

CAPITULO 3
RESULTADOS

3.1 VALORACION DE ENFERMERIA

3.1.1 HISTORIA DE ENFERMERIA:

Usuario Masculino de Siglas J.J.V.R de 91 años de edad, fecha de valoración 6-05-03, persona para contactar su esposa M.E.A.V. domicilio ubicado en una colonia periférica al norte de la ciudad de Hermosillo, Son. Ultimo ingreso a una institución hospitalaria en abril del 2003 para la aplicación de una sonda de gastrostomía; el usuario es atendido en su hogar actualmente:

3.1.2 ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLOGICOS Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS.

Refiere que hace 25 años le operaron debido a un absceso en la base del pulmón derecho; por lo que se realizo una lobectomía pulmonar; hace 13 años le aplicaron un marcapaso debido a Insuficiencia Cardiaca; hace 8 meses presento "Pulmonía" que le duro un mes, en el mes de abril del 2003 le aplicaron una sonda de gastrostomía, por presentar dificultad para deglutir alimentos, como secuela del la Enfermedad Vasculad Cerebral (EVC).

NO PATOLOGICOS:

Es el primero de 4 hijos, nació por parto natural, padeció las enfermedades propias de la infancia, como Sarampión, Varicela, Paperas, Tos ferina, se le aplicaron las vacunas de ese tiempo. Actualmente se encuentra vacunado por T.T., SR, Antigripal y Neumococcica.

HEREDOFAMILIARES:

Padre finado hace 40 años de Infarto agudo al miocardio, su madre muerta a los 84 años por enfermedades propias de la vejez; hermano fallecido por "pulmonía" secundaria a Diabetes Mellitus, hermana fallece de Infarto Agudo al Miocardio y Hermano de un tumor en el estómago, sin especificar si fue benigno o maligno.

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES:

PATRON DE MANTENIMIENTO Y PERCEPCION DE LA SALUD:

J.J.V.R. ha sido una persona muy "sana" hasta hace 2 años que empezó con sus problemas de salud como son la Enfermedad Vascular Cerebral y Parkinson; percibe su salud mala debido a que no puede caminar; hábitos buco dentales 3 veces al día, baño cada 2 días, cambio de ropa diario, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, No consume bebidas alcohólicas, ni fuma, es alérgico a la Fenoltaleina (agarol), presentando "ronchas" en todo el cuerpo.

Asiste a revisión dental 1 vez al año o para ajustar su placa dental, antes de su

Enfermedad caminaba 3 kilómetros diarios, actualmente no realiza ningún tipo de ejercicios. El tratamiento casero son tes de sábila con miel de abeja para la tos, sigue las indicaciones médicas que son realizadas por su esposa y enfermera son las siguientes:

Stugeron 1 tab. Diaria

Pentoxifilina 1 tab. Diaria.

Digoxina 1 tab. Diaria.

Aspirina 80 mg. Diaria.

Multivitaminas 1 tab. Diaria.

Senokot 1 tab. Diaria.

Maxitrol oftálmico 2 gotas por la noche.

Vivienda es de material de concreto, bloque y cemento, cuenta con ventilación natural y artificial (abanico y aire acondicionado), Iluminación natural y artificial (focos y lámparas), 9 habitaciones en las cuales se dividen en 2 recamaras, 1 cocina, 2 baños, sala comedor, estancia, biblioteca y cuarto de lavado, el mobiliario es acorde a sus necesidades. Disposición de excretas dentro de la casa, cuenta con los servicios básicos de la comunidad; agua, luz, drenaje, teléfono, Aseo diario de la vivienda, no vectores, ni roedores, 1 vez al mes fumigan con plaguicidas. No conviven con animales domésticos.

PATRON NUTRICIONAL METABOLICO:

No le desagrada ningún alimento, Anteriormente ingería 3 comidas de contenido siguiente:

Desayuno: 8:30 AM

- 1 plato de frutas (papaya, plátano y manzana) picados.
- 1 plato de cereal.
- 1 vaso de jugo.
- 1 rebanada de rosca de naranja.

Comida: 1:30 PM

- 1 plato de caldo de pollo con verduras.
- 3 tortillas de maíz.
- 1 vaso de agua fresca.
- 1 porción de gelatina.

Cena: 7:30 PM

- Un yogurt.
- 1 plato de cereal.
- 1 vaso de leche.

Ingesta de líquidos 2 litros de agua y jugos al día; Señala que su apetito ha disminuido no presenta náuseas ni vómitos, ha bajado en el último mes 5 Kg., presenta dificultad para deglutir alimentos sólidos y líquidos. Resequedad en los pies, no presenta cambios en el cuero cabelludo, uñas de manos en buenas condiciones, uñas de pies amarillas y gruesas. No presenta dolor abdominal, ni agruras, presencia de gastrostomía por dificultad por deglutir líquidos y sólidos.

PATRON DE ELIMINACION

Dice ir al baño 1 vez cada dos días, por la mañana, su última Defecación 06-05-03 con características café, duras y dolor al defecar, uso de laxantes y supositorios, por estreñimiento.

Evacuación Urinaria cinco veces al día, presencia de incontinencia Urinaria, sin presentar algún tipo de molestia. Transpiración es normal.

