



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN
ARTERIAL IMPLICADA CON HEMIPLEJIA IZQUIERDA
PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD HUACHI CHICO
AMBATO TUNGURAHUA.”**

Requisito para optar por el Título en Licenciada en Enfermería

Autora: Robalino Baquero, Viviana Carolina

Tutora: Lcda. Mg. Benavides Rovalino, Esther del Rocío

Ambato, Ecuador

Noviembre, 2015

APROBACIÓN DEL CASO CLÍNICO

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

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL
IMPLICADA CON HEMIPLEJIA IZQUIERDA PERTENECIENTE AL
SUB CENTRO DE SALUD HUACHI CHICO AMBATO TUNGURAHUA”**

de Viviana Carolina Robalino Baquero, 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 de 2015

LA TUTORA

.....
Lcda. Mg. Benavides Rovalino, Esther del Rocío

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el análisis del caso clínico sobre: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL IMPLICADA CON HEMIPLEJIA IZQUIERDA PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD HUACHI CHICO AMBATO TUNGURAHUA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre de 2015

LA AUTORA

.....
Robalino Baquero, Viviana Carolina

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Septiembre del 2015.

LA AUTORA

.....
Robalino Baquero, Viviana Carolina

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueben el informe de análisis de caso clínico sobre el tema **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL IMPLICADA CON HEMIPLEJIA IZQUIERDA PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD HUACHI CHICO AMBATO TUNGURAHUA.”** De Viviana Carolina Robalino Baquero, estudiante de la carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2015.

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2da VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado, a toda mi familia porque han sido mi pilar fundamental en mis estudios, logros y desventuras pero en especial a mi madre, mami Tato y abuelita por su apoyo en todo momento, a mi esposo por su soporte incondicional paciencia y consejos en los momentos más difíciles para llegar a culminar con la meta propuesta y a mi adorado hijo Ariel Emiliano porque me has demostrado que en esta vida las mejores batallas se ganan con una sonrisa.

Viviana Robalino B.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento primeramente a Dios y al divino niño de Isinche, porque el haber cumplido con esta meta fue su voluntad.

A la Lic. Mg. Gloria Calero, Lic. José Luis Herrera y Psc. Mg. Sara Guadalupe por ser mi pilar en momentos de aturdimiento y porque supieron brindarme el apoyo emocional y colaboración necesaria para terminar con mi carrera y llegar a la meta propuesta.

A la Universidad Técnica Ambato y su Facultad de Ciencias de la Salud, sus docentes y de manera especial a la Lcda. Mg. Esther Benavides Rovalino, por su guía en la dirección de este análisis de Caso.

Viviana Robalino B.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL
IMPLICADA CON HEMIPLEJIA IZQUIERDA PERTENECIENTE AL
SUB CENTRO DE SALUD HUACHI CHICO AMBATO TUNGURAHUA.”**

Autora: Robalino Baquero, Viviana Carolina

Tutora: Lcda. Mg. Benavides Roalino, Esther del Rocío

Fecha: Septiembre 2015

RESUMEN

La hipertensión arterial se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial y nuestro país no es una excepción; al padecer esta patología el individuo puede estar expuesto a desencadenar varias patologías más si la presión arterial no es bien controlada, una de las enfermedades desencadenantes puede ser el Accidente Cerebro Vascular, el cual como consecuencia deja en algunos de los pacientes parálisis corporales o hemiplejia.

En este trabajo se presenta el caso de un paciente adulto mayor, femenino, el mismo que como antecedente sufre una Crisis Hipertensiva dejando como secuela una hemiplejia izquierda.

La mayoría de datos se extrajeron de la historia clínica aunque al revisarla quedaron muchas cosas inconclusas, por lo que fue de mucha ayuda la entrevista con el paciente en su domicilio.

Considerando que la enfermería es una de las profesiones más antiguas dentro del campo de salud y que su idiosincrasia radica en cuidar la salud de la comunidad en general, se detallan en este análisis de caso los cuidados de enfermería a aplicarse

en el caso de hipertensión y hemiplejia y se analizan los factores de riesgo del paciente y se considera si estos podrían modificarse de alguna manera para mejorar la calidad de vida de nuestra paciente.

PALABRAS CLAVES: HIPERTENSION, HEMIPLEJIA,
PARALISIS_CORPORAL, CUIDADOS_ENFERMERIA

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER**

**"NURSING INTERVENTION IN HYPERTENSION INVOLVED WITH
LEFT HEMIPLEGIA BELONGING TO HEALTH CENTER SUB
HUACHI CHICO AMBATO TUNGURAHUA."**

Author: Robalino Baquero, Viviana Carolina

Tutora: Lcda. Mg. Benavides Rovalino, Esther del Rocío

Date: Septiembre, 2015

SUMMARY

Hypertension has become a public health problem worldwide and our country is no exception; to suffer this condition the individual may be exposed to various pathologies trigger more if blood pressure is not well controlled, one of the triggers disease can be Cerebrovascular Accident, which as a result makes some of the bodily paralysis or hemiplegia patients.

In this paper the case of a larger, adult female patient presents, the same as history suffers a hypertensive crisis leaving in its wake a left hemiplegia.

Most data were extracted from medical records but to revise many things left Unfinished, so that was helpful the interview with the patient at home.

Considering that nursing is one of the oldest in the field of health professions and idiosyncrasy lies in the health care community, they are detailed in this case study nursing care to be applied in the case of hypertension and hemiplegia and patient risk factors are analyzed and consider whether these could be modified in some way to improve the quality of life of our patients.

KEYWORDS: HYPERTENSION, HEMIPLEGIA, PARALYSIS_BODY,
CARE_NURSING

ÍNDICE GENERAL

PORTADA DEL ANÁLISIS DE CASO CLINICO	
APROBACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	viii
SUMMARY	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE	4
3.1. INFORMACIÓN DISPONIBLE.....	4
3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE.....	4
IV. DESARROLLO.....	9
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO.....	9
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	10
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	12
4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRITICOS	13
4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	16
4.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	22
V. CONCLUSIONES.....	54
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
Ávila, Adriana, et al. Revista Brasileira de Hipertensão, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.	55
Cipullo, José Paulo, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. vol.94. no4, São Paulo, abr.2010.	55
Costa, Maria F. F. de L, et al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. Revista de Saúde Pública vol.43 supl.2 São Paulo, no 2009	55

Eduardo, A. (14 de abril de 2013). En Ecuador, de cada 100000 personas, 1373 tiene problemas de hipertension. los andes, pág. 45.....	55
Esquivel, V. Jiménez, M. (2010). Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Costa Rica Salud Pública	55
Figueroa, C. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. Programa psicología de la Salud de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Vol. 22, Nro.2 169-174.....	55
Gonzales, R, Alcalá, J. (2010) Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 53, N.o 5. Septiembre-Octubre. 2010, Vol. 19, N.....	55
Hypertension, E. S.-E. (2013). arterial hypertension. European Society of Cardiology. ..	55
OMS. (2013). Prevalencia global de la Obesidad. organización mundial de la Salud, 38 - 39.....	55
Zanchetti, A. (2001). Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Vol. 6, No. 2.....	56
VII. ANEXOS.....	59
ANEXO 1	59
ANEXO 2	61
ANEXO 2.1.....	63
ANEXO 3	64
ANEXO 3.1.....	65
ANEXO 4	67
ANEXO 5	69
ANEXO 5.1.....	70
ANEXO 6	72
ANEXO 6.1.....	73
ANEXO 6.2.....	74
ANEXO 7	75
ANEXO 8	76
ANEXO 8.1.....	78
ANEXO 9	79
ANEXO 9.1.....	80
ANEXO 9.2.....	81
ANEXO 10	83
ANEXO 10.1.....	84
ANEXO 11	85
ANEXO 12	86

ANEXO 12.1	88
ANEXO 13	89
ANEXO 14	90
ANEXO 15	91
ANEXO 17	93
ANEXO 18	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Oportunidades de Mejora.....	21
Tabla 2 Intervención de Enfermería.....	25
Tabla 3 Intervención de Enfermería.....	28
Tabla 4 Intervención de Enfermería.....	33
Tabla 5 Intervención de Enfermería.....	36
Tabla 6 Intervención de Enfermería.....	39
Tabla 7 Intervención de Enfermería.....	42
Tabla 8 Intervención de Enfermería.....	46
Tabla 9 Intervención de Enfermería.....	53

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte en todos los países del mundo industrializado, y el análisis epidemiológico de este fenómeno ha permitido reconocer la existencia de unas variables biológicas denominadas factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, capaces de influenciar la probabilidad del padecimiento de accidentes cerebrovasculares, las cuales pueden llevar a casos médicos de hemiplejía y parálisis corporal lo que genera un gran gasto social y económico, además la hipertensión arterial se considera hoy en día uno de los mayores problemas de Salud Pública.

La hipertensión arterial es una de las grandes epidemias de nuestro mundo y está íntimamente ligada a los mecanismos de las diferentes enfermedades cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte en nuestro entorno.

Además de tener importancia como causa de muerte, también la tiene por el hecho de que está relacionada como patología degenerativa frecuente, provocando situaciones de invalidez importante, hemiplejía, lo que genera un gran gasto social y económico (hypertension, 2013)

La prevalencia mundial estimada en un billón aproximadamente de hipertensos y 7.1 millones de muertes al año, que representa el 4.5% del gasto monetario por enfermedad y siendo considerado como un problema de salud debido al aumento de la longevidad. (Eduardo, 2013)

En América Latina 140 millones de personas padecen esta patología, la mayor prevalencia de hipertensos en los hombres se ha encontrado en Maracaibo, Venezuela (49,7%) y la menor en Chile (9,1%); en las mujeres la tasa más alta se registró en Paraguay (43,9%) y la más baja en la ciudad de México; planteándose que es muy infrecuente en las mujeres de países no industrializados, delgadas y con bajo consumo de sal. (OMS, 2013)

Es por eso que he escogido dicho tema debido al gran impacto social, económico y cultural que tiene este padecimiento en el país, siendo esta una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, además se ve la necesidad de implementar una estrategia para el mejoramiento de la salud del paciente y mejorar su calidad de vida, para ofrecer

un cuidado integral al paciente se debe realizar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE), con el fin de llevar a cabo las acciones encaminadas para mejorar su salud y a la vez educar a los familiares para que aprendan los cuidados necesarios para la paciente.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Analizar la evolución de la hipertensión arterial y la hemiplejia en un paciente de 78 años de edad y proporcionar cuidados de enfermería adecuados para la patología mediante un proceso de atención de enfermería basado en la normativa NANDA, NOC y NIC; orientado a mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los signos y síntomas de la hipertensión arterial
- Desarrollar una completa valoración de las necesidades de la paciente. Para priorizar la atención en relación a su calidad de vida
- Elaborar el proceso de atención de enfermería especializado para la patología con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente con hipertensión y hemiplejia izquierda.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE Y NO DISPONIBLE

3.1. INFORMACIÓN DISPONIBLE.

La información utilizada en el presente análisis de caso ha sido obtenida en parte de la historia clínica que proviene del Sub. Centro de Salud de Huachi Chico del cantón de Ambato, en donde, se ha encontrado documentado el registro de las visitas domiciliarias realizadas desde hace 1 año 11 meses.

Otra fuente de información fue de la revisión bibliográfica en la biblioteca de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, y biblioteca general provincial, la cual me proporciono un conocimiento amplio sobre esta patología y permitió la realización de este análisis de caso. De la misma forma se obtuvo información de páginas de internet, revisión de protocolos de atención del Ministerio de Salud Pública.

3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

Toda la información que no se ha podido encontrar en la historia clínica se la ha obtenido a través de visitas domiciliaria y de una entrevista al mismo paciente con el fin de averiguar detalles sobre la evolución de su enfermedad, dicha entrevista fue elaborada en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson; para posteriormente realizar una priorización de problemas basada en la pirámide de Maslow y enfocar de manera adecuada los cuidados de enfermería correspondiente.

Además, no se encontraron exámenes complementarios ni tampoco resultados de exámenes de laboratorio.

VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Paciente refiere que le falta el aire al estar recostada sobre su espalda, la falta del mismo empieza desde que deja de caminar (hemiplejia), se puede visualizar que paciente puede desgarrar esputo y este es de color transparente.

Presenta Frecuencia respiratoria 19 por minuto, saturación parcial de oxígeno (95%), tensión arterial: 130/80, pulso: 68 por minuto, respiración Abdominal, uso de músculos accesorios, fatiga de músculos accesorios ritmo Irregular profundidad normal; tos, ortopnea presencia de secreciones en fosas nasales. (Anexo 1)

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER NORMALMENTE

Paciente refiere consumir tres comidas diarias, expresa consumir alimentos bajos en sal; lácteos y proteínas son consumidos dos veces a la semana por falta de recursos económicos, consume entre 4 a 5 vasos de agua diariamente

Presenta náusea, encías inflamadas, falta de piezas dentales, peso: 36 kg talla: 144 cm IMC: 17.4 BAJO PESO, 3 comidas diarias, sed bajo tono muscular falta de masticación, expulsión de comida fuera de la boca, turgencia de piel presente en zona abdominal, piel reseca. (Anexo 2)

Paciente expresa necesitar ayuda para alimentarse puesto que no puede sostener sus platos, se le dificulta tragar los alimentos, ha bajado de peso durante el último año y su apetito ha disminuido, se aplica cuestionario “Conozca Su Salud Nutricional” obteniendo un puntaje de 11 puntos, riesgo nutricional alto. (Anexo 2.1)

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES

Paciente refiere ser dependiente de su esposo (cuidador) para su cambio de pañal cuando realiza sus necesidades fisiológicas, además expresa que orina más seguido en la noche y que defeca 5 veces a la semana. (Anexo 3)

Presenta heces de consistencia blandas, flatulencias y gases frecuentes, uso de pañal, Nicturia, paciente alcanza puntuación de 0 puntos aplicando Índice de Barthel, Dependencia Total. (Anexo 3.1).

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Paciente refiere sentir dolor al moverse en la cama, al cambio de posición necesita ayuda de su esposo (cuidador), no puede mantenerse sentada sin ayuda y ha perdido fuerza y sensibilidad en parte izquierda de su cuerpo. (Anexo 4)

Paciente Encamado, sedentario por incapacidad física, inestabilidad postural, deterioro musculo esquelético, dependencia total para cambiar de posición, inmovilidad debilidad generalizada, paciente alcanza puntuación de 0 puntos aplicando Índice de Barthel. Dependencia Total. (Anexo 3.1).

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Paciente expresa que se le hace difícil conciliar el sueño en las noches ya que en su hogar hace mucho frio, no puede dormir por más de seis horas seguidas, además refiere que durante el día siente sueño se siente cansada pero no puede tampoco dormir. (Anexo 5)

Paciente Encamado, presenta ronquidos, cansancio, ojeras, paciente alcanza puntuación de 12 puntos aplicando Athens Insomnia Scale. Insomnio Crónico (Anexo 5.1).

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

Paciente dependiente total de su esposo (cuidador) para vestirse y desvestirse, refiere no tener ropa limpia para cambiarse todos los días, y además, el esposo no le puede cambiar siempre de ropa porque se le hace complicado.

Paciente refiere dolor en manos por lo que no puede ni alzar cremalleras ni abotonarse la ropa. (Anexo 6)

Paciente presenta debilidad, leve Deterioro cognitivo (Anexo 6.1), inmovilidad, disminución de capacidad Visual, deterioro musculo esquelético, aplicando Índice de Katz: PACIENTE DEPENDIENTE (Anexo 6.2)

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

Paciente refiere sentir mucho frio por las noches, trata de cubrir esta necesidad cubriéndose con más cobijas aunque estas en su mayoría son muy finas y no la abrigan.

Paciente presenta temperatura Corporal: 36,7 °C y usa ropa inadecuada para el clima. (Anexo 7)

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD CUTANEA Y MUCOSAS

Paciente refiere necesitar ayuda para asearse y bañarse, es ayudada por su esposo y realiza solo baños de esponja, este baño refieren lo realizan solo dos veces a la semana, además la paciente es cambiada de posición cada 6 horas por el cuidador porque él trabaja, además refiere no saber cómo curar ulcera por presión en proceso de cicatrización, expresa que la limpia con agua de matico y luego aplica crema realizando este procedimiento pasando un día. (Anexo 8)

Paciente encamado, facies pálidas, uñas largas de manos y pies, halitosis

Falta de higiene de cavidades, ulcera por Presión en proceso de cicatrización ubicada en Cadera Izquierda

IMC: 17.4 PESO BAJO, paciente dependiente total del cuidador, deterioro musculo esquelético, debilidad generalizada, paciente según Escala de Braden alcanza 8 puntos. Riesgo Alto. (Anexo 8.1)

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

Paciente refiere sentirse asustada y nerviosa por emporar, no se siente apoyada por su familia y esta no la visita, siente miedo de quedarse sola en casa por miedo constante de caerse de la cama y se siente encerrada cuando su esposo sale puesto que deja las puertas con candado. (Anexo 9)

Paciente presenta Inmovilidad, nerviosismo, irritabilidad, leve Deterioro cognitivo (ANEXO 4), tristeza. Vive en un entorno desordenado; paciente alcanza puntuación de 5/10 puntos dolor moderado aplicando Escala Visual del Dolor (ANEXO 9.1), y 5/14 puntos aplicando Escala de Riesgo de Caída Múltiples de J.H Downton (ANEXO 9.2)

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMAS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

Paciente refiere sentirse sola, rechazada y no querida por su familia, esta no está contenta con el tiempo que ella y su familia pasan juntos. (Anexo 10)

Dificultad visual, baja autoestima, bajo nivel educacional, paciente alcanza un APGAR Familiar de 5 puntos. Disfunción de familia Moderada. (Anexo 10.1)

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

Paciente refiere no sentir miedo, es de religión católica cree en Dios y óra todos los días para el cuidado de ella y su esposo, no cree que los remedios naturales ni las plantas la curen. (Anexo 11)

12. NECESIDAD DE AUTOREALIZACIÓN

Paciente refiere sentirse sola cuando su esposo sale a trabajar y en casa se queda encerrada, expresa que se siente inútil al no poder hacer nada y quedarse todo el día en casa porque ella antes de su enfermedad trabajaba y ayudaba con el ingreso económico en el hogar. (Anexo 12)

Paciente en Cuestionario de Duke-Unc. Alcanza un puntaje de 20 puntos. APOYO SOCIAL PERCIBIDO COMO BAJO (ANEXO 12.1).

13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Paciente refiere que se aburre en casa y no tener pasatiempos en los cuales entretenerse cuando se queda sola. (Anexo 13)

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

Paciente refiere no saber leer ni escribir, pero sabe cómo tomar su medicación porque las enfermeras del centro de salud le pintaron de colores las cajas de medicación, pero para tomarla necesita ayuda de su esposo porque ella ya no puede ver bien, además expresa que sabe de su enfermedad porque personal de salud que la visita mensualmente le explican sobre la misma. (Anexo 14)

IV. DESARROLLO

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Paciente de 78 años de edad, estado civil casado, ama de casa, reside en la ciudad de Ambato, parroquia de Huachi San Francisco, Barrio Solís.

Antecedentes patológicos personales no refiere, antecedentes quirúrgicos personales no refiere, antecedentes patológicos familiares padre muere con infarto al corazón hace aproximadamente 29 años, alergias no refiere.

Paciente indica que hace 6 años atrás sufre mareo de cabeza y se desmaya encontrándose sola en su domicilio, esposo al llegar por la noche la encuentra inconsciente en el piso y la traslada en ambulancia al día siguiente al Hospital Regional Ambato, en dicha institución es diagnosticada Hipertensión Arterial no controlada más Crisis Hipertensiva, es hospitalizada en el área de Medicina Interna, (no se ha podido obtener número de historia clínica ni expediente correspondiente), esposo (cuidador) de paciente cuenta que durante 6 días permaneció inconsciente; al despertar refiere pérdida de sensibilidad y movimiento en miembro superior e inferior izquierdo.

Paciente es dada de alta con diagnóstico de Hipertensión Arterial más Hemiplejia Izquierda, siendo contra referida al Sub centro de Salud de Huachi chico, Distrito 18D01.

En la actualidad paciente es visitada en su domicilio mensualmente por personal médico y enfermero de Sub centro de Salud Huachi Chico, en dichas visitas se le entregan medicamentos antihipertensivos y multivitamínicos entre los cuales tenemos:

- Complex B.
- Cardiol
- Ranitidina

En las visitas domiciliarias enfermeras educan a paciente y esposo (cuidador), sobre la toma de medicación, forma de administrarla y dosis, además por parte del equipo de enfermería se brinda a la paciente cuidados generales, entre ellos tenemos: higiene de cavidades, higiene de genitales, peinado y autocuidado, prevención de caídas y golpes, hidratación de piel.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Dentro de los principales factores de riesgo que desencadenaron la hipertensión y la hemiplejia en la paciente podemos encontrar:

La edad, se observa un aumento progresivo de hipertensión en relación a la edad, llegando hasta el 70% entre los individuos con más de 70 años, siendo que el promedio estudiado fue de 25,3% con edad entre 18 y 93 años. (Cipullo et al 2010) y (Costa et al 2009). Bajo este antecedente podemos decir la hipertensión arterial es más frecuente mientras la edad es más avanzada.

Sedentarismo, la actividad física reduce la incidencia de la hipertensión arterial, además ayuda a reducir el peligro de sufrir padecimientos cardiovasculares (Avila et al, 2010), la paciente refiere no haber tenido una rutina de ejercicios diario, por sus bajos recursos económicos la mayor parte del tiempo lo dedico a su trabajo y al cuidado del hogar, dándole poco tiempo para practicar algún tipo de actividad física.

Los hábitos alimentarios, influyen directamente en la morbimortalidad cardiovascular, según estudios realizado por Costa et al en el 2009, señala que una dieta rica en hortalizas, frutas y productos de baja grasa disminuyen el riesgo cardiovascular contribuyendo a la reducción del peso y reducción de la presión arterial; los hábitos alimenticios son un factor de riesgo muy peligroso pero a la vez muy modificable es por eso que surge la necesidad constante de medidas de salud pública que promuevan educación y prevención primaria, intensificándose esas medidas en individuos ancianos y con sobrepeso, en este caso en particular hemos podido constatar que la paciente no se alimenta adecuadamente, no tiene una dieta rica en fibras ni hortalizas, la paciente por su estilo de vida y poca estabilidad económica se alimenta casi todos

los días de fideos, pan y aguas aromáticas, esposo de paciente refiere que el al no tener una estabilidad laboral no puede abastecer su despensa con alimentos que requieren para mejorar su calidad de vida en cuento al riesgo cardiovascular persistente.

Al realizar las visitas domiciliarias se pudo observar su estilo de vida y es por eso que para mayor juicio de cómo influye estos factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad de este paciente, se ha utilizado una teorizante de enfermería que nos ayudará a representar la situación de la paciente.

TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN FLORENCE NIGHTINGALE “TEORIA DEL ENTORNO”

Persona.

Un paciente afectado con hipertensión arterial y hemiplejia, independientemente de su sexo, raza, edad; es un ser que necesita de la asistencia para alcanzar mejor calidad de vida e independencia, ya que su organismo se ve seriamente afectado por una compleja enfermedad, que ciertamente no es contagiosa pero si degenerativa; lo que hace que sea un ser sensible y delicado, la cual necesita de mucha paciencia, cuidado y apoyo para asimilar el progreso de su enfermedad y cumplir con el régimen terapéutico necesario para que su estilo de vida mejore.

Entorno.

Al mencionar el entorno físico de la paciente podemos decir que no es favorable para mejorar su estilo de vida, paciente reside en una vivienda muy humilde de una sola planta y habitación, sin luz natural ni eléctrica necesaria, no cuentan con refrigeradora para mantener sus alimentos, de bajos recursos económicos los cuales no les permite adquirir lo necesario para la alimentación diaria, cabe recalcar que su esposo es de la tercera edad también y por padecer EPOC y ASMA no puede realizar esfuerzos ni actividades que conlleven realizar esfuerzo, la habitación en la que viven no cuenta con la adecuada ventilación para su salud; el piso es de tierra y la cama comparte con su esposo.

