende con facilidad?	Si ( ) No ( X )
¿Desde cuándo no se le entiende lo que trata de expresar?	<b>Familiar refiere:</b> Desde hace unos años la comunicación se debilitó, solo habla cosas que no se le comprende.
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b> Familiar refiere que desde hace unos años la comunicación se ha debilitado, no se le comprende lo que habla.</li> <li>• <b>Datos objetivos:</b> Índice de esfuerzo del cuidador de Robinson: 11 PUNTOS (NIVEL ELEVADO DE ESFUERZO).</li> </ul>	

**Tabla 20. Necesidad 10** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

**ANEXO 18**

**NECESIDAD 11.- NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS**

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
<b>¿A qué religión pertenecen?</b>	<b>Familiar refiere:</b> Católico
<b>¿Cuál es la influencia de la religión en su situación de salud?</b>	<b>Familiar refiere:</b> Es muy grande, la fe a que se recupere.
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b> Familiar refiere ser de religión católica, que la fe es grande para que se recupere.</li> </ul>	

**Tabla 21. Necesidad 11** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

**ANEXO 19**

**NECESIDAD 12.- NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL**

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
¿Al momento se encuentra empleado?	Si ( ) No ( X )
¿Qué labores realiza en casa?	<b>Familiar refiere:</b> Ninguna
¿La enfermedad le impide realizar labores?	Si ( X ) No ( )
<b>CUIDADOR</b>	
¿Cuál es su nivel de conocimiento respecto a la enfermedad del paciente?	<b>Familiar refiere:</b> SI, tengo conocimiento
¿Cuál es la capacidad de afrontamiento ante problemas relacionados a la salud del paciente?	<b>Familiar refiere:</b> Muchas veces me siento impotente, con ira y se me termina la paciencia.
¿Tienen disponibilidad económica, material para afrontar la enfermedad del paciente?	<b>Familiar refiere:</b> SI, para los tratamientos médicos se le lleva a una institución particular.
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b> Familiar refiere que no realiza ninguna actividad en la casa, la enfermedad del paciente le impide realizar labores. Familiar refiere tener conocimiento sobre la enfermedad del paciente, tiene sentimientos de ira y poca paciencia.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos objetivos:</b></li> </ul> <p>Paciente encamado</p>
--

**Tabla 22. Necesidad 12** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

## ANEXO 20

### NECESIDAD 13.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
¿Realiza actividad física habitualmente?	Si ( ) No ( X )
¿Se aburre con facilidad?	Si ( X ) No ( )
¿Qué hace los fines de semana?	<b>Familiar refiere:</b> A veces se le saca a pasear en la silla de ruedas por el parque y por el centro.
¿Se torna irritable con facilidad?	Si ( X ) No ( )
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b></li> </ul> <p>Familiar refiere que paciente se aburre con facilidad.</p> <p>Familiar refiere que le saca a pasear por el parque en la silla de ruedas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos objetivos:</b></li> </ul> <p>Paciente irritable</p>	

**Tabla 23. Necesidad 13** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO

**ANEXO 21**

**NECESIDAD 14.- NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES**

<b>ENTREVISTA</b>	
<b><u>PREGUNTAS</u></b>	<b><u>RESPUESTAS</u></b>
<b>¿Qué grado de instrucción tiene?</b>	<b>Familiar refiere:</b> Solo tiene primaria, porque como a los 15 años comenzó con las convulsiones se retiró del colegio.
<b>¿Sabe leer y escribir?</b>	Si ( ) No ( X )
<b>¿Sigue el régimen terapéutico establecido?</b>	Si ( X ) No ( )
<b>Exploración física</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Datos subjetivos:</b> Familiar refiere que paciente solo tiene instrucción primaria. Familiar refiere que sigue el régimen terapéutico establecido.</li> <li>• <b>Datos objetivos:</b> Escala de Coma de Glasgow: 13 PUNTOS.</li> </ul>	

**Tabla 24. Necesidad 14** FUENTE: PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON ELABORADO POR: KARINA FRANCO