PATRON ACTIVIDAD – EJERCICIO:

Presenta cambios en la función cardíaca debido a la presencia de palpitations y marcapasos. Refiere cambios en el patrón respiratorio al presentar disnea al estar acostado y al ingerir alimentos por la boca o por la gastrostomía.

En el estado vascular presenta hematomas espontáneos en miembros superiores (manos). Cambios Neuromusculares debido a la limitación de movimientos en los miembros inferiores.

En sus tiempos libres, realiza actividades recreativas como; ver televisión por la tarde y escuchar música. Para la realización de las actividades cotidianas como el baño e higiene, comer, beber, vestirse, arreglarse, evacuación intestinal y vesical, caminar, subir escaleras y movilizarse en cama es totalmente dependiente, (nivel 4) de su esposa y enfermera.

PATRON SUEÑO DESCANSO:

Duerme 11 horas de sueño nocturno con un horario de 8:00 p.m. a 7:00 a.m. La siesta es de 5 horas, sin apoyo para dormir o conciliar el sueño, no presenta cambios de humor.

PATRON COGNITIVO – PERCEPTIVO:

No escucha bien en ambos oídos, no presenta vértigo, y tiene disminución de la Agudeza visual, además uso de lentes desde hace 30 años por presentar “vista borrosa” debido a que leía mucho.

Sensibilidad a la intensidad de la luz y disminución para diferenciar los colores. Presenta dificultad para distinguir olores.

Memoria alterada en tiempo, lenguaje y tono de voz alterado debido a la dificultad para hablar y de expresarse, presenta cambios a la sensibilidad al frío y al calor, la manera de aprender es leyendo. No presenta dificultad para tomar decisión

PATRON AUTOPERCEPCION Y CONCEPTO DE SI MISMO:

Dice sentirse preocupado por su enfermedad y por no poder realizar sus cuidados personales por si solo; su temor es que el padecimiento siga empeorando; se describe como una persona seria, responsable, amable, generosa y que le gusta ayudar a los demás; está conforme con lo que es y los logros obtenidos en su profesión. Nunca perdió interés por las cosas, ni ha pensado en quitarse la vida; la pérdida mas dolorosa fue la muerte de su hija hace 13 años, ya que le afectó bastante a él y a su familia; lo que le ayudaría a sentirse mejor sería estar bien de salud.

PATRON ROL RELACIONES:

Medico Cirujano de profesión con especialidad de Urología y Ginecobstetricia; actualmente es jubilado desde hace 20 años y su sistema de apoyo es la familia. Es Casado vive con su esposa, el papel que esta desempeñando actualmente en relación a la economía es independiente ya que con la pensión vive cómodamente con su pareja.

Presenta dificultad para comunicarse con los miembros de su familia, perteneció mucho tiempo a la Asociación Medica de Hermosillo y dice tener muchas amistades que le visitan.

PATRON SEXUALIDAD REPRODUCCION:

Comenta no tener vida sexual activa desde hace muchos años, satisfecho con el numero de hijos procreados, dice realizarse examen prostático una vez al año, el ultimo fue en junio del 2002, en los resultados no se encontró ningún problema o alteración.

PATRON AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Externa que cuando esta preocupado o estresado, su actitud es más seria de lo cotidiano las acciones que realizaba era tocar el piano, en la actualidad son, escuchar música y ver televisión.

PATRON VALORES Y CREENCIAS:

Practica la religión católica y asistía frecuentemente a misa, no presenta restricción ya que ahora que no puede asistir, su esposa le lleva la comunión, sus valores mas importantes son el amor, unión familiar, respeto a las personas y a la vida.

3.1.2 EXAMEN FISICO:

ASPECTO GENERAL:

Usuario masculino de 91 años, edad aparente igual a la cronológica, aliñado, limpio, tranquilo, presenta afasia, relajado memoria alterado en tiempo ubicada en persona y lugar, presenta somnolencia, casi no responde ni colabora a las preguntas, postura adoptada sédente, complexión física robusta.

SIGNOS VITALES:

A la exploración física se encuentra temperatura axilar de 36.7C, tomada en axila derecha; pulso radial filiforme de 70 latidos por minuto, rítmico, amplio y superficial; respiración de 15 por minuto rítmicas, superficiales; tensión arterial de 110/70 Mm. /Hg. en brazo izquierdo en posición sédente, los signos vitales fueron valorados el día 7/05/03 a la 5:40 PM.

PATRON RESPIRATORIO CIRCULATORIO:

Tórax; caja torácica mediana elíptica y simétrica, perímetro torácico de 83 cm., debilidad de los músculos respiratorios intercostales y disminución de la elasticidad de pared torácica, frecuencia respiratoria es de 15 por minuto, color y temperatura del tórax acorde con el resto del cuerpo, a la auscultación de campos pulmonares, presenta entrada y salida de aire a los pulmones, frenito bucal presente, ruidos vesiculares y bronco vesiculares presentes, no presenta tos ni secreciones bronquiales.

A la inspección y palpación de miembros superiores, temperatura y coloración acorde con la del resto de cuerpo, llenado capilar de lechos unguales de 3 segundos en ambas manos, presencia de hematomas espontáneos en manos, red venosa visible, movimientos lentos de pronación y supinación de antebrazo y mano, con movimiento de pulgar contra los dedos restantes como si rodearan una píldora.

