



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADOLESCENTE, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE; AMBATO TUNGURAHUA”

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

Autora: Soria Lascano, Jenny Sofía

Tutora: Lic. Mg. Farinango Pineda, Betty Amparo

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADOLESCENTE, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE; AMBATO TUNGURAHUA” de Jenny Sofía Soria Lascano

estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2015

LA TUTORA

.....
Lic. Farinango Pineda, Betty Amparo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADOLESCENTE, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE; AMBATO TUNGURAHUA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2015.

LA AUTORA

.....
Soria Lascano, Jenny Sofía

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Septiembre del 2015.

LA AUTORA

.....
Soria Lascano, Jenny Sofía

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADOLESCENTE, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE; AMBATO TUNGURAHUA”** de, Jenny Sofía Soria Lascano Estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2015.

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico al forjador y guía en mi camino, a Dios por darme la fuerza sabiduría para poder llegar al final de mi meta.

A mis Padres quienes con su esfuerzo, nobleza y entusiasmo depositaron en mí su confianza y me brindaron lo necesario para llegar hasta donde estoy, siendo el soporte necesario para mi superación.

A toda mi familia y amigos quienes con su apoyo en los buenos momentos y sus palabras de aliento en momentos difíciles fueron una la motivación más grande para concluir con éxito este proyecto.

Jenny Sofía Soria L

AGRADECIMIENTO

La vida se encuentra llena de retos, una de ellas es la vida universitaria. Es por eso que extiendo mi más sinceros agradecimiento a Dios por arme fuerza y ser mi guía para seguir cumpliendo mis sueños

A mis padres quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA de AMBATO la cual abrió abre sus puertas para preparar y formar profesionales calificados para un futuro competitivo.

Jenny Sofía Soria L.

ÍNDICE

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	x
SUMMARY	xii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
1. OBJETIVO GENERAL	3
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE	4
A.- INFORMACIÓN OBTENIDA DE HISTORIAS CLÍNICAS:	4
NEUROLOGÍA INFANTIL	6
VISITAS DOMICILIARIAS	7
B. IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:	8
PATRÓN 1. PERCEPCIÓN–MANEJO DE LA SALUD	8
PATRÓN 2. NUTRICIONAL–METABÓLICO	8
PATRÓN 3. ELIMINACIÓN	9
PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO	9
PATRÓN 5. SUEÑO-DESCANSO	10
PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTUAL	10
PATRÓN 8. PATRÓN ROL RELACIONES	10
PATRÓN 9. DE SEXUALIDAD–REPRODUCCIÓN	11
PATRÓN 10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS	11

PATRÓN 11. VALORES-CREENCIAS.....	11
IV. DESARROLLO.....	12
A.- DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO.....	12
B.- DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	15
C.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:	16
D.- IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	18
E.- CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:	22
F.- PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO:	30
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA	57
LINKOGRAFÍA	58
V. ANEXOS.....	60

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADOLESCENTE, PERTENECIENTE AL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE; AMBATO TUNGURAHUA”

Autor: Soria Lascano, Jenny Sofía

Tutor: Farinango Pineda, Betty Amparo

Fecha: Septiembre, 2015

RESUMEN

El presente Estudio y Análisis de Caso Clínico tuvo como finalidad analizar la evolución de la Parálisis Cerebral Infantil mediante la recolección de datos con instrumentos estructurados para identificar los principales puntos críticos y establecer oportunidades de mejora enfocados al cuidado de Enfermería que ayuden al mejoramiento de la calidad de vida, y a más de ello sirvan como punto de partida hacia otras investigaciones futuras.

Trata de una paciente de 15 años de edad, que presenta un diagnóstico de PCI desde su nacimiento, y que durante su vida ha ido deteriorando su sistema neuromotor como una secuela permanente, dentro de los datos que se han obtenido de la madre de la paciente, historia clínica y de visitas domiciliarias que se realizaron, se pudo determinar un embarazo en condiciones normales aunque con deficientes controles prenatales, un parto dificultoso que realizó en casa sin ayuda de los profesionales de salud y un evidente sufrimiento fetal ya que la niña tuvo dificultades para realizar el

llanto al nacimiento y que desde los primeros meses de vida se puede evidenciar alteraciones en su crecimiento y desarrollo neuromotor.

Para la elaboración del presente Análisis de Caso Clínico se empleó el método descriptivo que permite describir cada una de las estancias en que fue evolucionando la patología, el método Documental-Bibliográfica ya que tiene el propósito de detectar, ampliar y profundizar diferentes aspectos relacionados con la patología, y el método retrospectivo también es utilizado debido a que se realiza el estudio desde el apareamiento de la patología hasta la actualidad.

Es posible identificar diferentes factores de riesgo y puntos críticos que orientan a poner en marcha un Plan de Cuidados Integrales de Enfermería basados en la Taxonomía NANDA, NIC y NOC, para ayudar a la paciente a mejorar sus necesidades básicas y ofrecerle una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVES:

PARÁLISIS_CEREBRAL, DETERIORO_NEUROMOTOR, PATOLOGÍA,
CONTROL_PRENATAL, DESARROLLO_NUEROMOTOR.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSING CAREER

“NURSING INTERVENTION CEREBRAL PALSY AND QUALITY OF LIFE
TEEN, BELONGING TO SUB HEALTH CENTER BIG HUACHI ,
TUNGURAHUA AMBATO ”

Author: Jenny Sofía Soria Lascano

Tutor: Farinango Pineda, Betty

Date: September, 2015

SUMMARY

This Case Study and Analysis of Clinical aimed to analyze the evolution of cerebral palsy through the collection of structured data to identify the main critical points and establish improvement opportunities focused nursing care to help to improve the quality instruments of life, and most of it will serve as a starting point to other future research.

Is a patient of 15 years of age, having a diagnosis of PCI since birth, and which has deteriorated their neuromotor system during its life as a permanent sequel within the data obtained from the mother of the patient , clinic and home visits were made history, it was determined in normal pregnancy but with poor prenatal conditions, a difficult delivery that performed at home without the help of health professionals and an apparent fetal distress since the girl had difficulty for crying at birth and the first months of life it can show changes in their growth and neuromotor development.

To prepare this analysis Case Report the descriptive method to describe each of the rooms that was evolving pathology, documentary-bibliographic method as it is

intended to detect, broaden and deepen different aspects was used pathology, and the retrospective method is also used because the study was done from the onset of the disease to date.

It is possible to identify different risk factors and critical points that guide launch a Plan of Comprehensive Care Nursing based taxonomy NANDA, NIC and NOC, to help the patient improve their basic needs and provide a better quality of life .

KEYWORDS: CEREBRAL_PALSY, NEUROMOTOR_DETERIORATION, PATHOLOGY, PRENATAL_CARE, NUEROMOTOR DEVELOPMENT.

I. INTRODUCCIÓN

Desde la mitad del siglo pasado los Pediatras, Neurólogos y Epidemiólogos se han preocupado por la etiología y el impacto sobre la PCI (Parálisis Cerebral Infantil), es por esta misma razón que los estudios dentro de este tema deben ampliarse para buscar mejores respuestas y avances médicos para el control, prevención y tratamiento de esta patología.

La Parálisis Cerebral Infantil, se la puede definir como un término descriptivo que se ha empleado históricamente para agrupar con objetivos terapéuticos, epidemiológicos y administrativos a diversos desórdenes motores y posturales causantes de limitación en la actividad. Estos son atribuidos a trastornos no progresivos que ocurrieron en el cerebro en desarrollo durante la etapa fetal o infantil temprana. A menudo se acompaña de daño sensorial, perceptivo, cognitivo, de la comunicación y conducta, además de epilepsia y otros problemas, dentro de los que se destacan dificultades en la alimentación, salivación, alteraciones gastrointestinales, musculoesqueléticas y psicoemocionales. (*Revista científica Scielo, 2009*).

El interés en la realización de este Análisis de Caso Clínico se viene dando desde la perspectiva en que, la Parálisis Cerebral Infantil es un patología que puede llegar a causar una discapacidad seria, y puede ser considerada también como una de las discapacidades físicas de la niñez más frecuentes que puede afectar seriamente a distintos niños y dejando secuelas permanentes en su vida, desde su niñez, adolescencia y por qué no hasta su vejez.

A lo largo de la historia se han evidenciado diferentes casos de Parálisis Cerebral Infantil que de acuerdo con el momento del daño cerebral, ésta se clasifica en congénita, cuando la lesión ocurre en las etapas prenatal, natal o neonatal; y adquirida o posnatal, cuando el daño al cerebro inmaduro ocurre después del primer mes de edad, siendo toda la población dentro de estas etapas consideradas como vulnerables. (*Levitt S. 2012*)

Una de las principales causas del inicio de esta Patología puede acreditarse a múltiples factores, el mayor número de casos ocurre en el momento del nacimiento en que por distintos motivos puede darse la aparición de una hipoxia cerebral lesionando zonas del mismo y provocando alteraciones irreparables que conlleven a la aparición de secuelas permanentes, también se puede considerar un factor importante la falta de controles prenatales los cuales pueden ayudar a detectar cualquier anomalía y actuar de manera oportuna y precoz. La falta de atención por los niveles de salud en tiempo determinado puede aplazar el tiempo de actuación que requiere dicha patología, es decir que cada uno de estos aspectos puede considerarse factores de riesgo desencadenantes de un Parálisis Cerebral Infantil.

Esta patología puede ser considerada como una enfermedad crónica degenerativa y por ende un problema de Salud Pública a nivel mundial, siendo la principal causa de discapacidad infantil. A lo largo de la historia, diferentes investigaciones se han hecho presente para tratar de entender, definir y clasificar a la parálisis cerebral infantil que dentro de la prevalencia de la misma globalmente se encuentra aproximadamente que entre 2 y 3 por cada 1.000 nacidos vivos, adquieren esta patología. (Volpe JJ. 2009)

Los estudios tecnológicos y el avance de la ciencia en cuanto a investigaciones han mostrado la realidad en la que viven tanto los pacientes que adquieren Parálisis Cerebral Infantil como los familiares a cargo de su cuidado, con el fin de conocer aspectos de la vida diaria de tipo social, económico y del medio en que se desarrolla, para así poder identificar todos los problemas o las necesidades actuales o potenciales y poder clasificarlos, priorizarlos y así planificar un plan de mejoramiento mediante planes de cuidados de enfermería para mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

II. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Analizar la evolución de la Parálisis Cerebral Infantil mediante la recolección de datos con instrumentos estructurados.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Describir los principales puntos críticos de la patología de la paciente
- ✓ Identificar los factores de riesgo que favorecieron la evolución de la enfermedad
- ✓ Elaborar oportunidades de mejora en relación a los puntos críticos presentados en la paciente realizando un plan de cuidados de enfermería con la taxonomía NANDA, NIC, y NOC

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE

A.- INFORMACIÓN OBTENIDA DE HISTORIAS CLÍNICAS:

El presente Análisis de Caso Clínico se trata de una paciente N.N. de 15 años nacida en la parroquia de Huachi el Belén, producto de una tercera gesta por parto eutócico, una familia constituida por cinco integrantes y de condiciones económicas deficientes que presenta un deterioro de la cognición desde su nacimiento presuntamente y con un diagnóstico expresivo de Parálisis Cerebral Infantil acreditado a un sufrimiento fetal por falta de atención profesional.

