



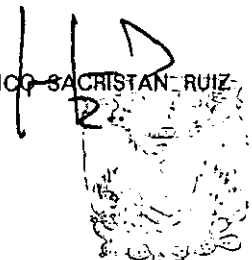
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

APOPLEJIA DERECHA SECUNDARIA A ALTERACION NEUROVASCULAR CEREBRAL.

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA: BERTHA NAVEZ QUIROZ

ASESOR ACADEMICO: LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ



MEXICO, D.F.

181764

2000

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Coordinación de



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*Dedicatorias:*

*A mi madre la que supo guiarme para lograr mis metas y por darme lo más valioso la vida.*

*A la memoria de mi padre Narno Navez  
Romero*

*A mi hijo el cual, comprendió que el tiempo que estuve lejos de él fue provechoso para mí.*

*A mis hermanos que con el apoyo moral lograron que culminará mi meta.*

*A mi paciente el cuál deposito en mi su confianza y su paciencia para lograr realizar este trabajo.*

*Agradecimientos:*

*A la universidad por darme la oportunidad de pertenecer a la comunidad estudiantil que alberga.*

*A los Docentes que participaron en mi formación profesional, los cuales aportaron un grano de arena para hacer de mi una persona responsable en el ejercicio de mi profesión.*

*En especial al Lic. Federico Sacristán Ruiz, por su dedicación y tiempo para la elaboración de este trabajo.*

# Í N D I C E

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO	4
JUSTIFICACIÓN	5
METODOLOGÍA	6
<b>I. MARCO TEÓRICO</b>	
1.1. GENERALIDADES DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	8
1.2. HEMORRAGIA INTRACRANEANA POR MALFORMACIÓN ARTEREOVENOSA	17
1.2.1. SINTOMATOLOGÍA	18
1.2.2. DIAGNÓSTICO	18
1.2.3. TRATAMIENTO	19
1.2.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	20
<b>II. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA</b>	
2.1. ¿ QUIÉN ES MI PACIENTE ¿	21
2.2. VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE SEGÚN MASLOW	24
2.3. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE (PRONÓSTICO)	26
2.4. DIÁGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN LA NANDA.	28

<b>III.</b>	<b>PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	
	<b>3.1. OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>30</b>
	<b>3.2. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POSTERIOR A ESTUDIO PANANGIOGRAFÍA</b>	<b>33</b>
	<b>3.3. ATENCIÓN POSTQUIRURGICA</b>	<b>35</b>
<b>IV.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>42</b>
<b>IV.</b>	<b>COMENTARIOS</b>	<b>43</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>44</b>
	<b>ANEXO 1.</b>	<b>47</b>
	<b>ANEXO 2.</b>	<b>48</b>

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad Cerebro Vascular se refiere a toda anomalía funcional del S.N.C. Causada por interferencia con el aporte normal de sangre al cerebro.

Puede implicar una arteria, una vena o ambos cuando la circulación cerebral queda perturbada como resultado de oclusión parcial o compleja de un vaso sanguíneo o por hemorragia resultante del desgarro de la pared de un vaso.

Puede ser causada por arteriosclerosis, cambios hipertensivos, malformaciones arteriovenosas, vasoespasmo, inflamación, arteriotis o embolia.

Los vasos sanguíneos pierden su elasticidad, se endurecen y surgen depósitos ateromatosos, o placas que pueden ser origen de un émbolo.

La luz del vaso puede cerrar gradualmente causando un trastorno de la circulación cerebral e isquemia del cerebro, que cuando es transitoria no induce déficit neurológico.

La oclusión de un gran vaso causa infarto cerebral, mientras que la rotura produce hemorragia.

**HEMORRAGIA.**- La ruptura de una arteria en el cerebro en la superficie causadas por la debilitación del lado de la arteria o por una anomalía congénita del sistema de circulación del cerebro.

Las hemorragias pueden ocurrir en el cerebro o en el espacio entre el cerebro y la membrana protectora, el 20% de los derrames cerebrales son a causa de hemorragias.

De los que sobreviven a estos ataques en el curso de los años, 30% regresan a su trabajo a sus actividades usuales, 55% quedan incapacitados pero pueden llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, a veces con ayuda, mientras que 15% son auténticos inválidos que requieren cuidado total durante toda su vida.