En cuanto al entorno personal la relación con su esposo y comunidad es difícil, puesto que por no poder movilizarse fuera de su habitación no puede comunicarse con sus vecinos.

Salud.

El paciente al ser dependiente total por su discapacidad física, hace que todas sus necesidades fisiológicas, de seguridad, autorrealización, afecto y pertenencia se vean afectadas y comprometidas; a pesar de las dificultades que presenta la paciente siempre lleva con optimismo el desarrollo de su enfermedad.

Enfermería.

Una de las necesidades más importantes que tiene el paciente, es estar en completa vigilancia por parte del equipo de enfermería ya que su enfermedad necesita el cumplimiento total y estricto en cuanto a la toma de su medicación para evitar efectos y problemas futuros, es por eso que el personal de enfermería del Sub Centro de Salud Huachi Chico ha sido un pilar fundamental para la conservación y el mejoramiento de la calidad de vida de la paciente, la cual como ya habíamos indicado es visitada por el equipo de salud mensualmente en su domicilio.

4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

La paciente de 78 años de edad tiene una conexión y un interés muy fuerte para mejorar su calidad de vida y su salud, paciente refiere que antes no le importaba mucho su estado de salud es por eso que cuando se mareaba o le daba cefalea no acudía al médico, fue cuando su estado de salud empeoró que fue llevada por su esposo a la sala de emergencias del Hospital Regional Ambato; en donde se le brindó la atención necesaria requiriendo su internación para ser diagnóstica con Hipertensión Arterial y Hemiplejía izquierda secundaria a una Crisis Hipertensiva tratada tardíamente.

Es de suma importancia recalcar en este punto el apego que la paciente tiene con la Religión ya refiere que le parece de suma importancia entregar su salud a manos de Dios y que él sea quien decida sobre su estado de salud, por otro lado siente conflicto

con la educación, y el trabajo puesto que por su estado de salud no puede salir a trabajar y ayudar a su esposo con la manutención del hogar, en cuanto a las actividades recreativas la paciente refiere sentirse inútil al no poder realizar actividades con sus manos o ser independiente en su autocuidado y cuidado del hogar.

A pesar de todos los problemas que la paciente enfrenta en cuanto a su estado de salud física, emocional y social ella se siente agradecida con todas las personas que le han apoyado en su enfermedad.

4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRITICOS

PRIORIZACION DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRAMIDE DE MASLOW

NECESIDADES FISIOLÓGICAS

Respiración

- Respiración Abdominal
- Uso de músculos accesorios
- Fatiga de músculos accesorios
- Ritmo Irregular
- Profundidad Normal
- Tos
- Agitación
- Ortopnea
- Presencia de Secreciones en fosas nasales

Alimentación

- Riesgo nutricional alto. (Anexo 2)
- Peso bajo 36 kg.
- Falta de apetito
- Nauseas
- Sed
- Disfagia

Eliminación

- Heces de consistencia blandas

- Flatulencias y gases frecuentes
- Uso de pañal
- Nicturia
- Dependencia Total. (Anexo 3.1).

Descanso

- Ronquidos
- Cansancio
- Ojeras
- Insomnio Crónico (Anexo 5.1)

Higiene

- Halitosis
- Falta de higiene de cavidades
- Falta de piezas dentarias

NECESIDADES DE SEGURIDAD

Seguridad de Salud

- Dolor moderado (Anexo 9.1)
- Leve deterioro Cognitivo (Anexo 6.1)

Seguridad física

- Dependencia total (Anexo 3.1)
- Paciente Encamado
- Riesgo de caídas por aislamiento (Anexo 9.2)

Seguridad de Empleo

- Bajos recursos económicos
- Paciente no trabaja

NECESIDAD DE AFILIACIÓN O SOCIALES

Amistad y Afecto

- Baja Autoestima
- Disfunción familiar moderada (Anexo 10.1)
- Tristeza
- Poco Comunicativa

Intimidad Sexual

- Por dependencia total paciente no mantiene relaciones sexuales con su esposo

NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO

Auto reconocimiento

- Acercamiento a Dios

NECESIDAD DE AUTOREALIZACIÓN

Aceptación de los Hechos Resolución de Problemas

- Falta de conocimiento sobre su enfermedad

4.5.CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

<u>DIAGNÓSTICO</u>	<u>DOMINIO</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con uso de músculos accesorios para respirar manifestado por ortopnea y agitación.</p>	<p>ACTIVIDAD Y REPOSO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la frecuencia respiratoria, profundidad y la facilidad para respirar en cada visita domiciliaria • Ayudar en los frecuentes cambios de posición • Elevar espaldar de la cama • Controlar saturación de oxígeno en cada visita domiciliaria • Fomentar una respiración lenta y profunda. • Respiración de Labios Fruncidos • Animar a la paciente para que se sienta lo más erecta posible. • Ayudar al paciente a mejorar la tos animando al paciente a que realice varias respiraciones profundas, luego de esto una respiración

		profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa dos o tres veces de forma sucesiva.
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con Ortopnea y Tos manifestada por disfunción neuromuscular	ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente de posición Semifowler • Tapotaje • Drenaje Postural 3 veces al día • Fomentar la tos (Tos en cascada) • Fomentar una respiración profunda • Monitorizar saturación de oxígeno. Cada 12 horas • Asegurar la hidratación adecuada según reservas renales y cardíacas. • Observar si se producen periodos respiratorios anormales (Cheyne-Stoke, Kussmal, Biot, Suspiros excesivos).

<p>Deterioro de la Deglución relacionada con falta de piezas dentarias manifestado por falta de masticación, náuseas y regurgitación</p>	<p>NUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de alimentos adecuados • Disponer de bandeja de comida de forma atractiva • Creación de ambiente placentero durante la comida • Higiene bucal después de cada comida • cuando come para fomentar relajación y seguridad • Acompañar las comidas con agua • Proporcionar información clara y adecuada acerca de la importancia de la nutrición optima en la paciente • Informar que es necesario la modificación de la dieta por razón de su salud • Discutir el significado de la comida para el paciente.
---	------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Brindar un lazo de respeto y confianza para que así el paciente nos exprese sentimientos e inquietudes acerca de su alimentación.
<p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con alteraciones que afectan al acceso de líquidos manifestado por sed excesiva.</p>	<p>NUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suministrar Líquidos por vía oral • Mantener un registro de ingesta y eliminación • Observar si se pierden electrolitos (diarrea, diaforesis) • Observar turgencia de piel • Observar mucosas orales • Observar si paciente tiene sed constantemente • Observar posibles signos y síntomas de ascitis • Higiene bucal después de cada comida
		<ul style="list-style-type: none"> • Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.

<p>Riesgo de Caídas relacionado con deterioro físico y deterioro cognitivo leve</p>	<p>SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente en el aseo • Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad. • Disponer intimidad durante la eliminación. • Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación. • Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación. • Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo. • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama • Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.
--	-------------------------------	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Responder a la luz de llamada inmediatamente. • Darle la vuelta continuamente cada 1-2 horas. • Darle la vuelta con cuidado para evitar lesiones en una piel frágil. • Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
--	--	--

Tabla 1 Oportunidades de Mejora
 Elaborado por: Viviana Robalino
 Fuente: Base de Datos

4.6.PROPUUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (NANDA, NOC, NIC)

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)					
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 4 Respuestas Cardio pulmonares / Vasculares CÓDIGO DE DX: 00032 Patrón respiratorio Ineficaz	RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTAJE DIANA	
				MANTEN ER	AUMENT AR
La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con uso de músculos accesorios para respirar manifestado por ortopnea y agitación.	Dominio: II Salud Fisiológica Clase: E Cardio Pulmonar 0402 Estado Respiratorio: Permeabilidad de	Facilidad Respiratoria	1: Gravemente comprometido	3	4
		Frecuencia Respiratoria	2: Sustancialmente comprometido	4	4
		Ritmo Respiratorio	3: Moderadamente Comprometido	4	4

	las Vías Respiratorias	Movilización del Espudo hacia afuera de las vías respiratorias	4: Levemente Comprometido 5: No Comprometido	3	4		
		Elimina obstáculos de las Vías Aéreas		3	4		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE:	K Control Respiratorio	CAMPO:	2 Fisiológico Complejo	CLASE:	K Control Respiratorio	CAMPO:	2 Fisiológico Complejo
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
3390 Ayuda a la Ventilación:				3230 Fisioterapia Respiratoria:			
				<ul style="list-style-type: none"> Percusión con drenaje postural. 			

<ul style="list-style-type: none"> • Controlar la frecuencia respiratoria, profundidad y la facilidad para respirar en cada visita domiciliaria • Ayudar en los frecuentes cambios de posición • Elevar espaldas de la cama • Controlar saturación de oxígeno en cada visita domiciliaria • Fomentar una respiración lenta y profunda. • Respiración de Labios Fruncidos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando la frecuencia respiratoria supera las 24 respiraciones por minuto, es evidente una enfermedad cardiovascular o respiratoria importante. ✓ Un estudio cualitativo demostró que las enfermeras experimentadas que trabajan con usuarios de enfermedad obstructiva crónica con frecuencia utilizaron el grado de ansiedad como un indicador de una exacerbación aguda de EPOC 	<ul style="list-style-type: none"> • Vibración Torácica • Respiraciones profundas • Control de tipo y cantidad de expectoración de esputo. • Estimulación de Tos durante y después del drenaje postural • Animar a la paciente para que se sienta lo más erecta posible. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Haciendo que el usuario sea consciente de las respiraciones y dándole apoyo, el usuario puede aumentar el control de la frecuencia respiratoria. ✓ El envejecimiento torácico provoca una disminución de la expansión pulmonar, una posición erecta favorece la expansión pulmonar máximo (Fletcher, 2005) ✓ La inmovilidad es perjudicial para los ancianos porque
--	--	---	--

	(Bailey, Colella y Mossey, 2004).		disminuye la ventilación y aumenta la estasis de las secreciones (Fletcher, 2005).
--	-----------------------------------	--	--

Tabla 2 Intervención de Enfermería
 Elaborado por: Viviana Robalino
 Fuente: Base de Datos

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 3 Eliminación/ Intercambio CLASE: 4 Función Respiratoria CÓDIGO DE DX: 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas	RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTAJE DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con Ortopnea y Tos manifestada por disfunción neuromuscular	Dominio: II Salud Fisiológica Clase: E Cardio Pulmonar 0402 Estado Respiratorio: Permeabilidad de las Vías Respiratorias	Facilidad Respiratoria	1: Gravemente comprometido	3	4
		Frecuencia Respiratoria	2: Sustancialmente comprometido	4	4
		Ritmo Respiratorio	3: Moderadamente Comprometido	4	4
		Movilización del Esputo hacia afuera de las vías respiratorias	4: Levemente Comprometido	3	4
			5: No Comprometido	3	4

				Elimina obstáculos de las Vías Aéreas		3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE:	K Control Respiratorio	CAMPO:	2 Fisiológico Complejo	CLASE:	K Control Respiratorio	CAMPO:	2 Fisiológico Complejo
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
3140 Manejo de las vías aéreas <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente de posición Semifowler • Tapotaje • Drenaje Postural 3 veces al día • Fomentar la tos: <ul style="list-style-type: none"> • Tos en cascada 		✓ Los estudios han mostrado que en un usuario ventilado mecánicamente hay una disminución de la incidencia de neumonía si se coloca en una posición semi incorporada de 45° en comparación con		3200 Precauciones para evitar la aspiración. <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea despejada • Posición Semifowler • Alimentación en pequeñas cantidades 5 comidas al día. • Trocear los alimentos en pequeñas porciones 		✓ Los ancianos con disminución de la oxigenación y copiosas secreciones respiratorias suelen no ser capaces de mantener energía	