A la inspección y palpación de miembros inferiores, se observa red venosa visible; desarrollo muscular hipo trófico y sin tono, estado vascular periférico alterado debido a la presencia de edema en pies (fovea++); no presenta varicosidades, color acorde al resto del cuerpo, temperatura alterada al presentar miembros inferiores fríos, llenado capilar de 3 segundos.

PATRON NUTRICIONAL METABOLICO:

Complexión robusta, peso de 75 Kg. y talla de 1.80 Pts, tez de color blanca, delgada, con presencia de resequeidad, mucosa bucofaríngea alterada, resequeidad de boca y labios debido al poco consumo de agua, alimentos por vía oral y la disminución de la producción de la salivación, encías retraídas, rosadas, lengua de tamaño normal con presencia de una capa blanquecina, escasas papilas gustativas, paladar duro y blando con hidratación y con excoriaciones, reflejo nauseoso presente a la prueba del abate lenguas, se observan piezas dentarias incompletas, en la mayoría del maxilar superior, con presencia de caries en dos molares, uso de placa dental móvil, úvula central sin alteraciones, amígdalas presentes y presencia de halitosis. Cabello limpio, fuerte, bien distribuido e implantado, corto ondulado, hidratado, de color canoso, no se observan zonas de alopecia.

Presenta cicatriz quirúrgica en tórax por lobectomía y colocación del marcapaso. Uñas de manos limpias cortas y en buenas condiciones, las uñas de los miembros inferiores cortas gruesas y de color amarillas. .

Presenta disfagia a alimentos líquidos y sólidos, la alimentación es por sonda de gastrostomía, la dieta indicada es blanda y líquida.

El desayuno a las 8:30 AM.

- * 250 ml de papaya, plátano y manzana licuada.
- * 50 ml de Ensure.
- *125 ml de jugo de naranja.
- * 100 ml de agua.

Colación a las 12:00 PM.

- 150 ml de Gatorade
- 100 ml de yogurt

La comida a las 2:30 p.m. consiste en

- 250 ml de carne o pollo con verduras licuadas.
- 125 ml de puré de frutas (manzana, mango, ciruela).
- 150 ml de jugos (manzana, pera,)
- 150 ml de agua

Cena a las 7:00 p.m.

- 250 ml de avena.
- 125 ml de pure de ciruela.
- 125 ml de agua.
- 50 ml de ensure.

El consumo de líquidos es de 875 ml, se le proporcionan probaditas de alimentos por vía oral. Se observa abdomen de forma plana, simétrico en todos los cuadrantes, de volumen normal, color y temperatura acorde al resto del cuerpo, a la palpación e inspección de órganos como; hígado, bazo, riñones, intestinos y estomago no se presenta ninguna alteración, se observa colocación de sonda de gastrostomía para alimentación, ubicada en el epigastrio, la herida se encuentra limpia e hidratada sin signos o síntomas de infección.

Uñas de manos limpias cortas y en buenas condiciones; presenta edema en miembros inferiores (fovea++), temperatura baja, uñas cortas, gruesas y de color amarillo.

PATRON DE ELIMINACION:

Evacuación intestinal de 1 vez cada dos días, con características de heces duras, cilíndricas, de color café oscuro, y en poca cantidad; presencia de tenesmo y estreñimiento, requiere el uso de laxantes, como senokot, supositorios de senocidos y enemas con agua tibia y jabón

Evacuación urinaria de 5 a 6 veces al día, amarillas claro, de olor característico, sin presencia de alteraciones, presenta incontinencia urinaria, uso de pañal para adulto.

PATRON COGNITIVO PERCEPTIVO:

VISION; Por su condición física no es posible valorar agudeza visual, uso de lentes desde hace 30 años, pupilas con miosis, y simétricas en ambos ojos, ojos limpios, sin secreciones, conductos lagrimales permeables, caída de parpados (ptosis palpebral), escasas cejas y pestañas con buena implantación, conjuntivas de color rosado,

integras; esclera color blanco y clara, iris de color café oscuro integro, a la palpación no se sienten masas, ni zonas de dolor, presenta ojos llorosos debido a la sensibilidad a la reacción de la l

AUDICION: Oído externo integro, pabellón auricular de tamaño proporcional al resto de la cara, buena implantación, simétrico, a la palpación se encontró mayor sensibilidad al tacto, y la temperatura acorde al resto del cuerpo, conducto auditivo externo sin inflamación, masas o cuerpos extraños, la membrana timpánica se observa de color perla, integra con presencia de cerumen en ambos oídos, presenta hipoacusia en ambos oídos a la realización de la agudeza auditiva, con el uso del diapasón, y a la prueba del susurro, realizado a 20cm de distancia.

OLFATO: Nariz de forma grande y larga, posición del tabique central, simétrica, mucosa nasal de color rosado e hidratado, con presencia de vello, y sin presencia de secreciones. A la prueba del olfato se realizo con una torunda de alcohol, resultando positivo, canela, clavo, y olores frutales no los percibió, debido a que las fibras de los nervios olfatorios disminuyen con la edad. Reflejo del estornudo presente a la estimulación con una servilleta de papel.