Los datos a obtenerse de la historia clínica son muy deficientes ya que por múltiples factores tanto sociales, económicos y ambientales que afectan a la familia y por ende a la paciente afectada, no han acudido a chequeos periódicos y consultas médicas.

Dentro de las consultas y chequeos que se ha realizado a la paciente están:

23/12/1999

A la edad de 2 meses acude madre de la paciente a su primera consulta médica en el centro de salud de Huachi Grande en la cual mediante una valoración médica se obtuvieron los siguientes datos: Antecedentes patológicos personales de la paciente, se establecen que no se presenta un desarrollo perinatal normal, presenta un signo positivo de enfermedad crónica, no se establecen enfermedades infecto contagiosas, cirugías previas u hospitalizaciones, uso de medicación o sustancias farmacológicas, trastornos psicológicos, maltrato, a lo que todos estos datos son establecidos por la valoración médica que lanza como resultado a la observación un posible diagnóstico de PCI.

Estableciendo los antecedentes patológicos familiares no se evidencian la presencia de enfermedades degenerativas como diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares como HTA, (Hipertensión Arterial) cardiopatías, alergias, infecciones virales como TB,(Tuberculosis) VIH, trastornos psicológicos, no se

muestra antecedentes de consumo de sustancias alcohólicas o estupefacientes y violencia intrafamiliar, todos estos antecedentes son de vital importancia para la continuidad de la valoración y poder establecer un diagnóstico definitivo.

Al examen físico de la paciente presenta un aspecto general anormal, un peso de 5.5 Kg, una talla de 57.5cm, perímetro cefálico 36.5 cm, el motivo por lo que acude a la consulta es tos, la enfermedad actual que se establece es paciente con tos desde hace 15 días atrás que se acompaña de alzas térmicas no cuantificadas, madre manifiesta que se ha tratado con SERVICLLIN (1Tap, TID) (1 cucharada, tres veces al día) a lo que presenta una mejoría, también ha tomado MEPRIN, a este síntoma se acompaña rinorrea blanco amarillenta, la tos se exagera a la madrugada. A más de eso presenta pápulas pustulosas a nivel de cara e inflamación a nivel perineal, el diagnóstico que se establece es una, piodermatitis, dermatosis urémica y una IRA (Insuficiencia Respiratoria Aguda), el tratamiento determinado fue; lavados diarios, cambios de pañal constantemente, DICLOCIL 70mg VO C/6h, CREMA CERO una aplicación BID, TUSIGEN, media Tsp VO C/8h, control en 8 días.

28/04/2000

Paciente de 4 meses femenino, motivo de consulta: diarrea, enfermedad actual: paciente que presenta deposiciones diarreicas desde hace 2 días atrás, se acompaña de tos con expectoración blanquecina, al examen físico se observan deposiciones diarreicas de color amarillenta de mal olor por 4 ocasiones, la impresión diagnóstica fue GEBA (Gastroenteritis Bacterial Aguda) más un síndrome gripal. El tratamiento establecido MEPRIN 1 Tsp VO C/1h, Pectox ½ Tsp VO C/8h, Pedialyte ½ L C/24h.

11/07/2000

Paciente de 9 meses acude por presentar rinorrea blanquecina, al momento paciente Afebril, estable en condiciones normales, estrabismo en ojo derecho, orofaringe congestiva, impresión diagnóstica: IRA S/N, el tratamiento fue de

ACETAMINOFÉN ½ gotero C/6h, exámenes de laboratorio BH, interconsulta con NEUROLOGÍA, regresar con resultados.

30/10/2000

NEUROLOGÍA INFANTIL

Niña de 1 año de edad, producto de tercera gesta controlado en Cotaló nacido de parto normal en domicilio atendida por una vecina, al cual presento llanto tardío y llevado a esta casa de salud Hospital Regional Docente Ambato en donde permaneció por 3 días en el servicio de neonatología.

Con 4 meses acude a hospital con un diagnóstico de IRA sin Neumonía

Padres acuden a la consulta, por que la niña no se sienta, no pronuncia palabras, no se para, notando que es diferente a otras niñas.

Los resultados del INFA afirman que se mantiene un esquema incompleto de vacunas, al examen físico se establece facies atípica, asimetría craneofacial, por microcefalia, estrabismo de ojo derecho, mantiene hipotonía de tronco, reflejos profundos disminuidos en miembros inferiores, no se para, el diagnostico establecido fue Microcefalia probablemente atribuida a trauma obstétrico más síndrome hipóxico isquémico, estrabismo de ojo derecho, IRA sin Neumonía, a lo que se manifiestan las siguientes indicaciones medica: fisioterapia más rehabilitación, valoración por oftalmología, certificado para INFA, pendiente una TAC (Tomografía Axial Computarizada) y EEG (Electroencefalograma) por condiciones económicas, cita en un mes y medio.

16/01/2015

Motivo de consulta: control de niño sano examen físico normal, impresión diagnostica Parálisis Cerebral Infantil, tratamiento medidas generales, certificación, control con visitas domiciliarias.

VISITAS DOMICILIARIAS

12 /12/2014

Paciente en condiciones estables, activa, corazón rítmico, pulmón ventilado, abdomen suave depresible, RHA (Ruidos Hidroaereos) +, Impresión Diagnostica PCI, tratamiento consejería en alimentación, aseo y cuidado de la piel, chequeo odontológico, terapia, cuidado por familiares.

19/12/2014

Paciente es visitada por el equipo de salud del SCS Huachi Grande

16/01/2015

Paciente acude al SCS Huacho Grande al control al momento en buen estado se administra multivitaminas.

11/03/2015

Se atiende a la paciente en Domicilio al momento en condiciones estables, CP normal

Las indicaciones que se establecieron:

Medidas generales, consejería en alimentación, aseo diario, cuidado de la piel, chequeo odontológico, novedades.

16/04/2015

Paciente con discapacidad física de 76% se realiza visita domiciliaria para control médico general, al momento en buenas condiciones generales. Con las siguientes indicaciones: medidas generales, control médico, cuidado permanente por familiares, signos de alarma.

B. IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE:

La recopilación de datos que no se pueden encontrarse en la historia clínica y la evolución del paciente se pueden obtener estableciendo una valoración enfermera basándose en el modelo de los patrones funcionales de M Gordon que establece los puntos a evaluarse y distinguir las prioridades de los patrones funcionales más deteriorados para establecer un plan diagnóstico y de mejora, así como también mediante una aplicación de entrevistas y encuestas a los familiares (**Anexo 1**) que están a cargo del cuidado de la paciente para poder obtener los datos que se han dificultado obtener de la historia clínica.

Dentro de los patrones a evaluarse tenemos:

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN–MANEJO DE LA SALUD

En cuanto a este patrón de manejo de la salud Madre refiere que la salud de su hija en ocasiones se altera pero que no son enfermedades serias a veces tiene tos, gripa, diarreas, pero con medicación casera se alivia, también puede evidenciar un sentimiento de tristeza y soledad en su hija que aunque no le pueda decir ella lo siente, la paciente presenta una *puntuación de 0 (ausencia de disnea) en escala de disnea MRC modificada* (ANEXO II) con una saturación de oxígeno de 90% y una respiración de 20x´ y vías aéreas permeables.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL–METABÓLICO

Madre refiere que la alimentación es difícil ya que la niña es muy inquieta al momento de ingerir los alimentos, los escupe, no abre la boca cuando no le gusta o no quiere comer, además vomita cuando hacer esfuerzo para botar la comida, ella come tres veces al día sin un horario específico todo tipo de comidas que se le da, la madre también refiere que hay ocasiones que consume todos los alimentos pero en otras no

quiere comer por lo que ella siente que baja de peso. La paciente presenta una peso al momento de 31.5 Kg que al momento de verificar el IMC (Índice d Masa Corporal) se obtiene como resultado 18.22 (infra peso, delgadez aceptable), así como también al realizar el cuestionario “*Conozca su Salud Nutricional* ”se obtiene una puntuación de 4 “*Riesgo Nutricional Moderado*”. (ANEXO 3)

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

Madre de la paciente refiere que observa las deposiciones la mayor parte son de características normales pero no se establecen un horario definido, y que solo en ciertas ocasiones se observan heces acuosas o líquidas pero son muy poco frecuentes, además la niña no controla sus esfínteres por lo que el uso de pañales es diario y con una dependencia completa del cambio del mismo, porque ella no puede movilizarse para hacer sus necesidades básicas. A más de eso dice que observa sudoraciones nocturnas frecuentes que hacen que en la noche se sienta un poco intranquila. Dentro de la *valoración en el índice de Barthel* se observa una puntuación de 5 como resultado una “*Dependencia Total*” (ANEXO 4)

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

Madre de la paciente refiere que la niña no se puede mover sola desde que tuvo la edad de 1 año en donde se dieron cuenta que no podía sentarse sola, no se ponía de pie y desde allí se ha ido viendo que no puede caminar por que tiene los músculos débiles y se le dificulta mover las extremidades, a más de ello las articulaciones se le endurecen y por eso no se puede mantener de pie, por lo cual necesita de ayuda para movilizarse siempre, además también necesita ayuda para realizar ejercicios porque en las visitas de los médicos se enseñan ejercicios para que se mantenga activa así como cambios de posiciones frecuentes para que no haya lesiones en la piel. El baño

también nos recomiendan que sea a diario pero se nos dificulta porque una sola persona no se puede realizar es decir que se necesita ayuda de alguien más.

En cuanto a la *valoración en el índice se Barthel se observa una puntuación de 5 como resultado una “Dependencia Total”* (ANEXO 4)

PATRÓN 5. SUEÑO-DESCANSO

Madre refiere que no sufre de alteraciones del sueño lo que si se podría decir que siente molestias al dormir debido a que suda mucho por las noches, pero duerme aproximadamente 8 horas y también descansa durante el día en ocasiones pero cuando lo hace se siente inquieta en la noche y no puede dormirse temprano por lo que en el día se trata de mantenerla activa para que no se duerma y así pueda descansar bien en la noche.

PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTUAL

Madre refiere que su hija tiene muchas alteraciones sensoriales los cuales se le dificultan aprender muchas cosas y también no ha podido estudiar ni prepararse debido a que presenta muchas alteraciones y problemas en sí de aprendizaje, solo sabe algunas palabras que le hemos enseñado en la casa para poder comunicarse, también no pone atención a las cosas, no puede concentrarse en las cosas que hace.