<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una respiración profunda • Monitorizar saturación de oxígeno. Cada 12 horas 	<p>posición supina.(Collard et al, 2003; Berry y Pinard,2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La fisioterapia respiratoria tiene efecto a corto plazo ya que ayuda a la movilidad del moco. (Prasad y Main,2002) ✓ La técnica de fomentar la tos puede ayudar a eliminar esputos y reducir los espasmos de tos, (Donahue, 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Romper o desmenuzar medicación antes de administrarla • Asegurar la hidratación adecuada según reservas renales y cardiacas. • Observar si se producen periodos respiratorios anormales (Cheyne-Stoke, Kussmal, Biot, Suspiros excesivos). 	<p>para realizar las actividades de la vida diaria. (Guttman, 1999).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los líquidos ayudan a minimizar la sequedad de las mucosas y a maximizar la acción de ciliar de mover las secreciones (Smith-Sims, 2001)
---	---	--	---

Tabla 3 Intervención de Enfermería
Elaborado por: Viviana Robalino
Fuente: Base de Datos

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 ingestión CÓDIGO DE DX: 00103 Deterioro de la Deglución	RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTAJE DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura oral, faríngea o esofágica Deterioro de la Deglución relacionada con falta de piezas dentarias manifestado por falta de masticación, náuseas y regurgitación	Dominio: 2 Salud Fisiológica Clase: K Nutrición 1012 Estado de Deglución: Fase Oral	Mantiene la comida en la boca	1: Gravemente comprometido	3	4
		Controla las secreciones orales	2: Sustancialmente comprometido	3	4
		Formación del bolo alimentario	3: Moderadamente Comprometido	3	4
		Capacidad de Masticación	4: Levemente Comprometido	3	4

		Capacidad para limpiar cavidad oral	5: No Comprometido	2	4
		Cierre de los labios		3	4
		Numero de degluciones apropiadas para el tamaño/ textura del bolo		3	4
		Eficacia de la Mordedura		2	3
		Reflejo nauseoso		3	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE:	D apoyo nutricional	CAMPO:	1 Fisiológico Básico	CLASE:	D Apoyo Nutricional	CAMPO:	1 Fisiológico Básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
1050 Alimentación:				5246 Asesoramiento Nutricional			
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de alimentos adecuados • Disponer de bandeja de comida de forma atractiva • Creación de ambiente placentero durante la comida • Higiene bucal después de cada comida • Identificación de reflejo de deglución 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ El deterioro de la deglución de la deglución puede tener múltiples causas una de ellas es que los alimentos no sean los más agradables para el usuario (Smith y Connolly, 2003) 		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en el respeto y confianza • Determinar los hábitos alimenticios de pacientes • Colocamos material informativo atractivo sobre los cuatro grupos de alimentos en el domicilio de paciente. • Proporcionar información clara y adecuada acerca de la 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un ambiente ruidoso puede constituir un estímulo adverso y reducir la eficacia de la masticación y deglución. Hablar, reír al comer aumenta el riesgo de aspiración (Galvan, 2001) 	

<ul style="list-style-type: none"> • Valorar capacidad de deglución • Sentarse junto al paciente cuando come para fomentar relajación y seguridad • Acompañar las comidas con agua • Preguntar al paciente cuando haya terminado para otro bocado • Proteger con babero • Evitar distraer al paciente mientras deglute • Alimentación lenta • Posponer alimentación si paciente esta agitado 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los paciente que han sufrido ACV y tiene tiempo prolongado de deglución corren un riesgo mayor a padecer neumonía por aspiración. (Marik y Jedlicka, 2002) ✓ Cuando el usuario se vuelve menos alerta incrementa el peligro de atragantamiento. ✓ La postura erguida después de las comidas han disminuido la neumonía por aspiración en 	<p>importancia de la nutrición optima en la paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar que es necesario la modificación de la dieta por razón de su salud • Discutir el significado de la comida para el paciente. • Brindar un lazo de respeto y confianza para que así el paciente nos exprese sentimientos e inquietudes acerca de su alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La malnutrición es común entre los pacientes disfágicos (Galvan, 2001) ✓ Los usuarios con disfagia corren con gran riesgo de mal nutrición y deshidratación lo cual les puede llevar a una neumonía por aspiración, he ahí la importancia de hablar sobre nutrición al paciente y sus cuidadores. (Langorme, 2009).
--	---	---	--

	pacientes ancianos (Coleman, 2004).		
--	---	--	--

Tabla 4 Intervención de Enfermería

Elaborado por: Viviana Robalino

Fuente: Base de Datos

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)					
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión CÓDIGO DE DX: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTAJE DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
Ingesta de Nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con factores biológicos y económicos; manifestado por bajo tono muscular, pérdida de peso e IMC: 17.4	Dominio: 2 Salud Fisiológica Clase: K Nutrición 1004 Estado Nutricional	Ingestión de Nutrientes	1: Desviación grave del rango normal 2: Desviación Sustancial del rango normal	2	4
		Ingestión alimentaria	3: Desviación moderada del rango normal 4: Desviación leve del rango normal	2	4
		Ingestión de líquidos	5: Sin desviación del rango normal	3	4
		Energía		3	3
		Relación Peso Talla		3	4

			Hidratación		3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)						
CLASE:	D Apoyo Nutricional	CAMPO:	1 Fisiológico Básico	CLASE:		CAMPO:
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES		
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO
<p>1240 Ayuda para ganar peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el aumento de ingesta de calorías • Enseñar a aumentar la ingesta de calorías • Proporcionar la ingesta de alimentos nutritivos de alto contenido calórico • Higiene bucal antes y después de las comidas • Proporcionar ayuda al comer 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ El rechazo a comer puede ser indicador de depresión (Amella, 2005) ✓ La malnutrición en ancianos suele acompañarse de depresión ✓ Las emociones afectan a la ingesta de comida (Paquet, 2003) 		<p>1160 Monitorización Nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar las tendencias de perdida y ganancia de peso • Analizar la respuesta emocional del paciente en actividades que impliquen comer • Observar la piel del paciente • Aplicar cremas hidratantes para la piel del paciente • Controlar turgencia de piel 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Puede ser difícil distinguir si el problema es físico o psíquico. El rechazo a comer puede ser solo la forma del usuario para expresar algún control, y también puede ser un síntoma de depresión.

<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la familia él porque es necesario q suba de peso • Recompensar al paciente e incentivarlo si ha ganado peso • Registrar en una hoja la ganancia de peso. 	<p>✓ En el mundo desarrollado, la malnutrición de calorías y proteínas acompaña con frecuencia a un proceso de enfermedad (Dimaria 2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si produce nausea o vomito cuando empieza a comer • Enseñar técnicas de respiración profundas en caso de haber nausea al comer • Controlar ingesta calórica • Proporcionar líquidos nutricionales como aguas aromáticas y jugos naturales 	<p>✓ Recobrar el apetito es importante (Blanton, 2009)</p> <p>✓ Los adultos mayores refirieron que sus deseos de comer influían en su apetito, y en éste influían factores como humor, estado saludable y compañía al comer. (Wikby y Fagerskiold, 2004)</p>
--	---	---	--

Tabla 5 Intervención de Enfermería
Elaborado por: Viviana Robalino
Fuente: Base de Datos

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
		CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 5 Hidratación CÓDIGO DE DX: 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos	RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTAJE DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con alteraciones que afectan al acceso de líquidos manifestado por sed excesiva.	Dominio: 2 Salud Fisiológica Clase: G Líquidos y Electrolitos 0602 Hidratación	Membranas mucosas Húmedas Ingesta inadecuada de líquidos	1: Desviación grave del rango normal	2	4
			2: Desviación Sustancial del rango normal	2	4
			3: Desviación moderada del rango normal		
			4: Desviación leve del rango normal		

								5: Sin desviación del rango normal			
				Sed				1: Grave	3	4	
				Pérdida de				2: Sustancial			
				Peso				3: Moderado	2	4	
								4: Leve			
								5: Ninguno			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)											
CLASE:	G Control Electrolito y ácido base	CAMPO:	2 Fisiológico Complejo	CLASE:	G Control Electrolito y ácido base	CAMPO:	2 Fisiológico Complejo				
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES					INTERVENCIONES INDEPENDIENTES						
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO			ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTIFICO		
2000 Manejo de electrolitos			✓ El aparato Gastro intestinal es una			4130 Monitorización de Líquidos			✓ La monitorización durante 2 – 3 días		
<ul style="list-style-type: none"> • Suministrar Líquidos por vía oral 						<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar peso 					

<ul style="list-style-type: none"> • Mantener un registro de ingesta y eliminación • Observar si se pierden electrolitos (diarrea, diaforesis) • Observar si existe signos de pérdida de electrolitos. • Observa si existen signos de hipovolemia, incluyendo inquietud, debilidad, calambres musculares, cefaleas. 	<p>vía común de pérdida de líquidos</p> <p>✓ La identificación precoz de factores de riesgo y una intervención precoz pueden reducir la ocurrencia y la gravedad de complicaciones de déficit de volumen de líquidos.</p> <p>(Mathenny, 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar ingresos de líquidos y egresos durante tres días • Vigilar presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración • Observar turgencia de piel • Observar mucosas orales • Observar si paciente tiene sed constantemente • Observar posibles signos y síntomas de ascitis • Higiene bucal después de cada comida 	<p>proporciona un panorama más valido del estado nutricional del usuario que la monitorización durante un periodo más corto (Mathenny, 2000)</p> <p>✓ La higiene oral disminuye los sabores desagradables en la boca(Mathenny, 2000)</p>
--	--	--	---

Tabla 6 Intervención de Enfermería
 Elaborado por: Viviana Robalino
 Fuente: Base de Datos

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio CLASE: 2 Función Gastro intestinal CÓDIGO DE DX: 00012 Riesgo de Estreñimiento	RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTAJE DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
Riesgo de Sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas Riesgo de Estreñimiento relacionado con Actividad física insuficiente y aporte insuficiente de líquidos	Dominio II: Salud Fisiológica Clase: F Eliminación Intestinal	Cantidad de Heces en relación con la dieta Heces blandas y formadas Eliminación fecal sin ayuda	1: Gravemente comprometido	4	4
			2: Sustancialmente comprometido		
			3: Moderadamente Comprometido	4	4
			4: Levemente Comprometido	1	1
			5: No Comprometido		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE:	B Control de Eliminación	CAMPO:	1 Fisiológico Básico	CLASE:	B Control de Eliminación	CAMPO:	1 Fisiológico Básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO	
1804 Ayuda con los autocuidados: aseo <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el patrón usual de defecación, incluir hora del día, cantidad y frecuencia de deposición • Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación • Cuidar la intimidad del paciente • Limpieza e higiene al terminar la eliminación • Cambiar la ropa del paciente al terminar la eliminación 		CIENTÍFICO <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suele haber múltiples razones de estreñimiento; el primer paso consiste en la valoración de los patrones usuales de eliminación intestinal. ✓ Se recomienda el uso del retrete de 5 a 15 minutos después de cada 		0450 Manejo del Estreñimiento <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar aparición de signos y síntomas de estreñimiento • Revisar medicación que toma la paciente • Comprobar movimientos intestinales • Establecer pautas de aseo en conjunto con cuidador • Fomentar la ingesta de líquidos • Educar a la familia sobre la ingesta de dieta rica en fibra • Pesarse al paciente regularmente 		CIENTIFICO <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mucha medicación puede causar estreñimiento incluyendo antihipertensivos, anti convulsionantes (Tallet et al, 2003). ✓ Si hubiera impactación fecal intestinal será necesario acudir a 	

	<p>comida, especialmente tras el desayuno, la eliminación fecal constituye un acto muy privado y la carencia de intimidad puede reducir el estreñimiento (Michaels, 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Palpar abdomen en busca de distensión • Animar al paciente para que realice más actividades como moverse en su cama, girar, arrastrarse. 	<p>un centro médico con urgencia (Hinrichs et al, 2006)</p> <p>✓ El aumento de la actividad incrementa la motilidad intestinal, lo cual reduce el estreñimiento. (Hinrichs, 2011)</p>
--	---	---	---