TACTO: Presenta sensibilidad al momento de tocarlo y al frío y calor, a la realización de la prueba de tolerancia al dolor en los miembros superiores se le dio un ligero pellizco, con escala de dolor del 0=tolerable.

MEMORIA: Antero grada y orientación alterada en tiempo. Lenguaje y tono de voz malo debido a la dificultad para hablar y expresarse, presentando afasia.

PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO:

Capacidad de movilidad incompleta, debido a daño neuromuscular, no fue posible valorar; la marcha, equilibrio, flexión, hiperextensión, flexión lateral, rotación del tronco, debido a la incapacidad para mantenerse de pie; disminución de los movimientos, rigidez en miembros superiores y mas notable en miembros inferiores, temblor en miembro superior derecho, disminución de masa y rendimiento muscular, disminución del grosor y elasticidad del cartilago lo que provoca mayor rigidez, a la prueba de contra resistencia fuerza disminuida en ambos miembros superiores (manos) y fuerza disminuida en ambos miembros inferiores, reflejo bicipital, rotuliano y aquiliano disminuidos.

Frecuencia cardiaca de 70 pulsaciones por minuto, frecuencia respiratoria de 15 por minuto, se palpan diferentes pulsos como; carótida, radial, popiteo, braquial, femoral, pedial y tibial posterior, presenta edema en miembros inferiores (pies), (fovea ++). No presenta lesiones en sitios presión, como creta iliaca, omoplatos, codos, cóccix, y tobillos.

PATRON SEXUALIDAD Y REPRODUCCION:

Se observa genitales íntegros, con disminución del tamaño del pene y testículos, se observa vello pubico escaso y delgado, mamas simétricas y pequeñas y de color café claro, a la palpación de mamas no se presentan masa ni zonas dolorosas, vida sexual inactiva desde hace varios años.

3.1.3 RESULTADOS DE LABORATORIOS

PATRON NUTRICIONAL METABOLICO:

BIOMETRIA HEMATICA:

TEST	RESULTADO	RANGOS
HEMOGLOBINA	13.5 gr/dl	11.5-15.5
HEMATOCRITO	24.3 %	37 a 51%
LEUCOCITOS	7,000mm ³	5,000-10,000mm ³
PLAQUETAS	159,000 mm ³	140 a 440,000 mm ³
TIPO SANGUINEO	O, Rh positivo	

QUIMICA SANGUINEA:

TEST	RESULTADO	RANGOS
GLUCOSA	82 mg/dl	76 a 110 mg/dl
UREA	34 mg/dl	10 a 50 mg/dl
CREATININA	0.85 mg/dl	.80 a 1.40 mg/dl
COLESTEROL	132 mg/dl	140 a 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	65 mg/dl	30 a 159 mg/dl

ELECTROLITOS SERICOS

TEST	RESULTADO	RANGOS
SODIO	138 meq/l	135 a 145 meq/l
POTASIO	4.3 meq/l	3.8 a 5 meq/l
CLORO	98 meq/l	95 a 105 meq/l
CALCIO	8.9 mg/dl	8.5 a 10.5 mg/dl

PATRON DE ELIMINACION:

EXAMEN GENERAL DE ORINA

TEST	RESULTADO
COLOR	AMARILLO CLARO
DENSIDAD	1.030
ALBUMINA	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO
BILIRRUBINA	NEGATIVO
HEMOGLOBINA	NEGATIVO
PH	5.5

3.1.4 DOCUMENTACION

RESUMEN DE INICIO Y EVOLUCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia padecimiento actual, hace 2 años, su principal síntoma fue la dificultad para caminar y debilidad muscular; acude a consulta medica y su diagnostico medico es de Enfermedad Vascular Cerebral y Enfermedad de Parkinson.

Empieza con el uso de bastón como apoyo para poder caminar, en el mes de enero del presente año se hace mas grave su padecimiento al presentar rigidez muscular, dificultad para caminar y temblor de miembro superior derecho, y el uso de silla de ruedas para su movilización.

A esto se añade disfagia a alimentos líquidos y sólidos lo cual le provocaba que se ahogara, y con riesgo de aspiración. Presenta disminución del apetito, y pérdida de 5kg, en las últimas semanas. En abril del 2003, por indicación médica se coloca sonda de gastrostomia.

TRATAMIENTO ACTUAL:

MEDICAMENTOS:

- 1 Tableta diaria de Stugeron
- 1 tableta diaria de pentoxifilina
- 1 tableta diaria de digoxina
- 1 tableta diaria de aspirina
- 1 tableta diaria de multivitaminas

- 1 tableta por la noche de senokot
- 2 gotas de maxitrol en los ojos por la noche.

DIETA: La dieta es Normal Licuada rica en calorías.

INDICACIONES:

- Curación diaria en la herida quirúrgica por la gastrostomía
- Realizar cambios posturales.
- Administración de Medicamentos.
- Alimentación por Gastrostomía.
- Mantener permeabilidad de la sonda.
- Ejercicios pasivos en miembros inferiores.
- Aplicación de vendas en miembros inferiores.