Dentro de la escala de Glasgow se obtiene una puntuación de 9 “Gravedad” (ANEXO 5)

PATRÓN 8. PATRÓN ROL RELACIONES

Madre refiere que la comunicación con su hija no es fácil y que la mayor parte solo ella le entiende cuando esta triste, alegre, lo que las demás personas no puede, le enseña ciertas palabras pero no puede utilizarlas con los demás por que no las

comprenden y que ella es un medio cuando se quiere comunicar porque no puede vocalizar ni pronunciar bien las palabras, los cuidados y la enseñanza también se dan por toda la familia que está a cargo de la niña aunque con la madre es con quien ms tiempo pasa y con la que más se comunica. A la valoración se obtiene un *puntaje de 9* “*Familia Normofuncional*” en el test de *Apgar Familiar*. (ANEXO 6)

PATRÓN 9. DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

La ausencia de la menstruación se mantiene hasta la edad que tiene hoy y no sabe por qué pero tampoco ha preguntado al personal de salud que realiza visitas domiciliarias.

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Madre refiere que su hija tiene cambios de humor repentinos que en ocasiones está sonriendo y luego se pone a gritar y no quiere ver a nadie mueve los brazos no quiere que nadie la vea ni la toque, cuando no quiere algo se pone tensa, se enoja, además se pone inquieta además en ocasiones se pone triste o es muy sensible. La imagen corporal esta altera ya que a la observación se evidencia una imagen corporal deteriorada.

PATRÓN 11. VALORES-CREENCIAS

Madre refiere que siente temor a la muerte

IV. DESARROLLO

A.- DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA Y DETALLADA DEL CASO

Para el siguiente Análisis de Caso Clínico se presenta una paciente de 15 años de edad, producto de una tercera gesta, nacida en la ciudad de Huachi el Belén y residente en el mismo lugar, Familia de religión Católica, de situación económica baja.

Antecedentes patológicos personales se establecen que no se presenta un desarrollo perinatal normal, presenta un signo positivo de enfermedad crónica (PCI), no se establecen enfermedades infecto-contagiosas, cirugías previas u hospitalizaciones.

Estableciendo los antecedentes patológicos familiares no se evidencian la presencia de enfermedades degenerativas como diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares como HTA, cardiopatías, alergias, infecciones virales como TBC, VIH, trastornos psicológicos, no se muestra antecedentes de consumo de sustancias alcohólicas o estupefacientes y violencia intrafamiliar.

Alergias: ninguna

Paciente que presenta un diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil presuntamente desde su nacimiento, madre de la paciente refiere que su embarazo fue normal y a pesar que sus controles no fueron frecuentes no tuvo ningún tipo de complicaciones en el embarazo, la madre de la paciente es oriunda de Cotaló y en el lapso de sus últimos meses de embarazo fueron evacuados del sector debido a una erupción volcánica del Tungurahua por lo que se estableció su vivienda en el sector de Huachi Grande en donde se realizó el parto en su domicilio con la ayuda de una vecina y le manifestaron que la niña se había demorado en llorar, la madre no le tomo mucha importancia ya que sus anteriores embarazo también se dio el parto en casa y no sucedió ningún tipo de alteración.

La madre acudió al Hospital Provincial Docente Ambato para que revisen a la niña y para que emitan la hoja del nacido vivo para los trámites de inscripción en donde le

dijeron a la madre que la niña tenía que ingresar al servicio de neonatología por haber presentado una posible sufrimiento fetal más una hipoxia al momento del nacimiento, en el cual la niña quedó ingresada por tres días en el servicio de neonatología, al momento de su egreso le manifiestan a la madre que hay que esperar para ver cómo se desarrolla el crecimiento de su hija.

Después de esto la madre acude a los controles al centro de salud de Huachi Grande para chequeos y vacunación de la niña, se puede evidenciar por los datos encontrados en la historia clínica que los chequeos no son frecuentes, a la edad de 1 año se hace una referencia del centro de salud de Huachi Grande al hospital Regional Docente Ambato para un control neurológico por lo que dentro de las indicaciones de tratamiento se establecen una TAC Y EEG que por condiciones económicas de la familia no se realizaron al igual que exámenes de laboratorio que por factor tiempo madre refiere no haberle realizado a la niña, en el hospital realiza certificación para el INFA para agilizar trámites de Ayuda Social.

Tras el paso del tiempo la niña seguía evidenciando secuela como no poder pararse, no pronunciar palabras, por lo que la madre sigue acudiendo a los chequeos en el centro de salud pero no de una manera frecuente, por lo que se recomiendan que sean mensuales, se evidencia que la madre hace caso omiso a la recomendación y no se lleva un seguimiento adecuado de la Patología de la paciente.

En la valoración de las inmunizaciones se puede evidenciar un esquema de vacunas incompletas.

La madre refiere que tras las visitas de la misión a Manuela Espejo más o menos por el año 2012, esta le informó sobre la discapacidad de su hija de una manera más clara y específica, los cuales acudieron con ayuda técnica como colchón, silla de ruedas, pañales, también le informaron de la posibilidad de adquirir el Bono Joaquín Gallegos Lara que adquieren los cuidadores de personas con discapacidad de distinto tipo, así mismo le especificaron los trámites que debe realizar para poder obtener los derechos, también brindaron asistencia médica, fisioterapia y terapia familiar. A más

de ello informaron que la atención en el sistema de salud debe de ser permanente y acudir a los chequeos médicos y controles de la niña en el centro de salud caso contrario perderá el bono que podría obtener.

La madre refiere que realizó los trámites pertinentes y a partir del mes de noviembre del 2014 recibe el bono Joaquín Gallegos Lara, a partir de esa fecha se realizan chequeos mensuales y visitas domiciliarias frecuentes, también recibe mensualmente capacitaciones para el manejo y cuidado de la paciente obteniendo como resultado un mejoramiento en los cuidados y la salud de la adolescente.

B.- DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Al realizar el presente análisis sobre la evolución de la patología se puede identificar diferentes factores de riesgo que posiblemente pudieron ser desencadenantes del problema, a pesar que dicha patología puede ser multifactorial, es decir que el daño cerebral que provoca la PCI puede producirse antes de que el niño nazca o periodo prenatal, durante el nacimiento o periodo perinatal o en los primeros meses de vida periodo postnatal.

Como primera estancia podríamos tener los factores de riesgo ambientales la exposición de la madre embarazada a la sustancias toxicas de ceniza volcánica que pudo afectar al desarrollo neurológico normal del feto causando también alteraciones en el ADN y pudo ser un atenuante para la presentación de la patología, así también como la falta de control de embarazo, el descuido de la madre en los chequeos periódicos que son de gran importancia y tienen la finalidad de evaluar la situación del feto y prevenir complicaciones o enfermedades que pueden ser tratadas en la fase prenatal o descubiertas a tiempo para la actuación inmediata durante los primeros días de nacimiento.

Analizando también se puede considerar el factor de riesgo más importante la falta de asistencia medica durante el parto ya que este se realizó en el domicilio y con ayuda de una vecina por lo que no fue atendido oportunamente por el personal de salud, un trabajo de parto o un parto difíciles pueden provocar una Parálisis Cerebral Infantil, esto puede suceder si hay falta de oxígeno en el cerebro del bebé durante el nacimiento.

En cuanto a la falta de controles se evidencia un descuido por parte de la familia en especial de la madre tanto en la etapa prenatal así como en la postnatal ya que los controles después del parto cuando la niña nace también son repentinos es decir no son frecuentes por lo que se evidencia también un esquema de vacunación incompleto.

C.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:

Los factores que se relacionan con los servicios de salud pueden ser:

✓ **Oportunidad en la solicitud de consulta**

El caso del paciente en análisis se puede fácilmente considerar el descuido por parte de la madre al acudir al sistema de salud que se rige por niveles de atención, al momento de la consulta en el primer nivel de atención se debió hacer una referencia a un nivel superior o de especialidad para determinar el diagnóstico preciso y así concienciar a la madre sobre la gravedad de la patología y especificar la necesidad que acuda a las consultas frecuentes a la unidad de salud más cercana, así también presionar a la realización de los exámenes pertinentes y necesarios para un esclarecimiento del diagnóstico, o la ayuda a la madre para realizar dichos exámenes mediante trabajo social.

✓ **Acceso a la atención médica**

Por la residencia de la paciente se evidencia determinadas dificultades geográficas para su accesibilidad y así poder lograr una atención oportuna, pero esto se puede considerar debido a la ausencia de transporte y movilidad adecuada que requiere la paciente para el fácil acceso al centro de salud lo cual es un factor relevante para no acudir controles necesarios.

✓ **Oportunidades en la atención**

La paciente y familia obtuvieron muchas oportunidades y ayuda para la atención de la patología, pero también cabe recalcar que de acuerdo a los controles realizados por la madre hacia la paciente no fueron en las fechas pertinentes es por eso que la obligación del centro de salud más cercano fue de realizar un seguimiento oportuno para llevar a un adecuado control de la paciente, se puede mencionar que existen el registro de visitas domiciliarias pero desde fechas recientes a la realización del análisis de caso clínico.

✓ **Trámites administrativos**

En cuanto a los trámites administrativos que debía realizar se puede observar una falta de interés a la realización de trámites para ayuda de trabajo social en la obtención de diferentes exámenes requeridos por la paciente, por otra parte con la insistencia de otros programas relacionados con la salud se evidencio un mayor interés a la realización de los mismos y se puede observar la ayuda obtenida.