## **S I N T O M A S**

- Debilidad o adormecimiento súbito y temporal de cara, brazos y/o piernas.
- Visión borrosa o disminuida.
- Dificultad temporal o pérdida del habla o problemas para comprender la pronunciación.
- Mareos o inestabilidad temporal.
- Dolores de cabeza inexplicables.

## **LA HEMORRAGIA INTRACRANEANA**

Ocurre en los espacios intracerebral, subaracnoideo, epidural o subdural.

Suele manifestarse como un déficit neurológico focal de inicio brusco. Si es extensa, se añaden signos de hipertensión endocraneal aguda como alteraciones de la conciencia, cefalea y vómito, los déficit focales dependen de la localización y tamaño de la hemorragia.

En la hemorragia endocraneal, la subaracnoidea producida por malformación arteriovenosa se presenta por lo general en sujetos jóvenes de 25 a 49 años que la producida por aneurisma.

Las condiciones genéticas de los individuos conllevan al mismo a sufrir invalidez parcial o total como la hemiplejía o la muerte, cuando estas alteraciones



sufren grandes cambios y se convierten en procesos patológicos de importancia en la vida del paciente.

La hemorragia es el mecanismo inductor de ataque apopléjico en un 15% de los pacientes que la presentan.

Las repercusiones sociales que puedan ocasionar en el individuo son de suma importancia para el paciente ya que le puede acarrear problemas en su trabajo, economía familiar y abandono del paciente por la familia.

Las alteraciones físicas que pueda tener el paciente cuando estas alteraciones dañan demasiadas neuronas son de suma importancia para el desempeño de las funciones vitales y de trabajo del individuo.

## **OBJETIVO**

Interpretar en forma sistemática el padecimiento que presenta el paciente con apoplejía derecha como consecuencia de hemorragia intracraneal por malformación arteriovenosa cerebral.

Observar y registrar las alteraciones que presenta el individuo con apoplejía derecha secundaria a alteración neurovascular cerebral; para implementar acciones de enfermería que satisfagan y cubran las necesidades básicas y de la propia enfermedad acorde con la evolución de la misma.

Continuar el proceso de restablecimiento neuromotor del paciente, para reintegrarlo al ambiente social y familiar, mejorando sus condiciones físicas, biológicas y psicológicas.

## JUSTIFICACIÓN

Analizar la importancia que tiene el manejo del paciente hemipléjico por hemorragia intracraneana, identificando los múltiples factores desencadenantes como el patrón de vida, edad y genética del individuo.

Colaborar a la comprensión del padecimiento para tener una mejor cooperación emocional y funcional del enfermo y la familia; en el manejo y del individuo con apoplejía derecha secundaria a alteración neurovascular cerebral.

Sustentar al personal de enfermería en la adecuada resolución de necesidades y problemas que presenta el individuo durante su estancia en el hospital.

Comprender e identificar los cambios existentes en la evolución del padecimiento y las acciones de enfermería que se implementen; tengan un respaldo teórico y puedan ser justificadas al momento de su aplicación, mejorando las condiciones vitales del enfermo utilizando los recursos materiales de la unidad hospitalaria.

El estudio clínico del paciente hemipléjico a consecuencia de hemorragia intracraneana, permitirá aplicar las etapas del proceso de atención de enfermería para la atención del paciente con esta patología, se podrá valorar la importancia y trascendencia que tiene el seguimiento de enfermería en la evolución y la evaluación constante del paciente; para atender de manera inmediata sus necesidades con intervenciones de enfermería oportunas que conlleven al pronto restablecimiento de la salud.

Dicho trabajo de investigación apoyará a la realización del examen profesional; para la obtención de la titulación en la carrera de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

## METODOLOGÍA

- Buscar bibliografía necesaria.
- Historial del paciente.
- Utilización del P.A.E.

**VALORACIÓN:** Reunir datos de salud del paciente por medio de la observación, interrogatorio directo e indirecto y la inspección del paciente en el momento que tiene contacto con los servicios de salud.

**DIAGNÓSTICO:** Analizar los datos de la valoración para determinar un diagnóstico (s). Analizando los datos obtenidos e identificando los problemas y así establecer juicios y conclusiones acerca de las reacciones del paciente o problemas de salud reales y potenciales, para la formulación del diagnóstico de enfermería.

**PLANEACIÓN:** Desarrollar un plan de atención que prescribe intervención para alcanzar resultados esperados. Con el objeto de individualizar la atención para el paciente. Logrando un nivel de funcionamiento óptimo o mejorado en las áreas problemáticas identificadas en el diagnóstico de enfermería. Estableciendo prioridades con la determinación de objetivos y la planeación de intervención de enfermería.