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES

PATRON DE MANTENIMIENTO Y PERCEPCION DE LA SALUD:

El usuario percibe su estado de salud malo, debido a su incapacidad para caminar y por presentar disfagia; rutina higiénica como cepillado dental de la placa tres veces al día, baño de cada 2 días, cambio de ropa diario, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, todo estas actividades son con el apoyo de la enfermera y su esposa.

Tabaquismo y alcoholismo negativo, asiste a revisión medica cada mes y revisión dental una vez al año o cada vez que tenga que reajustar su placa dental, utiliza remedios caseros como sábila y miel de abeja para la tos, alérgico ala Fenolftaleina (agarol) presentando como reacción alérgica eritema generalizado, no realiza ningún tipo de ejercicio debido a su incapacidad para realizarlos.

Buenas condiciones de la vivienda cuenta con los servicios básicos de la comunidad. No convive con animales domésticos.

ESTE PATRON SE CONSIDERA DISFUNCIONAL.

PATRON NUTRICIONAL METABOLICO:

Complexión robusta, peso de 75kg, y talla de 1.80mts, Índice de masa corporal (IMC) es de 23 de acorde con su complexión. Tez blanca, piel delgada, presenta resequedad, textura disminuida.

Alimentación 3 veces al día por medio de sonda de gastrostomía por disfagia.

Horario de ingesta de alimentos:

- Desayuno 8:30 AM
- Comida 2:30am
- Merienda o cena 7:00

La dieta contiene los nutrientes necesarios para el usuario, ya que contiene los cuatro grupos básicos de alimentos como; carnes y pescados, frutas y verduras, carbohidratos y bajo contenido de fibras. Ha presentado disminución del apetito, y pérdida de 5kg, en las últimas semanas, cuero cabelludo no presenta alteraciones, buen estado de uñas de manos y uñas de piel de color amarillo y gruesas.

Mucosa bucofaríngea alterada, resequedad de boca y labios, por la disminución de la producción de la salivación, mucosa denudada, encías retraídas y rosadas, lengua blanquecina y escasas papilas gustativas, piezas dentarias incompletas en su mayoría del maxilar

inferior con presencia de caries en dos molares y el uso de palca dental móvil, presencia de halitosis.

Abdomen de forma plana, simétrico, ausencia de masas dolorosas, ruidos peristálticos presentes. Sonda de gastrostomía permeable, sin signos y síntomas de infección. En exámenes de laboratorio no presenta alteración alguna.

ESTE PATRON SE CONSIDERA DISFUNCIONAL.

PATRON DE ELIMINACION:

Eliminación intestinal de una vez cada dos días, con presencia de tenesmo y estreñimiento, con heces duras y cilíndricas de olor característico, de color café oscuro, con uso de laxantes como supositorios, senosidos y enemas, región peri anal íntegro y sin lesiones.

Eliminación urinaria de 5 a 6 veces al día, con color amarillo claro y olor característico, sin dolor y ardor a la micción, región perineal íntegra sin ninguna alteración, presentando incontinencia urinaria. Con uso de pañal para adulto.

ESTE PATRON SE CONSIDERA DISFUNCIONAL.

PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO:

Cambios en el patrón respiratorio al presentar disnea al estar acostado, cambios neuromusculares, debido a la limitación de movimientos, la movilización es incompleta, en los miembros inferiores, rigidez, en miembros superiores y mas notable en miembros inferiores, temblor en miembro superior derecho, a la prueba de contra resistencia

presenta fuerza en ambos miembros superiores y fuerza disminuidas en miembros inferiores, presenta edema con FOVEA ++ en pies. Realización de actividades cotidianas como; baño e higiene, comer y beber, vestirse, arreglarse, evacuación intestinal y urinaria, movilización en cama es totalmente dependiente de su esposa y enfermera. (nivel funcional 4). Frecuencia cardiaca es de 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria, es de 15 por minuto.

ESTE PATRON SE CONSIDERA DISFUNCIONAL.

PATRON DE SUEÑO Y DESCANSO:

El habito de sueño nocturno es de 11 horas ininterunpidas el horario de sueño es de 8pm a 7am., realiza siesta de 5 horas, no presenta cambios de humor, ni necesita de ningún apoyo para conciliar el sueño.

ESTE PATRON SE CONSIDERA FUNCIONAL.

PATRON COGNITIVO PERCEPTIVO:

VISION: Por su condición física no se pudo realizar prueba de agudeza visual, pero presenta disminución de la agudeza visual por el uso de lentes desde hace 30 años, presenta sensibilidad a reacción de la luz y dificultad para distinguir los colores

AUDICION: Presenta hipoacusia en ambos oídos, a la realización de la agudeza auditiva, conductos auditivos externos íntegros,

OLFATO: Presenta dificultad para distinguir olores.



MEMORIA: Presenta memoria anterograda alterada, orientación alterada en tiempo, lenguaje y tono de voz alterado, debido a la dificultad para hablar y expresarse presentando afasia.

TACTO: Al tacto presenta sensibilidad al tocarlo y al frío y al calor.

LENGUAJE: Presenta afasia y disartria

ESTE PATRON SE CONSIDERA DISFUNCIONAL.