D.- IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

Jerarquización según la pirámide de Maslow

Autorrealización	Cognición y aprendizaje <ul style="list-style-type: none">• Problemas de aprendizaje• Alteraciones sensoriales• Alteraciones cognitivas• Déficit de atención• Retardo mental• Déficit de palabras en el vocabulario• Falta de contacto ocular• Dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual.• Puntuación de 9 en escala de Glasgow, gravedad . (anexo 5)
Reconocimiento	No se encuentra comprometido
Afiliación	No se encuentra comprometido
Seguridad	Actividad y ejercicio <ul style="list-style-type: none">• Paciente hemipléjico• Déficit en la movilidades de las extremidades• Endurecimiento de articulaciones• Temblores• Marcha inestable• Debilidad muscular• Inmovilidad miembros inferiores• Incapacidad de vestirse• No deambula

	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos extra piramidales • Hipotonía • Hiporreflexia de rodillas • Ataxia • Hiperactividad de miembros superiores • Movimientos incoordinados • Incapacidad de movilizar extremidades inferiores • Ayuda para movilización • Cambios de posiciones frecuentes • Valoración en el índice de Barthel se observa una puntuación de 5 como resultado una “Dependencia Total” (ANEXO 4) • Puntaje de 9 “Familia Normofuncional” en el test de Apgar Familiar. (ANEXO 6)
<p>Fisiología</p>	<p>Respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria 20x’ • Saturación de oxígeno 90% • Respiración irregular • Vías aéreas permeables • Tos productiva • Secreciones bronquiales • Mucosidad moderadas • Episodios de apnea • Fatiga • Congestión nasal • Sentimientos de soledad • Taquicardia

	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperventilación • Puntuación de 0 (ausencia de disnea) en escala de disnea MRC modificada (ANEXO II) <p>Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vomito • Circunferencia braquial: 12cm • Circunferencia abdominal: 26cm • IMC: 18.22 (infra peso, delgadez aceptable) • Sialorrea • Alimentación deficiente • Alteración en el crecimiento • Alteración de la deglución • Deterioro neuromuscular • Deterioro musculoesqueletico • Alteración de las piezas dentales • Rechazo a los alimentos • Falta de masticación • Malnutrición • Anorexia • Astenia • Riesgo nutricional alto • Nauseas • Diminución de peso • Ayuda al alimentarse • Incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca. • Incapacidad para mover los alimentos en la boca. • Horarios de alimentación no establecidos
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario “Conozca su Salud Nutricional” se obtiene una puntuación de 4 “Riesgo Nutricional Moderado”. (ANEXO 3) <p>Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diarrea • Incontinencia urinaria • Paciente hemipléjica • Debilidad de los músculos pélvicos. • Disminución del tono muscular • Deposiciones de características líquidas y mal olientes • No controla esfínteres • Uso de pañal • Sudoraciones nocturnas • Valoración en el índice de Barthel se observa una puntuación de 5 como resultado una “Dependencia Total” (ANEXO 4)
--	--

Tabla 1: Pirámide de Maslow

Autora: Soria Lascano, Jenny Sofía

Fuente: Base de Datos

E.- CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:

Diagnósticos	Oportunidades de mejora	Acciones de mejora
<p>Deterioro de la deglución relacionado con alteración neuromuscular (disminución de la fuerza o movimiento de los músculos implicados en la masticación,) parálisis cerebral, manifestado por babeo, expulsión de la comida fuera de la boca, falta de masticación, rechazo de la comida</p>	<p>Salud fisiológica II</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñara a la paciente a centrar su atención en el aprendizaje y la realización de las tareas de ingesta y deglución. • Enseñar a la persona que esta cargo de la alimentación a colocarse de forma tal que el paciente pueda ver y oírlo al omento de la alimentación • Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente y familia. • Enseñar al paciente que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida. • Enseñar al paciente a no hablar mientras come • Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca • Observar si hay signos o síntomas de aspiración o riesgo de la misma.

		<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come. • Observar el sellado de los labios al comer, beber y tragar. • Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar. • Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada. • Controlar el peso corporal.
<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con la incapacidad para digerir los alimentos, manifestado por falta de interés en los alimentos, Debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución.</p>	<p>Salud fisiológica II</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente para obtener datos sobre su estado nutricional • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Ayudar a los familiares a realizar planes individualizados de cuidados en la alimentación. • Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita o recomendada.

		<ul style="list-style-type: none"> • Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. • Discutir los hábitos de compra de comidas y los límites de presupuesto. • Enseñar al cuidador sentarse cerca del paciente a nivel de los ojos para la alimentación • Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente. <p>Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.</p>
Déficit de autocuidado: alimentación relacionada con el deterioro neuromuscular manifestado incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca sola.	Salud Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la habilidad de la paciente para alimentarse y tomar nota de déficit específico • Observar la incapacidad para alimentarse independientemente • Preguntar a la paciente aspectos sobre los métodos de alimentación independientemente • Consultar con un profesional en dietística • Asegúrese de que el usuario tiene la dentadura en

		<p>buen estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar cualquier equipo de ayuda para la alimentación como dedos • Antes de alimentarse, realizar un aseo de la boca • Colocar a la paciente durante las comidas recto y las rodillas flexionadas, los pies apoyados, el tronco y la cabeza en línea media; la cabeza ligeramente flexionada con el mentón hacia abajo • Incentivar a los familiares a dar pequeñas cantidades de los alimentos favoritos, uno cada vez, a la temperatura adecuada. • Proporcionar a la paciente un entorno agradable y tranquilo para comer sin distracciones • El familiar puede sentarse cerca de la paciente a nivel de los ojos del mismo
Falta de sensación de urgencia para miccionar relacionado con deterioro neurológico por encima del centro pontino de la micción m/x incapacidad para inhibir	Salud fisiológica (II)	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la persona que está a cargo del cuidado a intentar establecer un horario habitual de eliminación • Observar si hay signos y síntomas de retención

<p>voluntariamente la micción, incontinencia urinaria, debilidad de los músculos pélvicos.</p>		<p>urinaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores que contribuyen a episodios de incontinencia. • Explicar al paciente o familiares los signos y síntomas de infección del tracto urinario. • Enseñar al paciente o familiares a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario. • Educar a los familiares a cerca de la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo. • Enseñar a los cuidadores la limpieza de la zona dérmica genital a intervalos regulares para evitar infecciones.
<p>Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro cognitivo y neuromuscular manifestado por, dificultad en la moviidades de las extremidades inferiores, debilidad muscular, inmovilidad miembros inferiores, hemiplejia.</p>	<p>Salud funcional (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios de la paciente • Motivar a la paciente para mantener o restablecer el movimiento articular. • Explicar al paciente y familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.

		<ul style="list-style-type: none">• Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.• Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo o activo.• Fomentar la realización de ejercicios de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.• Enseñar al paciente o familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de movimiento pasivos o activos.• Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento.• Incentivar de manera dinámica la realización de los ejercicios de las articulaciones.• Ayudar a expresar las propias opiniones, valores y objetivos respecto al buen estado muscular y la salud.• Ayudar a fijar objetivos realistas a corto y largo plazo y dominio del programa de ejercicios.• Ayudar a desarrollar un entorno que facilite la
--	--	--

		dedicación al programa de ejercicios.
Conocimientos deficientes relacionados con una limitación cognitiva manifestada por problemas de aprendizaje, alteraciones sensoriales, déficit de atención y retardo mental.	Salud fisiológica 1	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan trastornos. • Incentivar un contacto con distintas personas. • Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente. • Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas. • Disponer una estimulación sensorial planificada con períodos de descanso. • Disponer objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente. • Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias en dosis pequeñas, concretas. • Disponer instrucciones orales y mímicas
Deterioro de la comunicación verbal relacionado con una alteración en las percepciones, afección cerebral y algunas diferencias relacionadas con la edad de desarrollo cerebral manifestada por	Salud fisiológica 1	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer un ambiente no amenazador, confiable y confortable para una compenetración en las relaciones. • Potenciar el estado hemodinámico del paciente para facilitar la oxigenación cerebral (ajustes de posición

<p>dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual, incapacidad para pronunciar palabras completas, mal articulación</p>		<p>y medicación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno). • Dedicar tiempo necesario a la comunicación con la paciente • Usar una comunicación simple mostrando preocupación en la paciente. • Mantener una mirada directa a los ojos y a la altura de la paciente cuando se realiza la comunicación • Usar el contacto físico adecuadamente. • Si existiera falta de comprensión, mantener el entorno tranquilo al comunicarse y atraer la atención de la paciente antes de intentar comunicarse.
--	--	---

Tabla 2: Oportunidades de mejora
Autora: Soria Lascano Jenny Sofía
Fuente: Base de Datos

F.- PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO:

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión CÓDIGO DE DX: 00103 Deterioro de la deglución			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Asociado con funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica. Deterioro de la deglución relacionado con alteración neuromuscular (disminución de la fuerza o movimiento de los músculos implicados en la masticación,) parálisis cerebral, manifestado por babeo, expulsión de la comida fuera de la boca, falta de			Estado de deglución (1010)	101001 Mantiene la comida en la boca	Gravemente comprometido (1)	3	4
			Dominio: Salud fisiológica II	101002 Controla las secreciones orales	Sustancialmente comprometido (2)		
			Clase nutrición K	101003 Producción de saliva	Moderadamente comprometido (3)		
				101004 Capacidad de masticación			
				101005 Distribución del	Levemente		

<p>masticación, rechazo de la comida</p>		<p>bolo alimentario a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución</p> <p>101006 Capacidad para limpiar la cavidad oral</p> <p>101010 Momento del reflejo de la deglución</p> <p>101016 Acepta la comida</p>	<p>comprometido (4)</p> <p>No comprometido (5)</p>		
<p>DOMINIO: 2 Nutrición</p> <p>CLASE: 1 Ingestión</p> <p>CÓDIGO DE DX:00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades</p>					
<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con la incapacidad para digerir los alimentos, manifestado por falta de interés en los alimentos, Debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución.</p>					

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CLASE:	D Apoyo Nutricional	CAMPO:	1 fisiológico básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
1050 Alimentación			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la habilidad del paciente para alimentarse • Identificar la dieta prescrita. • Crear un ambiente placentero durante la comida • Observar las causas de una incapacidad para alimentarse independientemente • Mantenerse en posición recta, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia afuera durante la alimentación. • Acompañar la comida con agua, si es necesario. • Proporcionar alimentos para comer con los dedos, si 		<ul style="list-style-type: none"> • La valoración funcional proporciona datos de análisis de tareas de las actividades de vida diaria para equipar la habilidad del paciente con nivel de ayuda del cuidador (Van Ort y Phjillys, 1995) • El autocuidado requiere competencia multisistémica, la planificación de programas reconstituyentes es específicas para problemas que interfieren con el autocuidado (Phaneuf,1996) • La posición ayuda a una mejor deglución, ya que disminuye la tensión muscular y por ende ayuda a una buena masticación.(Powell,1996) • Esto especialmente al acompañarse alimentos sólidos porque agua ayudara a ablandarlos para una mejor digestión (independiente) • Los mecanismos de adaptación (dedos) aumentan la independencia 	

<p>procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar distraer al paciente durante la deglución. • Incentivar la salud oral del paciente • Animar a los padres/ familia a que alimenten al paciente. 	<p>(Phaneuf,1996)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La higiene oral estimula el flujo de saliva y el gusto y las comidas acidas y agrias estimulan la producción de saliva (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000)
<p>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES: 5246 Asesoramiento Nutricional</p>	
<p>ACTIVIDADES</p>	<p>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. • Consultar con profesionales para realizar planes individualizados de cuidados en la alimentación. • Enseñar al cuidador sentarse cerca del paciente a nivel de 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la paciente han utilizado una elección, la ingesta de alimentos y la calidad de vida aumentan (American Dietetic Association, 2002) • Los profesionales en nutrición diseñan planes de alimentación para proporcionar a los pacientes nutrición adecuada de manera segura y digna (Pelletier, 2004) • Sentarse a nivel de los ojos de la paciente aumenta el contacto