Tabla 7 Intervención de Enfermería
 Elaborado por: Viviana Robalino
 Fuente: Base de Datos

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
DOMINIO: 4 Actividad / Reposo CLASE: 1 Reposo / Sueño CÓDIGO DE DX: 00096 Deprivación del sueño	RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTAJE DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
Periodos de tiempo prolongados sin sueño (Suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsistencia). Deprivación del sueño relacionado con malestar prolongado y cambio de etapas de sueño relacionado con el aumento de la edad, manifestado por agitación, cansancio e irritabilidad.	Dominio: 1 Salud Funcional Clase: A Mantenimiento de Energía 0003 Descanso	Tiempo de descanso	1: Gravemente comprometido	3	4
		Calidad de Descanso	2: Sustancialmente comprometido	2	4
		Descansado físicamente	3: Moderadamente Comprometido	3	3
		Descansado emocionalmente	4: Levemente Comprometido	3	3
		Descansado mentalmente	5: No Comprometido	3	3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE:	1 Fisiológica Básico	CAMPO:	F Facilitación del Autocuidado	CLASE:	1 Fisiológica Básico	CAMPO:	F Facilitación del Autocuidado
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
1850 Mejorar el Sueño <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño del paciente; registrar la historia del sueño • Explicar la importancia del sueño completo y cómodo • Enseñar al paciente a controlar las pautas del sueño • Ajustar el ambiente para un sueño reconfortante (luz, Ruidos, Clima). 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ La valoración de la conducta y los patrones del sueño son una parte importante de cualquier exploración del estado de salud (Landis, 2002) ✓ En un usuario deprimido o bajo estrés, muchos 		Música Terapia <ul style="list-style-type: none"> • Definimos el cambio fisiológico que deseamos lograr con la terapia (Relajación). • Ayudar a la paciente a adoptar una posición cómoda • Limitar estímulos ajenos y extraños • Brindar un ambiente de tranquilidad y confianza 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ el uso de técnicas de relajación para fomentar el sueño en personas con insomnio se ha demostrado eficaz. (Floyd et al 2009) ✓ Los usuarios han informado que las posiciones incomodas y el 	

<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a Eliminar las situaciones de estrés antes de irse a dormir. • Ayudar al paciente a delimitar las siestas durante el día. • Realizar actividades recreativas para fomentar la actividad durante el día • Fomentar el aumento de las horas de sueño. • Observar el patrón de eliminación, se debe pedir la paciente que disminuya la ingesta de líquidos por la tarde. 	<p>síntomas asociados con la Deprivación del sueño probablemente surgen a partir de una hiperactivación del sistema nervioso central (Sateia et al,2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El estar expuesto demasiado tiempo a un ruido excesivo se experimenta una mala calidad del sueño (Topf et al, 2012) ✓ Muchos ancianos se despiertan para 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse que el material como cintas de música y equipo reproductor se encuentre en buen estado • Evitar dejar puesta la misma música durante largos periodos 	<p>dolor son factores comunes de trastorno del sueño (Sateia et al, 2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El ruido excesivo deteriora el sueño(Floyd, 1999)
--	--	--	---

	orinar por las noches. El aumento de la ingesta de líquidos por la noche aumenta la Nicturia, por lo cual se provoca el deterioro del sueño. (Avidan, 2005).		
--	---	--	--

Tabla 8 Intervención de Enfermería
Elaborado por: Viviana Robalino
Fuente: Base de Datos

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA							
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
DOMINIO: 11 Seguridad / Protección CLASE: 2 Lesión Física CÓDIGO DE DX: 00155 Riesgo de Caídas			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTAJE DIANA	
						MANTEN ER	AUMENT AR
Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. Riesgo de Caídas relacionado con deterioro físico y deterioro cognitivo leve			Dominio: I Salud Funcional	Movimiento Muscular	1: Gravemente comprometido	2	3
			Clase: C Movilidad 0208 Movilidad	Mantenimiento de la posición corporal	2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente Comprometido 4: Levemente Comprometido 5: No Comprometido	1	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE:	F Facilitación del Autocuidado	CAMPO:	1 Fisiológico Básico	CLASE:	V Control de Riesgos	CAMPO:	4 Seguridad

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES		INTERVENCIONES INDEPENDIENTES	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO	ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
<p>1804 Ayuda con los Autocuidados:</p> <p>Aseo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. • Ayudar al paciente en el aseo • Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad. • Disponer intimidad durante la eliminación. • Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación. • Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación. 	<p>CIENTÍFICO</p> <p>✓ El baño individualizado produce una experiencia positiva en el baño y preserva la dignidad del usuario, la limpieza con toallas húmedas ayuda a mantener una mejor intimidad del paciente.</p> <p>(Camberg, 2004).</p>	<p>6490 Prevención de caídas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser cuidadoso al levantar al paciente. • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. • Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia. • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y a desnivel, escaleras sin barandillas). • Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse 	<p>CIENTIFICO</p> <p>✓ 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 sillas de rueda y camas</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Limpiar el utensilio de la eliminación. • Enseñar al paciente/ otras personas significativas la rutina del aseo. • Asegurar la vasenilla durante la eliminación para que no exista caídas de la cama. • Proteger al paciente de corrientes de frio mientras el baño y eliminación. • Bañar al paciente geriátrico antes de dormir. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El usuario percibe menos intimidad si participa más de un cuidador durante el baño (Calkins, 2005) ✓ El bañar a un paciente geriátrico antes de dormir ayuda a fomentar un mejor descanso.(Kanda, 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo. • Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama • Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente. • Responder a la luz de llamada inmediatamente. • Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados • Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. • Educar a los miembros de la familia sobre los factores de 	<p>antes del movimiento, (Thapa,2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los usuarios que presentan deterioro en la movilidad, alteraciones visuales y atracciones neurológicas, incluyendo demencia y otros déficit funcionales cognitivos, están en riesgo de presentar lesiones por peligros comunes. (Tinetti, 2003).
--	--	---	--

				riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
CLASE:	V Control de Riesgos	CAMPO:	4 seguridad	CLASE:	CAMPO:		
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			INTERVENCIONES INDEPENDIENTES				
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
3540 Prevención de úlceras por presión <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). • Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ La causa de la herida debe ser determinada antes de implementar las intervenciones apropiadas. ✓ La humedad contribuye a la aparición de 					

<p>para determinar el riesgo de úlceras de presión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar el estado de la piel. • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración. • Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad. • Darle la vuelta continuamente cada 1-2 horas. • Darle la vuelta con cuidado para evitar lesiones en una piel frágil. • Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás 	<p>úlceras por presión debido a la maceración de la piel (WONC, 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elegir los apósitos para proporcionar un entorno húmedo, mantener la piel seca que rodea a la herida. (Ayello, 2003). ✓ Evitar los masajes en puntos de presión y prominencias óseas ya que el masaje puede conducir al traumatismo hístico profundo 		
---	--	--	--

<p>puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. • Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas. • Humedecer la piel seca, intacta. • Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño. • Aplicar protectores para los codos y los talones, si procede. • Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal. 	<p>(Clinical Practice Guidelines, 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La piel seca está causada por la pérdida de líquido, el aumento de su ingesta hidrata la piel. (Sibbad, 2001) ✓ Evitar los productos de cuidado cutáneo que contengan alérgenos como lanolina, látex y tintes (Sibbald y Cameron, 2006) ✓ La valoración temprana e intervención ayudan a prevenir 		
---	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los miembros de la familia y cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel o enrojecimiento. 	<p>la aparición de problemas graves. Los elementos básicos de la valoración cutánea son la valoración de la temperatura, color, humedad, turgencia e integridad. (Baranoski y Ayello, 2003).</p>		
--	---	--	--

Tabla 9 Intervención de Enfermería
 Elaborado por: Viviana Robalino
 Fuente: Base de Datos

V. CONCLUSIONES

- Como resultado del análisis de caso he encontrado que al aplicar los cuidados de enfermería basados en las necesidades de la paciente he mejorado su estilo de vida, he ahí que radica la importancia de nuestra carrera al educar, enseñar y fomentar la prevención de las enfermedades para así evitar daños y efectos a futuro.
- Es trascendental la actuación y vigilancia por parte de enfermería en este tipo de pacientes ya que requiere de seguimiento y rastreo, pero sobretodo de cumplimiento de protocolos y cuidados específicos ya estipulados para estos casos.
- Con la aplicación de los cuidados de enfermería planteados en este análisis de caso clínico, se puede decir que la paciente ha mejorado su calidad de vida, ha aprendido a asearse sola; continua con el medicamento para la hipertensión el mismo que lo lleva con responsabilidad y puntualidad a la hora de tomar dicho fármaco, lo que le ha permitido que pueda ser menos dependiente de su esposo (cuidador).
- Al realizar este análisis de caso he enriquecido mis conocimientos tanto teóricos como prácticos en cuanto a la aplicación de cuidados de enfermería, es por eso que recomiendo que el personal de salud en especial el de enfermería debería realizar más análisis de caso para así darse cuenta de las verdaderas necesidades en los pacientes con diferentes patologías.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ávila, Adriana, et al. Revista Brasileira de Hipertensão, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-10, 2010.

Cípullo, José Paulo, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. vol.94. no4, São Paulo, abr.2010.

Costa, Maria F. F. de L, et al. Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. Revista de Saúde Pública vol.43 supl.2 São Paulo, no 2009

Eduardo, A. (14 de abril de 2013). En Ecuador, de cada 100000 personas, 1373 tiene problemas de hipertension. los andes, pág. 45.

Esquivel, V. Jiménez, M. (2010). Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Costa Rica Salud Pública

Figueroa, C. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. Programa psicología de la Salud de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Vol. 22, Nro.2 169-174.

Gonzales, R, Alcalá, J. (2010) Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. Vol. 53, N.o 5. Septiembre-Octubre. 2010, Vol. 19, N.

Hypertension, E. S.-E. (2013). arterial hypertension. European Society of Cardiology. OMS. (2013). Prevalencia global de la Obesidad. organización mundial de la Salud, 38 - 39.

Zanchetti, A. (2001). Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. Vol. 6, No. 2.

LINKOGRAFÍA

Alejandra Hurtado. (2012). Hemiplejia. Mayo 13 2015, de Buenas Tareas Sitio web: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Hemiplejia/3305511.html>

American Heart Association. (2011). la Presion Arterial y su Salud. Mayo 13 2015, de American Society of Hypertension Sitio web: <http://www.ash-us.org/documents/bloodpressurehealthspanish.pdf>

Bescós, E., Crespo, A... (2009). Hipertension Arterial. 12 mayo 2015, de Meynet Sitio web: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>

Características de la Hipertensión. Bibliografía de botanical on-line. <http://www.botanical-online.com/medicinalshipertension.htm>

Florimon, F. (2005). Hipertensión Arterial. <http://www.misalud.com/articulo1.html>
<http://psicologiagranollers.blogspot.com/2012/03/piramide-de-maslow-o-jerarquia-de-las.html>

Maratma Miguel. (2005). Enfermedades del Sistema Cardiovascular. Hipertensión Arterial. Capitulo10. <http://files.sld.cu/hta/files/2010/02/capitulo-10-hipertension-arterial-pags-90-a-109-autor-dr-miguel-matarama-penate.pdf>.

Matilde Alvarado, Madeleine Wallace, Fulwood R. (2008) Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. Enfermedades cardiovasculares a diversos grupos. http://www.nhlbi.nih.gov/health/dcisp/Diseases/hbp/hbp_risk.html

Office Woman Health. (2010). Presión Arterial Alta. 12 mayo 2015, de FDA Sitio web:

<http://www.fda.gov/downloads/ForConsumers/ByAudience/ForWomen/ucm121904.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevalencia global de obesidad, Epidemiológica. Disponible: <Http://www.tecnociencia.es/especiales/obesidad/5.htm>.