PATRON DE AUTOPERCEPCION Y CONCEPTO DE SI MISMO:

El usuario se siente preocupado, y refiere ciertos temores en relación a su padecimiento y las limitaciones que este le imponen, es una persona seria, responsable, amable, conforme con lo que es, nunca ha pensado en acabar con su vida, la pérdida más significativa fue la muerte de su hija.

ESTE PATRON SE CONSIDERA FUNCIONAL.

PATRON ROL RELACIONES:

Médico cirujano, con especialidad en urología y ginecólogo obstetra, jubilado, independiente económicamente de su familia, convive con sus familiares y tiene buenas relaciones con sus familiares.

ESTE PATRON SE CONSIDERA FUNCIONAL;

PATRON SEXUALIDAD REPRODUCCION:

Se observan genitales íntegros, disminución del tamaño del pene y testículos, se observa vello pubico escaso y delgado, mamas sin ninguna alteración.

Vida sexual inactiva desde hace varios años, conforme con el número de hijos, realización de examen prostático sin alteraciones.

ESTE PATRON SE CONSIDERA FUNCIONAL

PATRON DE AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Su expresión habitual a las tensiones o preocupaciones es el ser mas serio de lo que es, las acciones que realiza para afrontarlas, ver televisión y escuchar música.

ESTE PATRON SE CONSIDERA FUNCIONAL.

PATRON VALORES Y CREENCIAS:

Religión católica, no presenta ninguna restricción para llevarla acabo, los valores mas importantes para el son el amor y unión de su familia y respeto a la humanidad y a la vida.

ESTE PATRON SE CONSIDERA FUNCIONAL.

3.1.5 FORTALEZA IDENTIFICADAS:

- Cuenta con el apoyo total de su familia
- Familia unida
- Sigue tratamiento e indicaciones medicas y de enfermería
- Tiene deseos de seguir viviendo y recuperarse
- Cuenta con servicios médicos.
- Posición económica

3.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- ❖ Estreñimiento. R/C Nula actividad física y dieta baja en fibra. M/p Cambios el patrón intestinal al evacuar cada 2 días, presencia de heces duras y tenesmo al evacuar.
- ❖ Deterioro de la Mucosa Oral. R/C Disminución de la producción de la salivación, y el no consumo de alimentos y líquidos por vía oral. M/P Lengua saburral, mucosa erosionada, disminución del gusto y halitosis.
- ❖ Déficit de AutoCuidado: Baño e Higiene (nivel funcional 4). R/C Deterioro músculo esquelético y neuromuscular. M/P Incapacidad para lavarse y secarse el cuerpo, obtener artículos de baño, al entrar y salir del baño.
- ❖ Déficit de Auto cuidado: en el uso de WC. (Nivel Funcional 4). R/C Deterioro de la movilidad, deterioro neuromuscular y músculo esquelético. M/P Incapacidad para ir al baño, sentarse en el baño y sostenerse en el barandal del baño.
- ❖ Deterioro de la movilidad física (nivel funcional 4). R/C Intolerancia a la actividad, deterioro neuromuscular, músculo esquelético. M/P Incapacidad para moverse a voluntad dentro del entorno físico, incluyendo movilidad en la cama, traslado y deambulación.

- ❖ **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. R/C Inmovilización física, edad extrema y humedad continua por la falta de control de esfínteres.**
- ❖ **Riesgo de infección, R/C Procedimientos invasivos, incisión de la piel por la colocación de sonda de gastrostomía y edad extrema de 91 años.**
- ❖ **Deterioro de la comunicación verbal. R/C Disminución de la circulación cerebral. M/P Afasia y disartria.**

PLANES DE CUIDADO

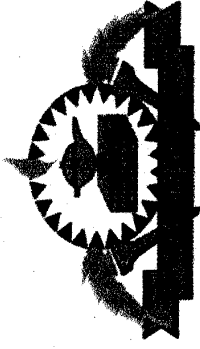


3.3 PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: J.J.V.R **EDAD:** 91 AÑOS **SEXO:** MASCULINO **DX. MEDICO:** ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Dx. Enfermería	Objetivo para el Usuario	Intervención de Enfermería	Ejecución	Indicador de Evaluación	Resultado
Estreñimiento R/c: nula actividad física, dieta baja en fibra. M/p: cambios en el patrón intestinal al evacuar cada 2 días, presencia de heces duras y tenesmo al evacuar.	El usuario recuperará su hábito intestinal en 2 semanas.	<p>*Realizar suaves masajes abdominales, 1 vez al día por la mañana. (anexo IV técnica de masaje)</p> <p>*Realizar técnicas de relajación para eliminar el cansancio.</p> <p>*Proporcionar una dieta rica en fibra durante el día. (Anexo V fibra).</p> <p>*Proporcionar privacidad al momento de defecar.</p> <p>*Aumentar la ingesta de líquidos durante el día (agua. Jugos, un litro y medio en 24 horas. 250ml de jugo ala 8:30 AM 250 ml de Ensure a las 8:30 AM 250ml de agua alas 12:00 PM</p>	Usuario Enfermeras Familia	El usuario recupera su hábito intestinal, evacuación semipastosa diaria.	LOGRADO