<p>los ojos para la alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares para establecer si hay déficit nutricional. 	<p>ocular y favorece una atmósfera relajada y aumenta el consumo de comida (Kennedy-Holzappel et al, 1996)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes que han sufrido un accidente vascular cerebral pueden tener múltiples déficit nutricionales que requieren la valoración precoz y continua para permitir la atención adecuada y el fomento de la salud (Kumlien y Axelson,2002)
<p>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</p> <p>1240 Ayuda para ganar peso</p>	
<p>ACTIVIDADES</p>	<p>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la disposición del paciente a comer • Pesar al paciente a los intervalos determinados • Analizar las posibles causas del bajo peso corporal. • Observar si hay náuseas y vómitos. • Determinar la causa de la náusea o vómitos y tratarla convenientemente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si falta esta disposición para comer puede ser aconsejable suspender la alimentación oral y administrar alimentación enteral como nutrición (Smith y Cannolly,2003) • Pesar a niño a intervalos regulares es indispensable ya que el peso es el indicador más fiable del adecuado crecimiento del niño. (UNICEF) • Todos los signos de deterioro de la deglución como náuseas y vómitos pueden provocar una alteración de la nutrición adecuada (Massey y Jedlicka, 2002)

<ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente el consumo diario de calorías. • Fomentar el aumento de ingesta de calorías. • Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar algunos. • Considerar las preferencias alimentarias del paciente, teniendo en cuenta su gusto personal, cultura y religión. • Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas, si es necesario. • Disponer períodos de descanso, si es necesario. • Proporcionar alimentos adecuados al paciente: dieta general, de masticación fácil. • Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida. • Analizar con el paciente y la familia los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada. • Proporcionar suplementos dietéticos para un adecuado 	<ul style="list-style-type: none"> • Los alimentos que proporciona calorías son de gran ayuda para el organismo por lo que brindan energía necesaria para funcionar adecuadamente.(Dr. Allison, 2014) • Cuando la paciente han utilizado una elección, la ingesta de alimentos y la calidad de vida aumentan (American Dietetic Asociation, 2002) • La higiene oral estimula el flujo de saliva y el gusto y las comidas acidas y agrias estimulan la producción de saliva (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000) • El uso de líquidos espesos previamente envasados calóricos o el empleo de un viscosímetro para determinar la viscosidad adecuada para incrementar la ingesta lo cual incrementta la hidratación y nutrición (Boczko, 2000; Goulding y Bakheit, 2000)
--	---

desarrollo nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> • Lo suplementos dietéticos nutricionales ayudaran a mejorar su alimentación y estado nutricional.
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES 1860 Terapia de deglución	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje o realización de las tareas de ingesta y deglución. • Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución. • Colocarse de forma tal que el paciente pueda ver y oír al cuidador. • Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente y la familia. • Enseñar al paciente que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida. • Enseñar al paciente a no hablar mientras come.. • Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y hacerlo lentamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • El deterioro de la deglución puede tener múltiples causas, muchas de las cuales son tratables con la educación en las tareas de ingesta y deglución. (Galvan, 2001) • Sentarse a nivel de los ojos de la paciente aumenta el contacto ocular y favorece una atmósfera relajada y aumenta el consumo de comida (Kennedy-Holzapfel et al, 1996) • Los ejercicios de deglución incluyendo tanto el movimiento como la estimulación sensorial puede mejorar la habilidad del paciente para tragar (Hagg y Larson, 2014; Langmore y Miller, 1994) • Lo pacientes con dificultad para deglutir suelen precisar un tiempo de dos a cuatro veces prolongado que los otros si se les alimenta,

<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come • Observar si hay signos o síntomas de aspiración. • Observar el sellado de los labios al comer, beber y tragar. • Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar. • Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer. • Controlar el peso corporal. 	<p>con frecuencia la comida se les ofrece más rápidamente para aligerar la tarea y esto puede incrementar la posibilidad de aspiración (Poertner y Coleman, 1998)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los signos de aspiración deberían detectarse tan pronto como sea posible para prevenir la aspiración e iniciar el tratamiento que puede salvar la vida, a causa de residuos laríngeos puede producirse una aspiración silenciosa, (es decir, no manifestada por ahogo o tos). (Smith y Cannolly, 2003; Smeitezer y Bare, 2004). • Controlar el peso es primordial por que la malnutrición es común entre los pacientes con dificultades para la deglución (Galvan, 2001)
--	---

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 5 Autocuidado CÓDIGO DE DX: 00102 Déficit de auto cuidado: alimentación.			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de auto alimentación.			Autocuidado: comer (0303)	030304 Coger la comida con los utensilios	1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: moderadamente comprometido 4: levemente comprometido 5: No comprometido	1	2
Diagnóstico: Déficit de autocuidado: alimentación relacionada con el deterioro neuromuscular manifestado incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca sola.			Dominio: Salud Funcional Clase: Autocuidado	030306 Se Lleva comida a la boca con los dedos			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CLASE:	F: Facilitación de los autocuidados	CAMPO:	1 Fisiológico Básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
Cuidados que apoyan el funcionamiento físico			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la habilidad de la paciente para alimentarse y tomar nota de déficit específico • Observar la incapacidad para alimentarse independientemente • Preguntar a la paciente aspectos sobre los métodos de alimentación independientemente • Consultar con un profesional en dietística • Asegúrese de que el usuario tiene la dentadura en 		<ul style="list-style-type: none"> • La valoración funcional proporciona datos de tareas de actividades de la vida diaria para equiparar la habilidad del usuario para alimentarse con el nivel de ayuda del cuidador. (Van Ort y Phillips 1995) • El autocuidado requiere competencias multisistémicas. La planificación de programas reconstituyentes es específica para problemas que interfieren con el autocuidado (Phaneuf 1996) • Cuando la paciente ha realizado una elección, la ingesta de alimentos y la calidad de vida aumenta. (American Dietetic Association 2002) • La colaboración y correlación de actividades con miembros del equipo interdisciplinario aumenta el dominio del usuario de las tareas de autocuidado 	

<p>buen estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar cualquier equipo de ayuda para la alimentación como dedos • Antes de alimentarse, realizar un aseo de la boca • Colocar a la paciente durante las comidas recto y las rodillas flexionadas, los pies apoyados, el tronco y la cabeza en línea media; la cabeza ligeramente flexionada con el mentón hacia abajo • Dar pequeñas cantidades de los alimentos favoritos, uno cada vez, a la temperatura adecuada. • Proporcionar al usuario un entorno agradable y tranquilo para comer sin distracciones • El cuidador puede sentarse cerca de la paciente a nivel de los ojos del mismo, 	<ul style="list-style-type: none"> • Los mecanismos de adaptación aumenta la oportunidad de autocuidado o independencia • La higiene oral estimula el flujo de saliva y el gusto. (The Joana Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000) • La gravedad ayuda a la deglución y la aspiración disminuye cuando se está sentado recto. (The Joana Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000) • La ingesta de comida aumenta cuando la comida llama la atención. (The Joana Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000) • La ingesta de comida aumenta cuando se está concentrado. (The Joana Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000) • Sentarse a nivel de los ojos del usuario aumenta una atmosfera de relajación y por tanto aumenta el consumo de alimento. (Kennedy – Holzapfel 2004)
--	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio CLASE: 1 Función Urinaria CÓDIGO DE DX: 00018 incontinencia urinaria refleja			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico. Falta de sensación de urgencia para miccionar relacionado con deterioro neurológico por encima del centro pontino de la micción manifestado por incapacidad para inhibir voluntariamente la micción, incontinencia urinaria, debilidad de los músculos pélvicos.			Eliminación urinaria (0503) Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Eliminación (F)	050301 Patrón de eliminación 050302 Olor y cantidad de la orina 050307 Digestión de líquidos adecuados 050308 Reconoce Inurgencia 050312 Incontinencia urinaria	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)	2	3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CLASE:	B Control de la eliminación	CAMPO:	1 fisiológico básico
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES: 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, micción cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos). • Proporcionar intimidad para la evacuación. • Llevar a cabo una valoración física enfocada, comenzando con la valoración de la piel perianal. • Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. 		<ul style="list-style-type: none"> • Una descripción cuidadosa de los molestos síntomas de las vías urinarias ayuda a identificar la causa de la pérdida de orina y las opciones de tratamiento óptimas. (Addison 1999) • La intimidad en la evacuación o cambio de pañal genera respeto y confianza a la paciente. • La incontinencia urinaria, principalmente cuando se combina con incontinencia fecal o el uso de dispositivo de gran tamaño como pañales, incrementa el riesgo de dermatitis, o infecciones. (Gray, 2004; Gray, Ratliff y Donovan, 2002) • El control periódico de la micción proporciona un registro más objetivo de la función del tracto urinario inferior, alertando de factores que favorecen episodios de incontinencia urinario. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. • Enseñar al paciente y familia a registrar la producción y el esquema urinario. • Limitar los líquidos durante 2 o 3 horas antes de irse a la cama. 	<p>(Sampselle, 2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cuidado adecuado de la piel reduce el riesgo de infecciones de las vías urinarias asociadas a bacterias. (Wilde, 2002) • La limitación de líquidos en la noche reducirá la frecuencia de micción nocturna.
<p>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES: 0590 Manejo de la eliminación urinaria</p>	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. • Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. • Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. • Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario. 	<ul style="list-style-type: none"> • El control periódico de la micción proporciona un registro más objetivo de la función del tracto urinario inferior, alertando de factores que favorecen episodios de incontinencia urinario. (Sampselle, 2003) • Los signos y síntomas que puede presentar una infección de vías urinarias se puede referir de un mal aseo de la paciente. • El medico es un miembro importante del equipo multidisciplinario necesario para controlar la incontinencia en pacientes con deterioros funcionales. (Maloney y Cafiero, 1999)

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 4 Actividad/reposo CLASE: 2 Actividad/ ejercicio CÓDIGO DE DX: Deterioro de la movilidad física 00085			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro cognitivo y neuromuscular manifestado por, dificultad en la movilidades de las extremidades inferiores, debilidad muscular, inmovilidad miembros inferiores, hemiplejía.			Movilidad (0208) Dominio: Salud funcional (1) Clase: Movilidad (C)	020801 Mantenimiento del equilibrio 020809 Coordinación 020810 Marcha 020803 Movimiento muscular 020804 Movimiento articular 020802 Mantenimiento de la posición corporal 20806 Ambulación	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido	1	2