Patrick Wagner-Grau. (2010). Fisiopatología de la hipertensión arterial. mayo 13 2015, de Scielo Sitio web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a03v71n4.pdf>

Silva Pedro. (2010). GUÍAS DIAGNÓSTICAS DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. Mayo 13 2015, de Hgm Mexico Sitio web: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/hemiplejia.pdf

BASE DE DATOS UTA

SPRINGER: Norman K. Hollemberg (2008) Atlas of Hypertension Recuperado el 13 de mayo de 2015 de: http://download-v2.springer.com/static/pdf/817/bfm%253A978-1-4615-6493-5%252F1.pdf?token2=exp=1431647533~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F817%2Fbfm%25253A978-1-4615-6493-5%25252F1.pdf*~hmac=5b1ac0a6fe7ab2df7c4f1b14cf944eaa1d53eb5b1bb02b9852f2366a00fb211f

SPRINGER: William White (2014) Clinical Hypertension and Vascular Diseases Recuperado el 13 de mayo de 2015 de: http://download-v2.springer.com/static/pdf/738/bfm%253A978-1-4939-1982-%252F1.pdf?token2=exp=1431648010~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F738%2Fbfm%25253A978-1-4939-1982-6%25252F1.pdf*~hmac=f106d57bd9416cc1f7fa40dd997696a46168c81aa2eb63a8e3b4ca24395aed43

SCIELO: Weschenfelder Magrini, D.; Gue Martini, J.. (2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. 20 de Julio de 2015, de Scielo Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200022&script=sci_arttex

SCIELO: Cleotilde García Reza; Patricia Belén Mondragón Sánchez; Matiana Morales del Pilar; María Elizabeth Medina Castro. (2011). Ejercicio físico con ritmo: intervención de enfermería para el control de la hipertensión arterial . 22 DE JULIO 2015, de SCIELO Sitio web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400009

SCIELO: Rey Arturo Salcedo-Álvarez, Blanca Consuelo González-Caamaño, Araceli Jiménez Mendoza, Vanessa Nava Ríos, Dheeni Azyade Cortés Olgún, Martha Belem Eugenio Retana. (2012). Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. 15 DE MAYO 2015, de SCIELO Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166570632012000300004&script=sci_arttext

EBSCOHOST: Silva Brito, Silmery; Valeria Nêbrega, Renata; Ribeiro dos Santos, Srgio; Porto Bezerra, Eva; de Freitas Macedo Costa, Ktia Nyla; Lopes Costa, Marta Miriam. (2013). SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA AOS HIPERTENSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA. 13 DE AGOSTO 2015, de EBSCOHOST Sitio web: <http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19818963&AN=90496144&h=9AfPUAZ2GUzZkdVkJa4BtcutVJunsqg%2bPZ2PzEIJNqRj9Z6hfS7bTD9E7cxXnRPCGxVG%2blcOiXTv5bB8>

VII. ANEXOS.

ANEXO 1

NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Siente usted que le falta el aire?	SI	NO
¿Desde cuándo siente que le falta el aire?	Me falta el aire al estar acostada, empezó desde que me quede sin poder caminar	
¿Se le ha puesto moradas las uñas de manos o pies en alguna ocasión?	SI	NO
¿Siente dolor al respirar?	SI	NO
¿Al toser expulsa flema?	SI	NO
¿La flema expulsada de color es?	Cuando saco la flema es transparente no tiene color	
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente refiere que le falta el aire al estar recostada sobre su espalda, la falta del mismo empieza desde que deja de caminar (hemiplejia), se puede visualizar que paciente puede desgarrar esputo y este es de color transparente. 		
DATOS OBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frecuencia respiratoria 19 x' ➤ Saturación parcial de oxígeno (95%) ➤ Tensión arterial: 130/80 ➤ Pulso: 68 x' ➤ Respiración Abdominal ➤ Uso de músculos accesorios 		

- Fatiga de músculos accesorios
- Ritmo Irregular
- Profundidad Normal
- Tos
- Agitación
- Ortopnea
- Presencia de Secreciones en fosas nasales

ANEXO 2

NECESIDAD DE COMER Y BEBER NORMALMENTE

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Se alimenta con tres comidas diarias todos los días?	SI	NO
¿Consume alimentos bajos en sal?	SI	NO
¿Consume alimentos que contengan leche, como queso, leche, yogurt?	SI	NO
¿Consume carnes rojas?	SI	NO
	Consumo carnes rojas y leche dos veces por semana porque no tenemos mucho dinero para comprarlo para todos los días.	
¿Qué cantidad de líquidos consume a diario?	Tomo entre 4 a 5 vasos de agua diariamente	
¿Necesita de ayuda para alimentarse?	SI	NO
¿Puede tragar la comida fácilmente?	SI	NO
¿Ha bajado de peso en el último año?	SI	NO
¿Toma alguna Vitamina?	SI	NO
¿Ha perdido el apetito?	SI	NO
EXPLORACION FISICA		
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <p>➤ Paciente refiere consumir tres comidas diarias, expresa consumir alimentos bajos en sal; lácteos y proteínas son consumidos dos veces a la semana por falta de recursos económicos, consume entre 4 a 5 vasos de agua diariamente</p>		

- Paciente expresa necesitar ayuda para alimentarse puesto que no puede sostener sus platos, se le dificulta tragar los alimentos, ha bajado de peso durante el último año y su apetito ha disminuido, se aplica cuestionario “Conozca Su Salud Nutricional” obteniendo un puntaje de 11 puntos, riesgo nutricional alto. (Anexo 2.1)

DATOS OBJETIVOS

- Náusea
- Encías inflamadas
- Falta de piezas dentales
- Peso: 36 kg
- Talla: 144 cm
- IMC: 17.4 BAJO PESO
- 3 comidas diarias
- Sed
- Bajo tono muscular
- Falta de masticación
- Expulsión de comida fuera de la boca
- Turgencia de piel presente en zona abdominal
- Piel reseca

ANEXO 2.1

➤ Cuestionario “Conozca su salud nutricional”

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Ha tenido alguna enfermedad o afección que le ha hecho cambiar de tipo y/o cantidad de alimento que come?	2	
2. ¿Toma menos de dos comidas al día?		0
3. ¿Come poca fruta, vegetales o productos lácteos?	2	
4. ¿Toma más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario?		0
5. ¿Tiene problemas dentales que le dificulten comer?	2	
6. ¿Tiene dinero suficiente siempre para comprar la comida que necesita?		0
7. ¿Come sola la mayoría de veces?		0
8. ¿Toma a diario tres o más fármacos recetados?	1	
9. ¿Ha perdido o ganado 5 Kg de peso en los últimos 6 meses?	2	
10. ¿Tiene problemas físicos que le impidan comprar, cocinar y/o comer por sí mismo?	2	
PUNTUACION TOTAL	11	

FUENTE:

[http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/conozca su salud nutricional.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/conozca_su_salud_nutricional.pdf)

ANEXO 3

NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Siente dolor al defecar?	SI	NO
¿Sufre de estreñimiento?	SI	NO
¿Cuántas veces a la semana defeca?	Hago la caca 5 veces a la semana	
¿Necesita ayuda para el cambio de su pañal?	SI	NO
¿Duele o arde al orinar?	SI	NO
¿Orina mucho por las noches?	SI	NO
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<p>➤ Paciente refiere ser dependiente de su esposo (cuidador) para su cambio de pañal cuando realiza sus necesidades fisiológicas, además expresa que orina más seguido en la noche y que defeca 5 veces a la semana.</p>		
DATOS OBJETIVOS		
<p>➤ Heces de consistencia blandas</p> <p>➤ Flatulencias y gases frecuentes</p> <p>➤ Uso de pañal</p> <p>➤ Nicturia</p> <p>➤ Paciente alcanza puntuación de 0 puntos aplicando Índice de Barthel, Dependencia Total. (Anexo 3.1).</p>		

ANEXO 3.1

➤ Índice de Barthel

MICCIÓN		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
5	Incontinencia Ocasional	Tiene Incontinencia ocasional o no le da tiempo de llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda
0	Incontinente	
RETRETE		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
TRASLADARSE DESDE LA CAMA AL SILLÓN O SILLA DE RUEDAS		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o sillas de ruedas, cerrando la silla, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima Ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos.

5	Gran Ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela sola.
10	Necesita Ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En sillas de Ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita Ayuda	Necesita ayuda física o verbal
0	Dependiente	
		0 TOTAL

FUENTE:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5#PT1

ANEXO 4

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Depende de otra persona para cambiar de posición en la cama?	SI	NO
¿Le duele alguna parte del cuerpo al cambiar de posición?	SI	NO
¿Permanece todo el día en cama?	SI	NO
¿Puede permanecer sentado sin ayuda?	SI	NO
¿Ha sentido usted que ha perdido la fuerza en extremidades?	SI	NO
En que extremidad ha perdido la fuerza para agarrar objetos?	He perdido toda la fuerza en Mano izquierda	
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<p>➤ Paciente refiere sentir dolor al moverse en la cama, al cambio de posición necesita ayuda de su esposo (cuidador), no puede mantenerse sentada sin ayuda y ha perdido fuerza y sensibilidad en parte izquierda de su cuerpo.</p>		
DATOS OBJETIVOS		
<p>➤ Paciente Encamado</p> <p>➤ Paciente sedentario por incapacidad física</p> <p>➤ Inestabilidad postural</p> <p>➤ Deterioro musculo esquelético</p> <p>➤ Dependencia total para cambiar de posición</p> <p>➤ Inmovilidad</p> <p>➤ Debilidad generalizada</p>		

- Paciente alcanza puntuación de 0 puntos aplicando Índice de Barthel.
Dependencia Total. (Anexo 3.1).

ANEXO 5

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Duerme usted por más de 6 horas seguidas?	SI	NO
¿Duerme siestas durante el día?	SI	NO
¿Tiene usted dificultad para conciliar el sueño?	SI	NO
¿Por qué cree usted que no puede dormir por las noches?	Porque hace mucho frio y me quita el sueño	
¿Se siente cansada durante el día?	SI	NO
	Siento mucho sueño durante el día, pero tampoco puedo dormir	
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente expresa que se le hace difícil conciliar el sueño en las noches ya que en su hogar hace mucho frio, no puede dormir por más de seis horas seguidas, además refiere que durante el día siente sueño se siente cansada pero no puede tampoco dormir. 		
DATOS OBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente Encamado ➤ Ronquidos ➤ Cansancio ➤ Ojeras ➤ Paciente alcanza puntuación de 12 puntos aplicando Athems Insomnia Scale. Insomnio Crónico (ANEXO 5) 		

ANEXO 5.1

➤ Athens Insomnia Scale

INDUCCION DEL DORMIR	
0	Ningún Problema
1	Ligeramente retrasado
2	Marcadamente Retrasado
3	Muy Retrasado o no durmió en lo absoluto
DESPERTARSE DURANTE LA NOCHE	
0	Ningún problema
1	Problema menor
2	Problema Considerable
3	Problema serio o no durmió en lo absoluto
DESPERTAR FINAL MAS TEMPRANO DE LO DESEADO	
0	No más temprano
1	Un poco más temprano
2	Marcadamente más temprano
3	Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto
DURACION TOTAL DEL DORMIR	
0	Suficiente
1	Ligeramente insuficiente
2	Marcadamente insuficiente
3	Muy insuficiente o no durmió en absoluto
CALIDAD GENERAL DE DORMIR	
0	Satisfactoria
1	Ligeramente insatisfactoria
2	Marcadamente insatisfactoria
3	Muy insatisfactoria o no durmió nada
SENSACION DE BIENESTAR DURANTE EL DIA	
0	Normal
1	Ligeramente disminuido
2	Marcadamente disminuido
3	Muy disminuido

FUNCIONAMIENTO (FISICO Y MENTAL) DURANTE EL DIA	
0	Normal
1	Ligeramente disminuido
2	Marcadamente disminuido
3	Muy disminuido
SOMNOLENCIA DURANTE EL DIA	
0	Ninguna
1	Leve
2	Considerable
3	Intensa
12	TOTAL

FUENTE:

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACION+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