	<p>250ml de jugo a las 3:30 PM 250ml de agua a las 6 PM 250ml de jugo a las 8 PM</p> <p>*Identificar el patrón de evacuación normal previo a la aparición del estreñimiento.</p> <p>*Procurar que el usuario este cómodo y seguro.</p> <p>*Recalcar la necesidad de evitar hacer esfuerzos durante la evacuación.</p> <p>*Comprobar o corroborar ruidos intestinales presentes.</p> <p>*Dejar como ultima opción la administración de laxantes o supositorios.</p> <p>* Instruir a la familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.</p>	
--	--	--



PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: J. J. V. R EDAD: 91 AÑOS SEXO: MASCULINO DX. MEDICO: ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Dx. Enfermería	Objetivo para el Usuario	Intervención de Enfermería	Ejecución	Indicador de Evaluación	Resultado
Deterioro de la Mucosa Oral. R/C: Disminución de la producción de la salivación, y el no consumo necesario de alimentos y líquidos por vía oral. M/P: Lengua saburral, mucosa erosionada, disminución del gusto y halitosis.	*El usuario mantendrá una higiene bucal adecuada en una semana. *La familia reconocerá la importancia de las medidas terapéuticas para el cuidado buco dental en una semana.	*Realizar lavado bucales 3 veces al día, con agua tibia y enjuague bucal. *Lubricar los labios con vaselina cada vez que sea necesario. *Extraer prótesis dentaria y cepillarsela 3 veces al día. *Proporcionar información clara a la familia. *Mantener hidratada la boca, aplicando gasas o algodones húmedos por su boca.	Usuario Enfermeras Familia	El usuario recupera la higiene adecuada.	Logrado parcialmente



PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: J. J. V. R. EDAD: 91 AÑOS SEXO: MASCULINO DX. MEDICO: ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Dx. Enfermería	Objetivo para el Usuario	Intervención de Enfermería	Ejecución	Indicador de Evaluación	Resultado
Déficit de auto cuidado baño e higiene. (Nivel Funcional 4) R/C: Deterioro muscular esquelético. M/P: Incapacidad para lavarse, secarse el cuerpo, obtener los artículos del baño, entrar y salir del baño.	*Participara en las medidas de sus posibilidades en su propia higiene diaria. En una semana. *Mantendrá su aliño personal durante el tiempo necesario. *Se sentirá más cómodo y limpio.	*Realizar la higiene o aseo al levantarse o acostarse para evitar cambios de ropa innecesarios. *Colocar todos los elementos necesarios para la higiene al alcance de la mano y siempre en el mismo sitio. *Cambios de posición de cubito lateral cada 2 horas. *Estimular la participación activa y la pronta recuperación al máximo nivel de autonomía.	Usuario Enfermeras Familia	*Piel limpia y lubricada. *Aliño personal completo, expresión verbal de descanso.	Logrado parcialmente



PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: J. J. V. R. EDAD: 91 AÑOS SEXO: MASCULINO DX. MEDICO: ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Dx. Enfermería	Objetivo para el Usuario	Intervención de Enfermería	Ejecución	Indicador de Evaluación	Resultado
Déficit de auto cuidado en el uso de WC. R/C: Deterioro neuromuscular y músculo esquelético. M/P: Incapacidad para ir al baño, incapacidad para llevar la higiene adecuada tras la evacuación.	*El usuario se comprometerá en el seguimiento de las actividades planeadas. *Demostrará habilidad en las actividades de suplencia/ayuda requerida por la persona en un lapso de 2 semanas.	*Determinar conjuntamente el grado de dependencia del usuario, que puede hacer, tipo de ayuda que requiere y forma de proporcionársela. *Asegurarse de que sigue una dieta rica en residuo y líquidos para mantener una correcta eliminación intestinal y urinaria; si es preciso, establecer el patrón temporal de eliminación para facilitar la programación. *Emplear ropas fáciles de poner y quitar. *Acompañar al usuario a su desplazamiento y establecer las	Usuario Enfermeras Familia	Sigue actividades planeadas. Coopera de acuerdo a sus posibilidades.	Logrado parcialmente

	<p>ayudas necesarias para prevenir caídas y lesiones.</p> <p>*Usar técnicas para paliar las dificultades funcionales, evitar dolores y la acentuación de deformidades como; alza del WC, fijación del papel higiénico a un mango largo y acodado, sillas con asiento hueco para poner el orinal, barras de apoyo, etc.</p> <p>*Determinar y proporcionar el nivel de ayuda necesario para la higiene post evacuación.</p> <p>*Estimular la participación activa y la pronta recuperación de independencia; emplear al máximo las actividades motrices de la persona, ayudándola/supliéndola únicamente en los movimientos o las maniobras que le resulten dolorosas o imposibles de realizar.</p>	
--	---	--



PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: J. J. V. R. EDAD: 91 AÑOS SEXO: MASCULINO DX. MEDICO: ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Dx. Enfermería	Objetivo para el Usuario	Intervención de Enfermería	Ejecución	Indicador de Evaluación	Resultado
Deterioro de la movilidad física. (Nivel Funcional 4) R/C: Intolerancia a la actividad, deterioro neuromuscular y músculo esquelético. M/P: Incapacidad para moverse a voluntad dentro del entorno físico, incluyendo movilidad en la cama, traslado y deambulacion.	*Expresara su deseo cooperar en la movilización de acuerdo a sus capacidades, en 2 semanas	*Valorar con la persona y familia el nivel actual de movilidad, la causa e implicaciones en la vida cotidiana a corto y largo plazo. *Identificar conjuntamente las actividades que puede realizar de forma independiente, aquellas en las que requiera asistencia y grado de esta. *Mantener en todo momento una posición funcional, con el cuerpo bien aliñado y las extremidades apoyadas con el fin de prevenir deformidades articulares. *Llevar a cabo un conjunto de ejercicios activos/pasivos según	Usuario Enfermeras Familia	Expresa su deseo de cooperar en su movilización de acuerdo a su capacidad.	Logrado Parcialmente

	<p>posibilidades, con el fin de mantener el tono y fuerza muscular. (Anexo VI ejercicios activos-pasivos).</p> <p>*Realizar diariamente cuidados de la piel como mantenerla bien hidratada para evitar resequedad, y protección de puntos de presión, colocando donas o almohadas ortopédicas, colchones ortopédicos, realización de masajes para favorecer circulación de la sangre.</p>	
--	---	--



PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: J. J. V. R. EDAD: 91 AÑOS SEXO: MASCULINO DX. MEDICO: ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Dx. Enfermería	Objetivo para el Usuario	Intervención de Enfermería	Ejecución	Indicador de Evaluación	Resultado
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. R/C: Inmovilidad incompleta, deterioro neuromuscular, deterioro músculo esquelético.	*El usuario mantendrá buen estado general, diariamente. *La familia los identificara los factores de riesgo que predisponen la aparición de lesiones en una semana.	*Mantener en todo momento la piel limpia, seca y bien hidratada mediante una buena higiene corporal. *Realización constante de cambios posturales cada 2 horas para evitar lesiones cutáneas siguiendo este protocolo: 8 am de cubito lateral derecho 10am cubito lateral izquierdo 12pm cubito dorsal 2pm de cubito ventral *Baño diario, secado, aplicación de cremas hidratantes. *Aplicar masajes con cremas hidratantes para favorecer la circulación sanguínea en los sitios de presión, especialmente zona	Usuario Enfermeras Familia	El usuario mantiene la piel limpia e hidratada. La familia los factores que predisponen en la aparición de lesiones.	Logrado



	<p>de glúteos, codos, y espalda 2 a 3 veces al día.</p> <p>*Evitar las rozaduras de superficies cutáneas entre si (colocación de almohadas entre rodillas, omoplatos y glúteos).</p> <p>* Vigilar diariamente el estado de la piel.</p> <p>*Cambio de sábanas cada 2 días y restirar perfectamente diariamente.</p> <p>*Se le explicara a la familia los factores predisponentes a la aparición de lesiones.</p>		
--	--	--	--



PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: J. J. V. R. EDAD: 91 AÑOS SEXO: MASCULINO DX. MEDICO: ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Dx. Enfermería	Objetivo para el Usuario	Intervención de Enfermería	Ejecución	Indicador de Evaluación	Resultado
Riesgo de Infección R/C: Procedimientos invasivos, incisión de la piel por la colocación de sonda de gastrostomía y edad extrema de 91 años.	<p>*Se mantendrá sin síntomas y signos de infección indefinidamente.</p> <p>*La familia identificará los factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de una infección y conocer medidas de higiene para prevenirlas. En un lapso de 1 semana.</p>	<p>*Baño diario, cambio de ropa de cama cada 2 días.</p> <p>*Realizar curación de herida con agua y jabón, empleando técnica estéril, manteniendo la herida seca y bien hidratada.</p> <p>*Tomar medidas de higiene personal a diario.</p> <p>*Mantener la piel hidratada diariamente.</p> <p>*La familia se le orienta por medio de folletos los riesgos que pueden contribuir a una infección y conocer las medidas de higiene para prevenirlos.</p>	<p>Usuario Enfermeras Familia</p>	<p>El usuario no presenta síntomas y signos de infección.</p> <p>La familia demuestra interés en conocer las precauciones necesarias para evitar una infección.</p>	Logrado

		<p>*Indicar a la familia los síntomas y signos de infección. .</p> <p>*Vigilar diariamente las condiciones de la incisión y características como temperatura, coloración y bordes confrontados.</p>	
--	--	---	--



PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE: J. J. V. R. EDAD: 91 AÑOS SEXO: MASCULINO DX. MEDICO: ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Dx. Enfermería	Objetivo para el Usuario	Intervención de Enfermería	Ejecución	Indicador de Evaluación	Resultado
Deterioro de la comunicación verbal. R/C: Disminución de la circulación cerebral. M/P: Afasia y disartria.	Demostrara habilidad en el manejo de sistemas alternativos de comunicación en una semana. Se comunicara eficazmente en 1 semana con las personas en su entorno.	*Ayudar a identificar las técnicas de comunicación mas adecuadas, a la limitación y los recursos existentes. *Animar y ayudar al usuario y familia a identificar los recursos intelectuales y físicos que puedan ayudar a compensar su limitación. *Evaluar conjuntamente con la persona y familia la eficacia de las técnicas alternativas utilizadas.	Usuario Enfermeras Familia	Demuestra habilidad en el manejo de sistemas alternativos de comunicación.	Logrado Parcialmente