		020814 Se mueve con facilidad	(5)		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)					
CLASE:	A Control de actividad y ejercido:	CAMPO:	1. Fisiológico: Básico		
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES					
0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular					
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO		
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. • Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. • Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular. • Explicar al paciente y familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones. • Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento o actividad. 			<ul style="list-style-type: none"> • La fisioterapia ayuda al movimiento de las articulaciones y músculos y previenen las contracturas, los músculos solamente se pueden fortalecer a través del trabajo, el soporte adecuado de la articulación permite la soltura o resistencia al movimiento. (Hoeman, 2002) • La educación a la familia sobre la importancia de los movimientos lentos y rítmicos que relajan y estiran los músculos y articulaciones de modo que pueden ser alineados. (Palmer y Wynnes, 1988.) • Las enfermeras deben aceptar la definición y valoración del nivel de dolor por parte de la paciente y la necesidad de la 		

<ul style="list-style-type: none"> • Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. • Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio. • Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado. • Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado. • Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento. • Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular. • Fomentar la deambulación, si resulta oportuno. • Determinar el progreso hacia la meta fijada. • Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones. 	<p>utilización de analgésicos. (McCaffery y Pasero, 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nivel terapéutico es aquel que previene los espasmos pero no produce debilidad muscular. (Finocchiaro y Herzfeld, 1998) • El permitir los pacientes que inicien ejercicios de movimientos de forma temprana fomenta un sentimiento de responsabilidad en sí mismo o en el cuidador. (Finocchiaro y Herzfeld, 1998) • Las posiciones establecidas son aquellas posturas corporales antes del movimiento asumido para preparar la realización de movimientos intencionados. (Gee y Passarella, 1985) <ul style="list-style-type: none"> • El fomento de la deambulación depende tanto de la paciente, como de la familia, y la planificación y coordinación entre los cuidadores y la monitorización de estos cuidados y los resultados. El objetivo es la continuidad del cuidado y la propuesta de objetivos mutuos. (Guttman, 1999)
--	---

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

0201 Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Evaluar las habilidades de movilidad.• Ayudar a expresar las propias opiniones, valores y objetivos respecto al buen estado muscular y la salud.• Monitorizar y evaluar la capacidad de la paciente para tolerar la actividad.• Ayudar a fijar objetivos realistas a corto y largo plazo y dominio del programa de ejercicios. • Si la paciente es inmóvil, se debe considerar el uso de la silla de ruedas.• Utilizar movimientos recíprocos para evitar lesiones en ejercicios concretos.• Aumentar la independencia en las actividades de la vida diaria estimulando la confianza en las propias actividades.	<ul style="list-style-type: none">• La habilidad del paciente debe ser evaluada para determinar la mejor manera de facilitar los movimientos y proteger al cuidador de hacerse daño. (Nelson et al, 2003)• El dolor puede limitar la movilidad y frecuentemente es exacerbado por el movimiento. • El objetivo es la continuidad del cuidado y la propuesta de objetivos mutuos, para lograr resultados esperados (Guttman, 1999)• El uso de una silla de ruedas en la que el paciente es movido hacia una superficie plana puede ayudar a la movilización. (Nelson et al, 2003) • Ofrecer asistencia innecesaria en actividades o transferencias puede promover la dependencia y la pérdida de movilidad.

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 5 Cognición / Percepción CLASE: 4 Cognición CÓDIGO DE DX: Conocimientos Deficientes 00128			RESULTADOS	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA MANTENER AUMENTAR	
Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico. Conocimientos deficientes relacionados con una limitación cognitiva manifestada por problemas de aprendizaje, alteraciones sensoriales, déficit de atención y retardo mental.			Comunicación 0902	090202 Utiliza el lenguaje hablado	Gravemente comprometido (1)	1	3
			Dominio: Salud fisiológica 1	090206 Reconoce los mensajes recibidos	Sustancialmente comprometido (2)		
			Clase: Neurocognitiva J	090208 Intercambia mensajes con los demás	Moderadamente comprometido (3)		
				090001 Se	Levemente		

<p>DOMINIO: 5 Cognición / Percepción CLASE: 5 Comunicación CÓDIGO DE DX: Deterioro de la comunicación verbal 00051</p>		<p>comunica de forma clara y adecuada para su edad y capacidad</p>	<p>comprometido (4) No comprometido (5)</p>	
<p>Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal relacionado con una alteración en las percepciones, afección cerebral y algunas diferencias relacionadas con la edad de desarrollo cerebral manifestada por dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual, incapacidad para pronunciar palabras completas, mal articulación.</p>		<p>090005 Está orientado</p> <p>090009 Procesa información</p>		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
CLASE:	P Terapia cognitiva:	CAMPO:	3. Conductual
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES : 4640 Ayuda para el control del enfado			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente. • Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad. • Determinar expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente. • Controlar el potencial de agresión inadecuada en el paciente e intervenir antes de que se manifieste. • Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros • Establecer controles externos si es necesario, para calmar al paciente que manifiesta enfado de una manera que no se 		<ul style="list-style-type: none"> • Las voces familiares y el contacto físico suave pueden ayudar a estabilizar la relación de confianza con la paciente. (Hepwoth et al, 1994) • La información del comportamiento del estado basal ayudara tanto a identificar cambios en el estado de ánimo y estado neurológico para crear un plan individualizado. • La intervención del estado y funcionamiento neurológico requiere una intervención a largo plazo. (Mittchell, 1992) • Las dificultades neurológicas presentan y pueden llevar a un aumento de la agresividad o un riesgo de automutilación. (Guttman, 1999) 	

<p>adapte a las circunstancias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado. • Establecer la expectativa de que el paciente puede controlar su comportamiento. • Apoyar al paciente en la puesta en práctica de estrategias de control del enfado y en la manifestación adecuada del mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las barrera psicológicas pueden llegar a ser una causa de la manifestación de enojo o ira que llevan a es la alteración de los estados de ánimo y las condiciones emocionales. • Esta estrategia permitirá un cuidado más continuado con el establecimiento de objetivos del manejo adecuado del comportamiento emocional y una prevención de la progresión de las alteraciones psicosociales. (Guttman, 1999)
<p>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</p> <p>4760 Entrenamiento de la memoria</p>	
<p>ACTIVIDADES</p>	<p>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el comportamiento de la paciente y su cognición de forma sistemática y continua a lo largo del día y de la noche. • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente. • Recordar experiencias pasadas con el paciente. • Ayudar y evaluar en las tareas asociadas con el aprendizaje, 	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario prestar atención a los cambios de comportamiento y sucesos durante determinado momento, dado que investigaciones han mostrado que podría haber una fase predominante de desorientación súbita. (Dupplis y Wikblad, 2004) • Es necesario una evaluación exhaustiva para determinar la

<p>como la práctica recuperación de la información verbal o gráfica presentada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las barreras para el aprendizaje • Proporcionar oportunidades de concentración, como el juego de emparejar cartas. • Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes. • Evaluar cuidadosamente la información que se brinde a los pacientes en relación a su estado de enfermedad. • Utilizar ayudas visuales e interactivas. 	<p>capacidad de aprendizaje de una persona ya sea de manera verbal escrita o gráfica. (Forres, 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente aporta a la situación del aprendizaje su personalidad, establece patrones de interacción social, normas y valores culturales y las influencias del entorno. (Bohny, 1997) • Para pacientes con bajo nivel cultural, los materiales de aprendizaje deben ser cortos e ilustrativos, acoplándose a las necesidades de la vida diaria. (Quirk, 2000) • La representación de la enfermedad parece ser un factor psicosocial importante en la recuperación de la patología. (Cherrinton et al, 2004) • Investigaciones han demostrado los beneficios de mejorar la memoria mediante ayudas visuales.
--	---

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES :

4720 Estimulación cognoscitiva

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.• Evaluar cuidadosamente la disposición de la paciente al comunicarse• Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.• Evaluar el nivel de alfabetización y cultural a la paciente• Hablar con la paciente y disponer una estimulación sensorial planificada así períodos de descanso. • Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.• Utilizar la repetición en la presentación de materiales nuevos.• Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias en dosis pequeñas, concretas.	<ul style="list-style-type: none">• Una buena relación bio social ayuda a la independencia en el rol vital. (Sundin, Jansson y Norberg, 2002).• Se logró una mejor practica con respecto a la comunicación a través de uso de la valoración sensitiva de como elegía enfrentarse y manejar su situación, más que la adoptacion de una aproximación uniforme para su cuidado. (Dean, 2002)• Cada vez se reconoce más que los conocimientos sobre la salud son un factor crítico que afecta a la comunicación durante la prevención en cuidados de pacientes que presnetan distintas patologías. (Darvis et al, 2002)• Las ayudas prácticas para la comunicación puede salvar los distintos vacíos de la comunicación. Un estudio decriptivo cualitativo de la relación enfermera – paciente identifico influencias positivas en la comunicación, que incluían la consistencias de los programas, el ritmo, el escuchar y el prestar atención al confort y control. (Forchuk et al, 200)

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje y comunicación

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Disponer un ambiente no amenazador, confiable y confortable para una compenetración en las relaciones.• Potenciar el estado hemodinámico del paciente para facilitar la oxigenación cerebral (ajustes de posición y medicación)• Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno).• Dedicar tiempo necesario a la comunicación con la paciente • Usar una comunicación simple mostrando preocupación en la paciente.	<ul style="list-style-type: none">• La evidencia sugiere que los pacientes apoyados por enfermeras están bien informados y tienen un nivel de cognición aceptable. (Greenhill, Betts y Pickard, 2002)• Es necesario prestar atención a los cambios de comportamiento y sucesos durante determinado momento y suplir la necesidades de manera predeterminada (Dupplis y Wikblad, 2004)• En un estudio cualitativo, se encontró un aumento del bienestar psicológico a través de la interacción humana y personal con la enfermera. (Richarson, 2002)• El estudio de investigación ha mostrado que las preguntas afectuosas y la conversación tentativa, estimulando y animando a su comunicación, facilitaron la participación activa por parte de la paciente. (Kettunen, 2003)

<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una mirada directa a los ojos y a la altura de la paciente cuando se realiza la comunicación • Usar el contacto físico adecuadamente. • Si existiera falta de comprensión, mantener el entorno tranquilo al comunicarse y atraer la atención de la paciente antes de intentar comunicarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una buena comunicación incluyen muchas actitudes y gestos familiares, como mirar a los pacientes a los ojos. (Summers, 2002) • El contacto físico es inherente a la práctica de enfermería.(Gleeson y Timmins, 2004) • Condiciones que son tolerables en una conversación casual puede ser difícil en situaciones de aprendizaje. (Boothroyd, 2004)
---	--

Tabla 3: Propuesta de Tratamiento Alternativo

Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

V. CONCLUSIONES

- ✓ Tras la realización del presente trabajo y al haber identificado los puntos críticos que son principalmente la falta de interés en la atención sanitaria, la falta de un seguimiento por parte de la unidad de salud y la baja economía de la familia se puede llegar a concluir que fue un desencadenante para el deterioro de la patología al no haber contado con los cuidados necesarios y una atención oportuna, tanto antes como después de haberse identificado la patología, así como también que el incentivo que fue necesario para poner mayor atención en la salud de la paciente fue una ayuda económica por parte del programa Joaquín Gallegos Lara.