ANEXO 6

NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Se cambia todos los días de ropa interior?	SI	NO
¿Depende de otra persona para escoger su ropa diaria?	SI	NO
¿Puede cerrar sola los cierres de la ropa?	SI	NO
¿De qué persona depende para vestirse y desvestirse?	Dependo de mi esposo porque él es quien me cuida todos los días	
¿Puede abotonarse la ropa sola?	SI	NO
¿Le duele las manos al tratar de abotonar la ropa?	SI	NO
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente dependiente total de su esposo (cuidador) para vestirse y desvestirse, refiere no tener ropa limpia para cambiarse todos los días, y además, el esposo no le puede cambiar siempre de ropa porque se le hace complicado. ➤ Paciente refiere dolor en manos por lo que no puede ni alzar cremalleras ni abotonarse la ropa. 		
DATOS OBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Debilidad ➤ Leve Deterioro cognitivo (ANEXO 5) ➤ Inmovilidad ➤ Disminución de capacidad Visual ➤ Deterioro musculo esquelético ➤ Paciente aplicando Índice de Katz: PACIENTE DEPENDIENTE (ANEXO 6) 		

ANEXO 6.1

➤ Test de Pfeiffer

PREGUNTAS	RESPUESTAS ERRORES
¿Qué día es hoy? (día, mes, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente del país?	
¿Quién fue presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando desde 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	

TOTAL: 4 ERRORES – DETERIORO COGNITIVO LEVE

FUENTE:

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACION+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

ANEXO 6.2

➤ Índice de Katz

BAÑO	INDEPENDIENTE: Se baña sin asistencia o requiere asistencia para bañarse una parte del cuerpo
	DEPENDIENTE: Ayuda para bañarse más de una parte del cuerpo o entrar o salir de la bañera
VESTIDO	INDEPENDIENTE: Elige ropa y se viste completamente sin ayuda o ayuda para atarse los cordones
	DEPENDIENTE: Ayuda a vestirse
USO DEL BAÑO	INDEPENDIENTE: Concurre al baño para defecar y orinar. Se higieniza y arregla la ropa
	DEPENDIENTE: Ayuda
TRASLADO	INDEPENDIENTE: Entra y sale de la cama. Pasa de la cama a una silla sin ayuda
	DEPENDIENTE: Ayuda
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Controla micción y defecación completamente
	DEPENDIENTE: Incontinencia parcial o total
ALIMENTACION	INDEPENDIENTE: Come solo, sin asistencia o ayuda para cortar la comer o untar el pie
	DEPENDIENTE

TOTAL: Paciente dependiente

FUENTE:

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

ANEXO 7

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

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Suele usted sentir escalofríos?	SI	NO
¿Ha tenido episodios de fiebre?	SI	NO
¿Usted suda por las noches?	SI	NO
¿Siente frio por las noches?	SI	NO
¿Cómo calma el frio por las noches?	Me abrigo con más cobijas aunque estas en su mayoría son muy finas	
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<p>➤ Paciente refiere sentir mucho frio por las noches, trata de cubrir esta necesidad cubriéndose con más cobijas aunque estas en su mayoría son muy finas y no la abrigan.</p>		
DATOS OBJETIVOS		
<p>➤ Temperatura Corporal: 36,7 °C</p> <p>➤ Edad: 78 años</p> <p>➤ Ropa inadecuada para el clima</p>		

ANEXO 8

NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD CUTANEA Y MUCOSAS

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Usted necesita de ayuda para asearse por las mañanas?	SI	NO
¿Cuántas veces se baña a la semana?	Me baños dos veces a la semana solo con trapitos	
¿Tiene comezón de cuerpo?	SI	NO
¿Cada que tiempo cambia de posición en cama?	Cada 6 horas mi esposo me da la vuelta	
¿Se le realizan curaciones diarias de la cadera por su herida?	SI	NO
¿Cada que tiempo se le cura la herida en la cadera?	Mi esposo me cura la herida pasando un día.	
AL CUIDADOR: ¿Sabe usted la manera correcta de curar las heridas que su esposa tiene por estar acostada varias horas seguidas?	No sé bien como curar pero limpio primero con agua de matico y luego le pongo crema	
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente refiere necesitar ayuda para asearse y bañarse, es ayudada por su esposo y realiza solo baños de esponja, este baño refieren lo realizan solo dos veces a la semana, además la paciente es cambiada de posición cada 6 horas por el cuidador porque él trabaja. ➤ Paciente refiere no saber cómo curar ulcera por presión en proceso de cicatrización, expresa que la limpia con agua de matico y luego aplica crema realizando este procedimiento pasando un día. 		

DATOS OBJETIVOS

- Paciente encamado
- Facies pálidas
- Uñas largas de manos y pies
- Halitosis
- Falta de higiene de cavidades
- Úlcera por Presión en proceso de cicatrización ubicada en Cadera Izquierda
- IMC: 17.4 PESO BAJO
- Humedad
- Paciente dependiente total del cuidador
- Deterioro musculo esquelético
- Debilidad generalizada
- Paciente según Escala de Braden alcanza 8 puntos. Riesgo Alto. (ANEXO 8.1)

ANEXO 8.1

➤ Escala de Braden. Valoración de Riesgo de Ulceras por Decúbito

Escala de Braden Bergstrom						
	Percepción Sensorial	Exposición a la Humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de Lesiones Cutáneas
1	Completamente Limitada	Constantemente Húmeda	En Cama	Completamente Inmóvil	Muy Pobre	Problemas
2	Muy Limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy Limitada	Probablemente Inadecuada	Problema Potencial
3	Ligeramente Limitada	Ocasionalmente Húmeda	Deambula Ocasionalmente	Ligeramente Limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin Limitaciones	Raramente Adecuada	Deambula Frecuentemente	Sin Limitaciones	Excelente	

TOTAL: 8 puntos

FUENTE:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5#PT1

ANEXO 9

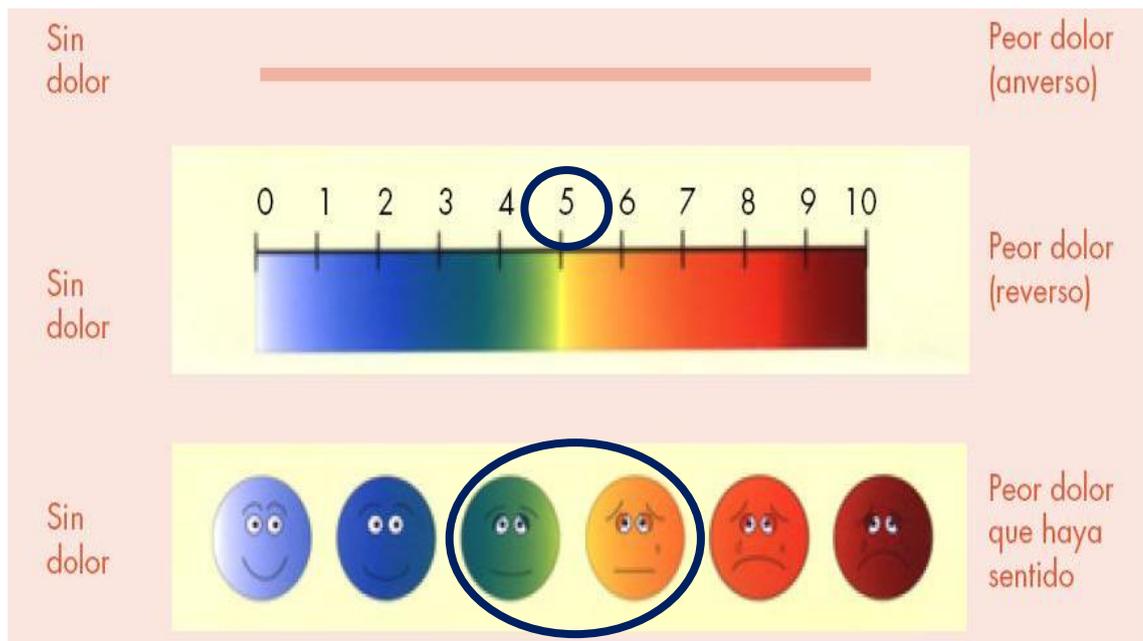
NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Se siente usted nerviosa por su enfermedad?	SI	NO
¿Está preocupada por empeorar?	SI	NO
¿Su familia viene a visitarla?	SI	NO
¿Se le realiza control médico mensualmente?	SI	NO
¿Con que frecuencia recibe las visitas domiciliarias por parte del personal de salud?	El doctor y enfermera del centro de salud me vienen a visitar todos los meses.	
¿Se siente segura en su hogar?	SI	NO
¿Porque no se siente segura en casa?	Porque me siento sola cuando mi esposo sale a trabajar, me da miedo rodar y caer de la cama, mi esposo me deja con candado todas las puertas cuando el sale y me siento encerrada.	
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente refiere sentirse asustada y nerviosa por empeorar, no se siente apoyada por su familia y esta no la visita, siente miedo de quedarse sola en casa por miedo constante de caerse de la cama y se siente encerrada cuando su esposo sale puesto que deja las puertas con candado. 		
DATOS OBJETIVOS		

- Inmovilidad
- Nerviosismo
- Irritabilidad
- Leve Deterioro cognitivo (ANEXO 6.1)
- Tristeza
- Falta de barreras en cama
- Entorno Desordenado
- Paciente alcanza puntuación de 5/10 puntos aplicando Escala Visual del Dolor (ANEXO 9.1)
- Paciente alcanza puntuación de 5/14 puntos aplicando Escala de Riesgo de Caída Múltiples de J.H Downton (ANEXO 9.2)

ANEXO 9.1

- Escala Visual Analógica del dolor.



TOTAL: Paciente obtiene 5/10 en escala del Dolor.

FUENTE: <http://jaimedelrio.es/wp-content/uploads/2013/05/La-Escala-Visual-Anal%C3%B3gica.pdf>

ANEXO 9.2

➤ Escala de riesgo de caídas múltiples de J.H Dowton

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H DOWNTON)		
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES / SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKIMSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1

	IMPOSIBLE	1
>2 ALTO RIESGO DE CAIDA	TOTAL	5

FUENTE: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2013/eim131c.pdf>

ANEXO 10

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMAS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Siente temor a la conversa con otras personas?	SI	NO
¿Siente usted soledad?	SI	NO
¿Siente que su familia la quiere?	SI	NO
¿Está satisfecha con su relación en la familia?	SI	NO
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?	SI	NO
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none">➤ Paciente refiere sentirse sola, rechazada y no querida por su familia, esta no está contenta con el tiempo que ella y su familia pasan juntos.		
DATOS OBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none">➤ Leve Deterioro cognitivo (ANEXO 5)➤ Dificultad visual➤ Baja autoestima➤ Bajo nivel educacional➤ Pobreza➤ Paciente alcanza un APGAR Familiar de 5 puntos. Disfunción de familia Moderada. (ANEXO 10.1)		

ANEXO 10.1

➤ APGAR Familiar

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia la quiere?	0	1	2
TOTAL		5	

TOTAL: 8 PUNTOS. DISFUNCION FAMILIAR MODERADA

FUENTE:

http://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/APGAR_FAMILIAR.pdf

ANEXO 11

NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Siente usted algún miedo?	SI	NO
¿Cree usted en algún Dios?	SI	NO
	Creo en Dios y en la Virgen de Agua Santa, a ella le oro todos los días para que a mí y a mi esposo nos cuide todos los días, soy católica.	
¿Cree en la medicina natural para la sanación de su enfermedad?	No creo que ninguna planta ni remedio natural me cure si los médicos no lo han podido hacer.	
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<p>➤ Paciente refiere no sentir miedo, es de religión católica cree en Dios y óra todos los días para el cuidado de ella y su esposo, no cree que los remedios naturales ni las plantas la curen.</p>		