- ✓ Al haber también identificado la falta de conocimientos adecuados por parte de la familia sobre la patología y sus consecuencias potenciales se cree conveniente elaborar un plan de oportunidades de mejora presentando un plan de cuidados de Enfermería que permitió información oportuna mediante instrumentos para así jerarquizar las necesidades que presentó la paciente y brindar a su vez una atención adecuada y oportuna, mejorando la calidad de atención por parte de la familia hacia la paciente y por ende mejorando la calidad de vida de la adolescente.

- ✓ Con la ayuda del vínculo familiar y la participación activa de enfermería se logró mejorar ciertas condiciones de vida modificables, lastimosamente no todas las alteraciones fueron modificadas pero sí se cumplió con los objetivos planteados, y lograr una mayor educación sobre dicha patología.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Ackley, B., Ladwig, G. (2007). Manual de Diagnósticos de Enfermería. Madrid - España
- ✓ Bellido, J., Lendínez, J. (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Jaén. (Primera edición). España.
- ✓ Cioiii, G, (2003). Observación de los Movimientos Generales En Recién Nacidos Y Lactantes valor pronóstico y diagnóstico. vol. 37, Primera Edición: pág. 30-35.
- ✓ González J, Moya M, Vioque J. (2001). Factores de Riesgo Predictivos de Secuelas Neurológicas en Recién Nacidos a término con Asfixia Perinatal. España.
- ✓ Himmelmann K, Hagberg G, Beckung E, Hagberg B, Uvebrant P. (2005). The changing panorama of cerebral palsy in sweden. IX. Prevalence and origin in the birth-year period 1995-1998. Acta Paediatr; 94. London.
- ✓ Iris T, Lidia M. (1998). Parálisis Cerebral y el Concepto Bobath De Neurodesarrollo. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Serda. 1998; pag 84-90.
- ✓ Katsetos A, (2003). Parálisis Cerebral nuevos conceptos etiopatogénico, vol. 36, Pag. 157-65.
- ✓ Levitt S. (2012). Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor.: Ed. Médica Panamérica. p.15-27, Buenos Aires.
- ✓ Volpe, JJ. (2009). The Encephalopathy of Prematurity brain injury and impaired brain development inextricably intertwined. Pediatric Neurol. Pag 167-178

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

- ✓ EBRARY: Navarro A. Restrepo, P. (2006) Consecuencias neuropsicológicas de la parálisis cerebral estudio de caso. Ebrary. España. Disponible en:

<http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10127531&p00=paralisis%20cerebral>

✓ EBRARY: García, A. Quero, J. (2012) Conducta motora: los movimientos generales. España. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10592671&p00=paralisis%20cerebral>

✓ EBRARY: Acosta, J. Pérez, J. (2009). Retraso mental y defecto motor. Pages: 18. Argentina. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10327661&p00=paralisis%20cerebral>

✓ SPRINGER: Freeman Miller MD. (2005). Cerebral Palsy. Disponible en: <http://link.springer.com/book/10.1007/b138647>

✓ SPRINGER: Elizabeth Jeanson. (2005). Neurodevelopmental Therapy. Section II. pp 805-806. Springer New York. Disponible en: http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-27124-4_12

LINKOGRAFÍA

✓ Albright, A L. (1996). Spasticity and movement disorders in cerebral palsy. Journal of Children Neurology 11 (Suppl 1): S1-S4. Recuperado el 20 de septiembre del 2015. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000100005

✓ Lucía, D. Martínez, Ma. Robles, B. (2008). Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. Volumen 20. Recuperado el 20 de septiembre del 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2008/mf081d.pdf>

- ✓ Weitzman, M.. (2005). Terapias de Rehabilitación en Niños con o en riesgo de Parálisis Cerebral. Rev. Ped. Elec. [en línea]. Vol 2. Recuperado el 20 de septiembre del 2015. Disponible en:

<http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-6018/%7BFD24000B-9024-4BBF-B5A5-232496CC89E5%7D/2012/S1/Seminarioi%20Par%C3%A1lisis%20Cerebral%202.pdf>

V. ANEXOS

ANEXO 1

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON

ENTREVISTAS A LOS FAMILIARES

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN–MANEJO DE LA SALUD

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo considera la salud actual en relación a años anteriores?	Se ha mantenido así todo el tiempo a veces se enferma con tos gripa pero con los remedios naturales ya le pasa
¿Cómo ha ido evolucionando la enfermedad?	En tanto ha ido creciendo es cuando nos dimos cuenta de la condición en la que se encuentra
¿Han aparecido enfermedades adyacentes?	Si la mayoría de veces se enferma con tos, gripe, diarreas..
¿Cuáles son las medidas preventivas que se utilizan?	Hay que estar pendiente como no se puede parar para trasladarle en silla de ruedas o sentarle atándole para que no se caiga
¿Qué aspectos se utilizan para mantener la salud?	Se ha ido al centro de salud pero por las dificultades de movilizarle o por las condiciones donde vivimos.
¿Se acerca periódicamente a una casa de salud para controles de salud?	Si (x) NO ()
¿La paciente recibió las inmunizaciones correspondientes a respectiva edad?	Si (x) NO ()

Tabla 4: Patrón 1. Percepción–manejo de la salud

Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

PATRÓN 2. NUTRICIONAL–METABÓLICO

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuántas veces al día se alimenta?	3 veces al día
¿Tiene algún tipo de dieta?	No ninguna en particular
¿Siente náuseas o vomito antes o después de comer?	En ocasiones siente náusea al momento que ya no quiere comer o cuando se enoja
¿Ha disminuido el peso en los últimos 3 meses?	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Tiene problemas para masticar o deglutir?	Si a veces no quiere masticar y escupe la comida o no abre la boca cuando se le da de comer
¿Necesita ayuda para alimentarse?	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Tiene un horario fijo para alimentarse?	Si (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
¿Toma algún tipo de vitaminas o suplemento nutricional?	Si (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>)

Tabla5: Patrón 2. Nutricional–metabólico

Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Puede controlar los esfínteres?	Si () NO (x)
¿Cuántas veces al día realiza la deposición?	3 a 4 veces al día
¿Qué características tiene la deposición?	En acciones son liquidas pero pocas veces de ahí la mayor parte del tiempo son normales
¿Son frecuentes ese tipo de deposiciones?	No son en ocasiones
¿Utiliza algún tipo de laxante para poder defecar?	Si () NO (x)
¿Tiene sensación de llenura?	Si () NO (x)
¿Utiliza pañal?	Si (x) NO ()
¿Qué características tiene la orina?	Es normal amarilla
¿Por las noches cuantas veces orina?	3 veces
¿Tiende a sudar? Cuando?	Si () NO (x) por las noche suda mucho

Tabla6: Patrón 3. Eliminación

Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Puede realizar movimientos espontáneos?	Si () NO (x)
¿Siempre ha estado sin mover las extremidades inferiores el paciente?	Si (x) NO ()
¿Requiere de otra persona para la movilización?	Si (x) NO ()
¿Necesita cambio de posiciones frecuentes?	Si (x) NO ()
¿Tiene algún tipo de reflejo voluntario?	Si () NO (x)
¿Posee movimientos incoordinados?	Si (x) NO ()
¿Utiliza algún equipo o dispositivo para movilizarse?	Silla de ruedas
¿Se le dificulta alcanzar las cosas?	Si () NO (x)

Tabla7: Patrón 4. Actividad-ejercicio

Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

PATRÓN 5. SUEÑO-DESCANSO

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Tiene alguna dificultad para dormir?	No ninguna dificultad en la noche descansa tranquila y por el día a veces duerme un poco.
¿Duerme bien por la noche?	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Duerme durante el día?	Si en ocasiones duerme pero es mejor que no duerma para que descansa tranquila la noche
¿Puede conciliar el sueño fácilmente?	Si ya en la noche después de ver la televisión se queda dormida
¿Toma alguna medicación para dormir?	Si (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
¿Se pone inquieta a pesar de dormir bien?	En ocasiones se despierta cansada, enojada

Tabla8: Patrón 5. Sueño-descanso

Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTUAL

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Tiene algún nivel de aprendizaje?	Si () NO (x)
¿Le resulta difícil pronunciar algunas palabras?	Si (x) NO ()
¿Se puede comunicar con otras personas?	Si () NO (x)
¿Qué alteraciones sensoriales ha presentado?	No habla, no se comunica yo he buscado la forma de enseñarle o de comprender algunas palabras, pero para los demás es difícil entender lo que ella quiere
¿Cuál es el nivel de conciencia que presenta?	Siempre está inquieta alterada a veces
¿Puede recordar algún acontecimiento importante?	Si () NO (x)

Tabla9: Patrón 6. Cognitivo-perceptual

Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTO CONCEPTO

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo asume su patología?	La enfermedad de j mi hija ha sido dura necesita muchos cuidados, muchas cosas como pañales y otras cosas que a veces no tenemos.
¿Ha notado tristeza en la paciente?	Si en ocasiones esta triste pero con la música se pone alegre le gusta mucho escuchar música
¿Expresa sus emociones?	Si ella siempre grita se ríe, llora, se enoja, se pone triste.
¿Se enoja fácilmente?	Si es muy enojona cuando no le damos algo rápido o cuando no le ponemos atención empieza a gritar
¿Se deprime de manera seguida?	No la mayor parte del tiempo está feliz juega con las hermanas
¿Cuenta con el apoyo de toda la familia en el cuidado?	Si siempre estamos todos cuidándole

Tabla10: Patrón 7. Autopercepción-auto concepto

Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

PATRÓN 8. PATRÓN ROL RELACIONES

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Con que familiares vive?	Madre, Padre y 2 hermanas
¿Otro familiar tiene la misma patología?	Si () NO (x)
¿Utiliza algún tipo de mímica para comunicarse?	Movimiento de brazos involuntarios, sus rizas, su enojo con esa forma ella se comunica conmigo y con las hermanas
¿Hay buena comunicación con todos los familiares?	Si () NO (x)
¿Desde hace que tiempo las personas no le entienden?	Desde que ella iba creciendo no se ha podido comunicar normalmente con los demás
¿Se le ha facilitado algún medio de comunicación?	Si () NO (x)

Tabla11: Patrón 8. Patrón rol relaciones

Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

PATRÓN 9. DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Se ha embarazado alguna ocasión?	Si () NO (x)
¿A qué edad empezó la menarquia?	Ninguna
¿La menstruación es mensualmente?	Si () NO (x)

Tabla12: Patrón 9. De sexualidad-reproducción

Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cambia de humor fácilmente?	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Se ha adaptado a los cuidados que le brindan?	Si (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
¿Se siente estresado?	Hay momento en que ella se irrita y se enoja por todo
¿Sufre de dolores de cabeza periódicamente?	Si (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>)
¿Responde de manera enérgica a algún comentario?	Se enoja, se molesta, grita

Tabla13: Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés
Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

PATRÓN 11. VALORES-CREENCIAS

ENTREVISTA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuál es su religión?	Cristiana
¿Asiste a la iglesia periódicamente?	Si (x) NO ()
¿Piensa que los valores son importantes?	Si muy importantes
¿Teme Ud. a la muerte?	Si (x) NO ()

Tabla14: Patrón 11. Valores-creencias
Autora: Soria Lascano Jenny Sofía

ANEXO II

ESCALA DE DISNEA -MRC MODIFICADA-

Población general. Se trata de una escala heteroadministrada que consta de 5 niveles. No tiene puntos de corte. A mayor grado, menor tolerancia a la actividad debido a la disnea.

GRADO	ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso (llanto)
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano.
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Tabla15: Escala De Disnea -Mrc Modificada

Fuente: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_disnea_mrc_modificada.pdf

ANEXO III

INSTRUMENTOS DE AYUDA A LA VALORACIÓN DE PATRÓN 2. NUTRICIONAL–METABÓLICO

RIESGO NUTRICIONAL -CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"

AFIRMACIÓN	SI	NO
Ha tenido una enfermedad o afección que le ha hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que consume		
Toma menos de dos comidas al día		
Come pocas frutas, vegetales o productos lácteos		
Toma más de tres vasos de cerveza, licor o vino casi a diario		
Tiene problemas dentales que hacen difícil comer		
No siempre tengo dinero para comprar la comida que necesito		
Como solo la mayoría de veces		
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta		
Sin quererlo, ha perdido o ganado 5 Kg de peso en los últimos seis meses		
No siempre puede comprar, cocinar comer por mí mismo por problemas físicos		
	4	6

*Tabla16: Riesgo Nutricional -Cuestionario "Conozca Su Salud Nutricional"Modificada
Fuente: <http://nutricionclini.blogspot.com/2013/04/articulo-8-escalas-de-evaluacion.html>*

Su interpretación se hace conforme a los puntos de corte

- ✓ 0 a 2: **Reevaluar** la puntuación nutricional en seis meses
- ✓ **3 a 5: Riesgo nutricional moderado.** Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y estilo de vida, reevaluar en tres meses
- ✓ **6 a más: Riesgo nutricional alto.** Llevar el cuestionario a un médico especialista y pedir ayuda para mejorar la nutrición

ANEXO IV

INSTRUMENTOS DE AYUDA A LA VALORACIÓN DE PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

ÍNDICE DE BARTHEL

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- **Población diana:** El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia.

Ítem	Situación del paciente	Puntos
Comer	<input type="radio"/> Totalmente independiente.	10
	<input type="radio"/> Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	<input type="radio"/> Dependiente	0
Lavarse	<input type="radio"/> Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	<input type="radio"/> Dependiente	0
Vestirse	<input type="radio"/> Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	<input type="radio"/> Necesita ayuda	5
	<input type="radio"/> Dependiente	0
Arreglarse	<input type="radio"/> Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse.	5
	<input type="radio"/> Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	<input type="radio"/> Continencia normal	10
	<input type="radio"/> Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para	

	<p>administrarse supositorios o lavativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Incontinencia 	5
		0
Micción (valórese la semana previa)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Continencia normal o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta. 	10
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda. 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incontinencia 	0
Usar el retrete	<ul style="list-style-type: none"> ○ Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa. 	10
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo. 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dependiente 	0
Trasladarse	<ul style="list-style-type: none"> ○ Independiente para ir del sillón a la cama 	15
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo 	10
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo. 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dependiente 	0
Deambular	<ul style="list-style-type: none"> ○ Independiente, camina solo 50 metros 	15
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros. 	10
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Independiente en silla de ruedas sin ayuda. 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dependiente 	0
Escalones	<ul style="list-style-type: none"> ○ Independiente para bajar y subir escaleras. 	10
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Necesita ayuda física o supervisión para 	5

	hacerlo. ○ Dependiente	0
Total:		5

Tabla17: Índice De Barthel

Fuente:

http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_2_127.pdf

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

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

ANEXO V

INSTRUMENTOS DE AYUDA A LA VALORACIÓN DE PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTUAL ESCALA DE GLASGOW

Características	Puntuación
Respuesta ocular	
<ul style="list-style-type: none"> • Espontáneo 	4
<ul style="list-style-type: none"> • A estímulos verbales 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Al dolor 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de respuesta 	1
Respuesta verbal	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientado 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Desorientado confuso 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Incoherente 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Sonidos incomprensibles 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de respuesta 	1
Respuesta motora	
<ul style="list-style-type: none"> • Obedece ordenes 	6
<ul style="list-style-type: none"> • Localiza el dolor 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Retraída ante el dolor 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Flexión anormal 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Extensión anormal 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de respuesta 	1
PUNTUACIÓN: Normal: 15	
Gravedad: < 9 Gravedad	
Coma profundo: 3	

Tabla18: Escala De Glasgow

Fuente: <http://www.meiga.info/Escalas/Glasgow.pdf>

ANEXO VI

INSTRUMENTOS DE AYUDA A LA VALORACIÓN DE PATRÓN 8.

PATRÓN ROL RELACIONES

TEST APGAR FAMILIAR

Características	0 Casi nunca	1 A veces	2 Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			
Total	9		

Tabla19: Test Apgar Familiar

Fuente: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_apgar_familiar.pdf

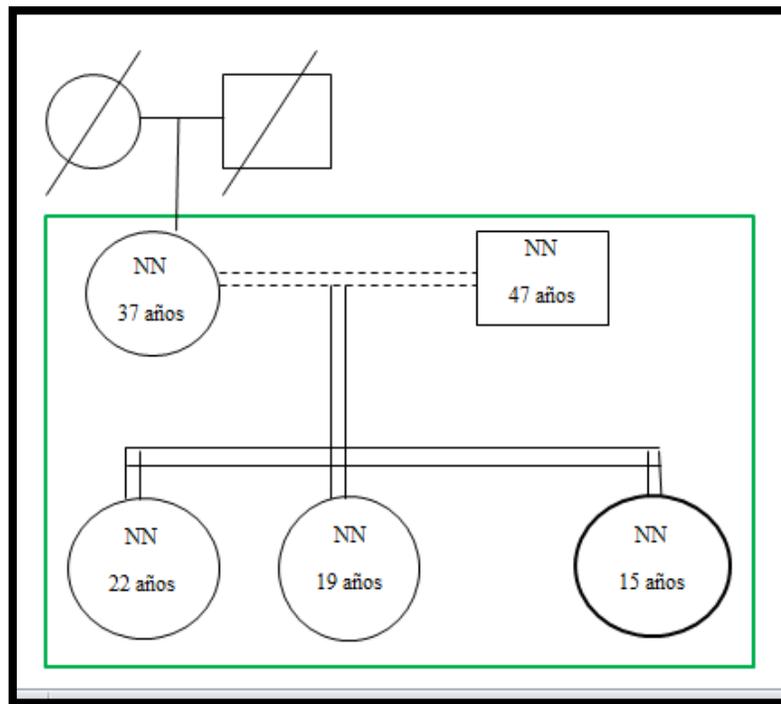
Los puntos de corte son los siguientes:

Normofuncional: 7 - 10 puntos

Disfuncional leve: 0 - 2

Disfuncional grave: 3 - 6

FAMILIOGRAMA



SIMBOLOGIA

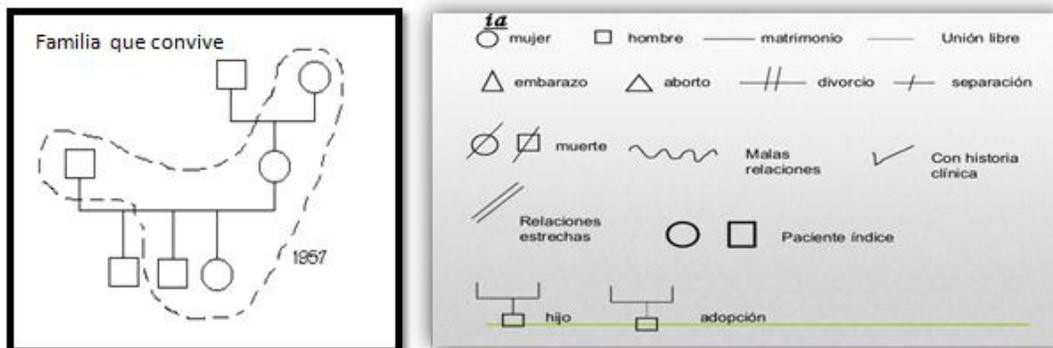
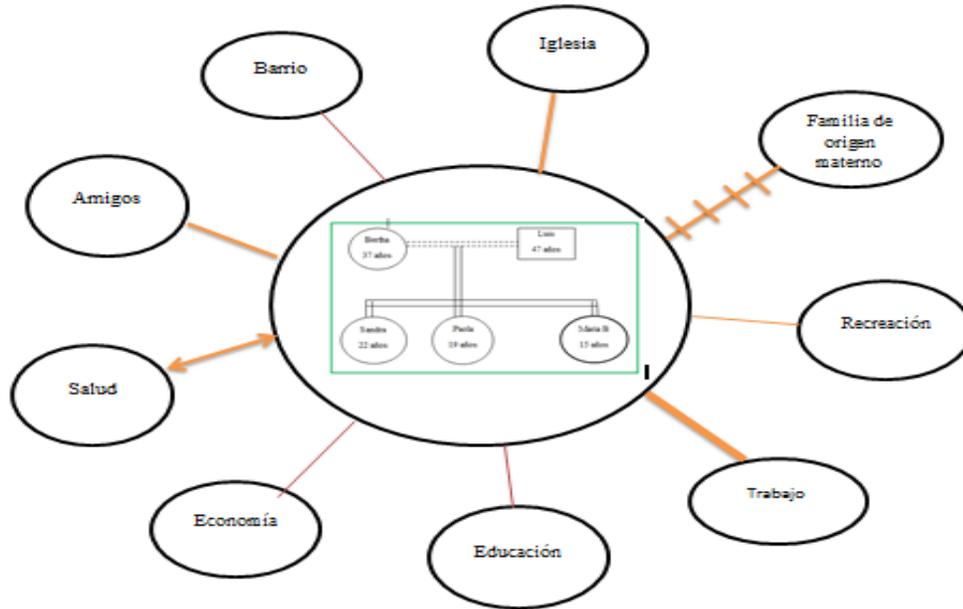


Grafico 1

Autora: Soria Lascano, Jenny Sofía.

ECOMAPA FAMILIAR



SIMBOLOGÍA



Grafico 2

Autora: Soria Lascano, Jenny Sofia