ANEXO 12

NECESIDAD DE AUTOREALIZACION

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Se siente sola?	SI	NO
	Me siento sola cuando mi esposo me deja encerrada con candado por el ir a trabajar	
¿Antes de su enfermedad usted trabajaba?	SI	NO
¿Antes de su enfermedad usted se sentía realizada como persona?	SI	NO
¿Ha afectado su vida personal el haber enfermado y sufrir la parálisis?	SI	NO
	El estar enferma hizo que mi esposo y yo nos alejemos y yo deje de trabajar, me siento en ocasiones inútil y no tengo nada que hacer en casa porque no me puedo mover de la cama.	
EXPLORACION FISICA		
<p>DATOS SUBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente refiere sentirse sola cuando su esposo sale a trabajar y en casa se queda encerrada, expresa que se siente inútil al no poder hacer nada y quedarse todo el día en casa porque ella antes de su enfermedad trabajaba y ayudaba con el ingreso económico en el hogar. ➤ Paciente en Cuestionario de Duke-Unc. Alcanza un puntaje de 20 puntos. APOYO SOCIAL PERCIBIDO COMO BAJO (ANEXO 11) 		

DATOS OBJETIVOS

- Aislamiento físico
- Aislamiento Social
- Alteración del humor

ANEXO 12.1

➤ Cuestionario Duke-Unc

CUESTIONARIO DUKE – UNC.					
	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familia					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas familiares y personales					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
TOTAL			20		

FUENTE: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_duke_unc.pdf

ANEXO 13

NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Mientras pasa sola en casa tiene pasatiempos en los cuales se entretiene?	SI	NO
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none">➤ Paciente refiere que se aburre en casa y no tener pasatiempos en los cuales entretenerse cuando se queda sola.		
DATOS OBJETIVOS		
<ul style="list-style-type: none">➤ Entorno desprovisto de actividades recreativas		

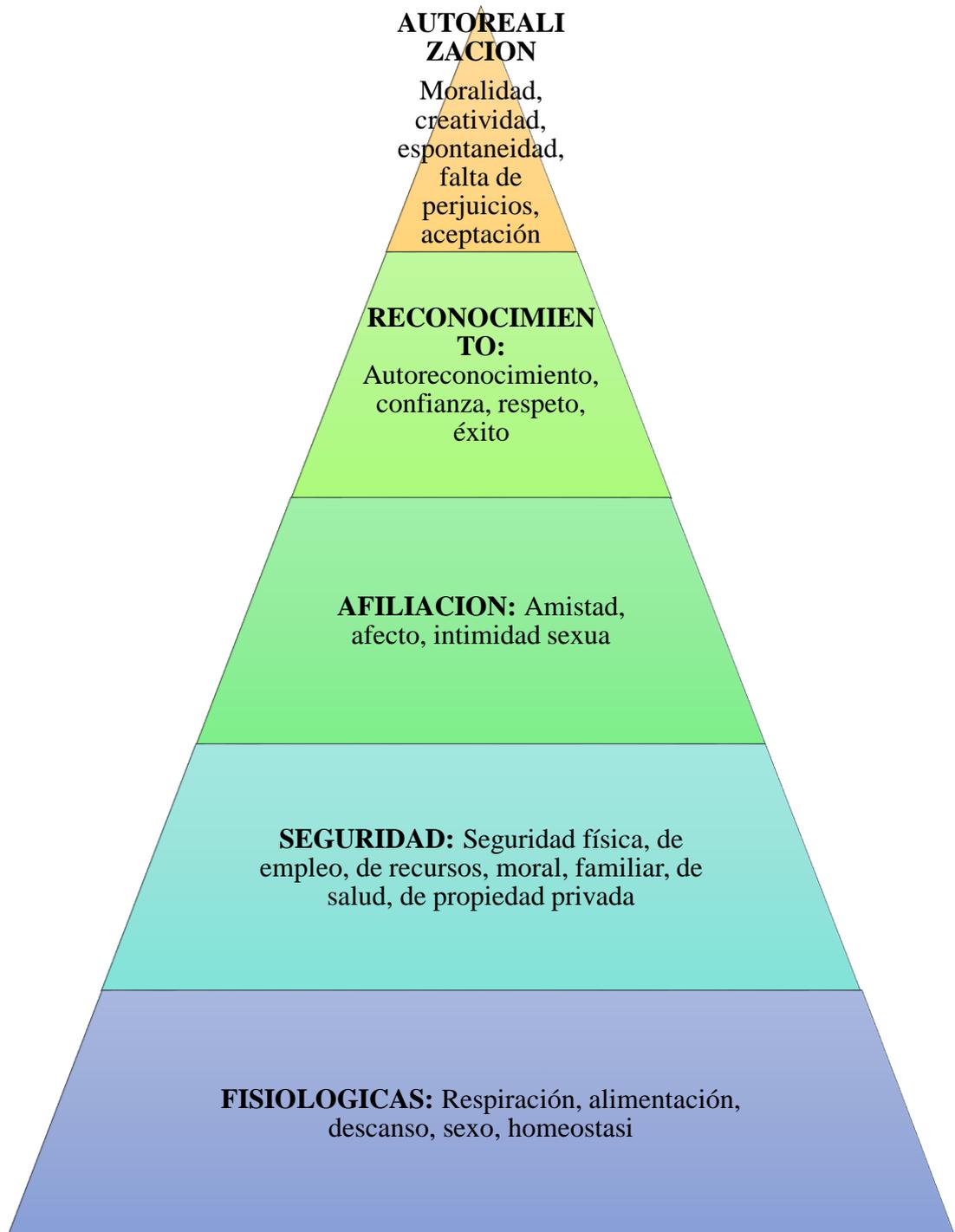
ANEXO 14

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

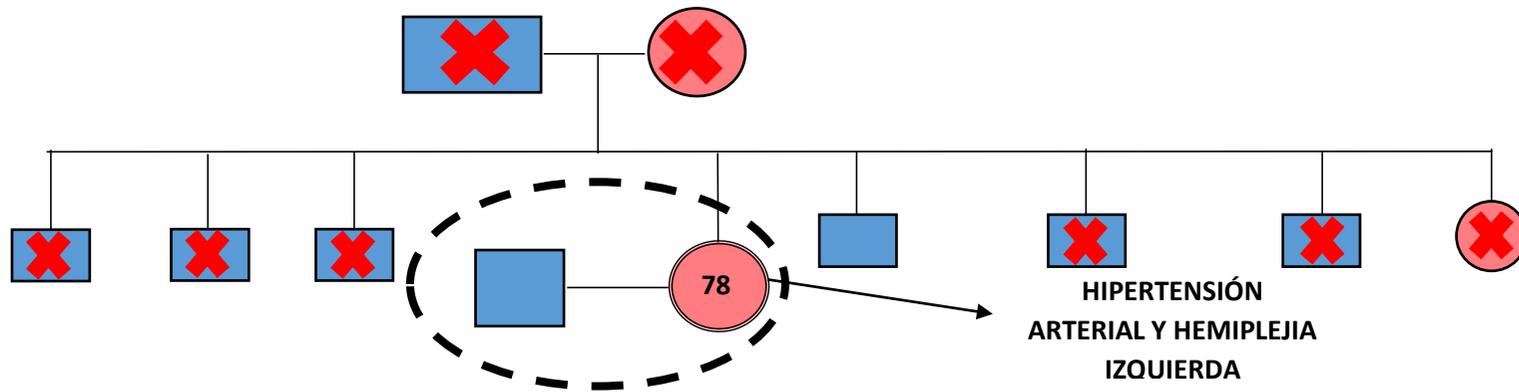
ENTREVISTA		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	
¿Sabe leer y escribir?	SI	NO
¿Sabe cómo tomar su medicación?	SI	NO
¿Necesita ayuda para tomar su medicación?	SI	NO
¿Le han Explicado sobre su enfermedad?	SI	NO
EXPLORACION FISICA		
DATOS SUBJETIVOS		
<p>➤ Paciente refiere no saber leer ni escribir, pero sabe cómo tomar su medicación porque las enfermeras del centro de salud le pintaron de colores las cajas de medicación, pero para tomarla necesita ayuda de su esposo porque ella ya no puede ver bien, además expresa que sabe de su enfermedad porque personal de salud que la visita mensualmente le explican sobre la misma.</p>		
DATOS OBJETIVOS		
<p>➤ Dificultades Económicas</p> <p>➤ Deterioro Visual</p>		

ANEXO 15

**PIRAMIDE DE MASLOW
JERARQUIA DE NECESIDADES**



**ANEXO 16
FAMILIOGRAMA**

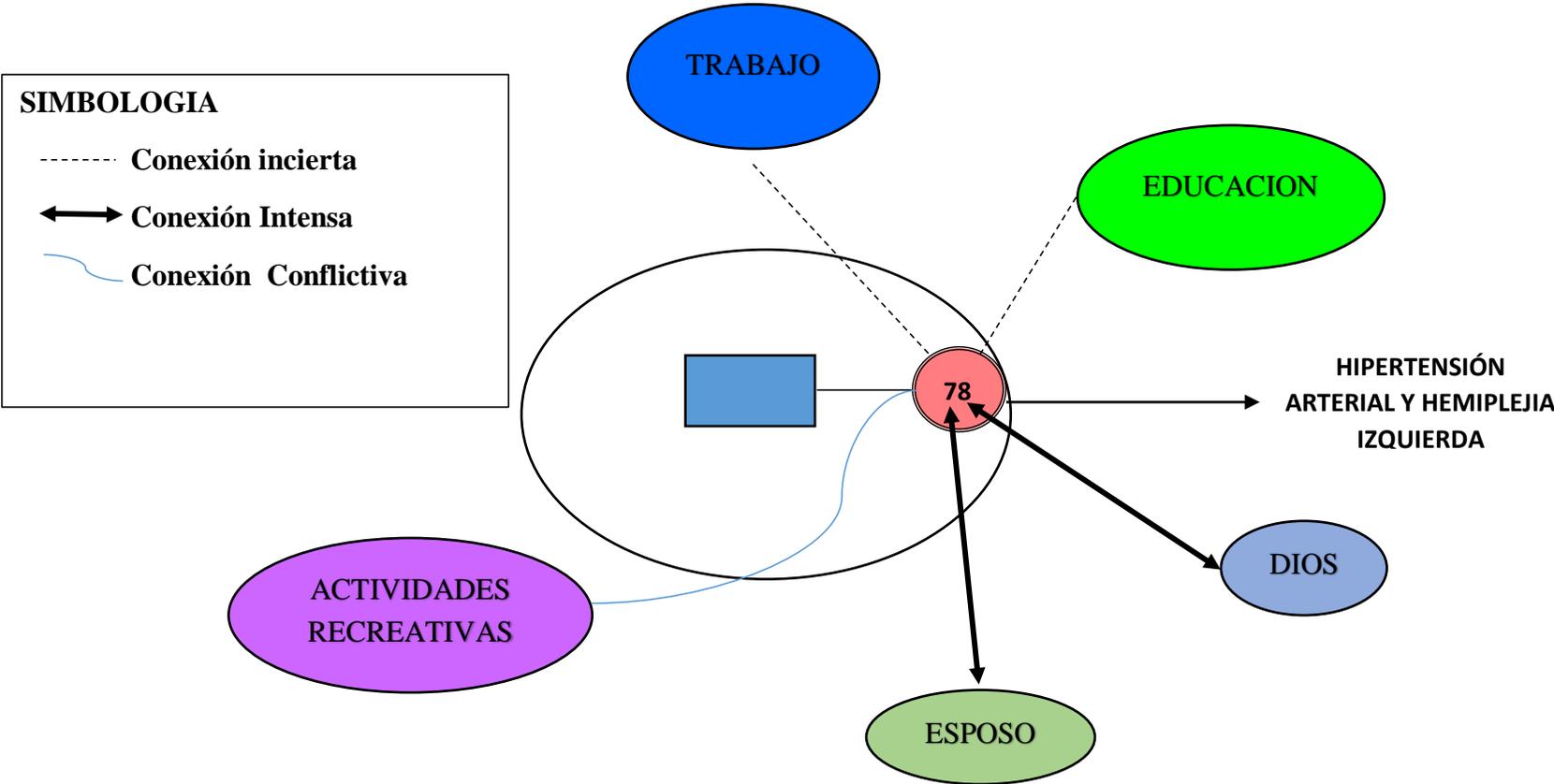


SIMBOLOGIA

-  Hombre
-  Mujer
-  Fallecido
-  Casados

ANEXO 17

ECOMAPA



ANEXO 18

FOTOGRAFIAS