**REALIZACIÓN:** Es la realización de las intervenciones identificadas en el plan de atención. Primeramente tenemos que validar y documentar el plan de atención, suministrar y documentar la atención y seguir colectando datos para ir mejorando el plan de atención, utilizando símbolos o abreviaturas en la documentación.

**EVALUACIÓN:** Se valora la evolución del paciente hacia los logros de los objetivos, realizando los siguientes pasos:

1. Documentación de las reacciones de las intervenciones.
2. Evaluación de la eficiencia de las intervenciones.
3. Evaluación de logro de objetivos.
4. Revisión del plan de atención de enfermería.

**UNIVERSO DE TRABAJO:** 1 Paciente que se detectó en la Institución donde presto mis servicios H.G. CHILAPA GUERRERO

## I. MARCO TEÓRICO.

### 1.1 Generalidades de Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso Central.

El Sistema Nervioso Central se desarrolla a partir del ectodermo dorsal en los embriones recién formados.

El primer indicio del Sistema Nervioso es el neuroectodermo contenido en la placa neural, el cual aparece a los 16 días del desarrollo en la línea media dorsal del embrión, la placa neural se convierte dos días más tarde en el surco neural, con un pliegue neural a cada lado, a fin de la tercera semana, empieza a fusionarse para convertir el Surco Neural en tubo Neural.

El crecimiento y la diferenciación se realizan en mayor grado la porción rostral del tubo Neural, donde se desarrolla una parte grande y compleja que es el **encéfalo** y la porción restante del tubo Neural formará la **médula espinal**.

Las Vesículas encefálicas primarias que aparecen al fin de la cuarta semana son: El prosencéfalo (cerebro anterior), mesencéfalo (cerebro medio), y el rombencéfalo (cerebro posterior). Durante la quinta semana la primera y tercera vesículas presentan dos engrasamientos y se forman cinco vesículas secundarias, el **telencéfalo, diencefalo, mesencéfalo, metencéfalo y mielencéfalo.**(1)

La luz del tubo Neural se convierte en un ventrículo lateral, en cada hemisferio cerebral, en el tercer ventrículo que se encuentra entre la médula oblongada, el puente y el cerebelo.

El tercer y cuarto ventrículo se comunican por un estrecho conducto mesencéfálico, que atraviesa el mesencéfalo.(2)

(1) Murray L. Barr, Kierman John A. El Sistema Nervioso Humano. p.44

(2) Ídem.

El encéfalo incluye los hemisferios cerebrales, el tallo cerebral y el cerebelo.

El tallo cerebral incluye diencefalo, cerebro medio o mesencéfalo, protuberancia o puente, médula oblongada o bulbo raquídeo. (3)

Hemisferios Cerebrales (telencéfalo): Incluye la corteza cerebral, el cuerpo estriado y la sustancia blanca. Pequeñas áreas de la corteza cerebral conocida como arquicorteza (arcaica), se incluye en el sistema límbico, que intervienen las emociones y en la participación de éstas en las funciones viscerales a través del sistema vegetativo. También hay extensas áreas de asociación en las cuales se efectúan los más altos niveles de la función neural, incluyendo aquellas funciones inherentes a la actividad intelectual. (4)

El cuerpo estriado es una gran masa de sustancia gris con funciones motoras, situada cerca de la base de cada hemisferio. Consiste del núcleo caudado y del núcleo lentiforme, este último se subdivide en putamen y globo pálido.

La sustancia blanca de cada hemisferio se forma de fibras que conectan áreas corticales del mismo hemisferio, fibras que cruzan el plano medio de una gran comisura conocida como cuerpo caloso, que conectan áreas corticales de los dos hemisferios y fibras que pasan en ambas direcciones que conectan la corteza con centros subcorticales, fibras que convergen para formar compacta cápsula interna entre el tálamo y el cuerpo estriado.

El cuerpo del cerebro desarrollado varía con la edad y estatura hombre adulto normalmente es de 110 a 1700g (1360g), mujer adulta 1050 a 1550g (1275g).(5)

---

(3) Stralton Donald B. Neurofisiología, p.p. 35.

(4) Murray L., Barr. Kierman John A. El Sistema Nervioso Humano p.5.

(5) Idem

**Diencefalo:** Forma la parte central del cerebro. El tálamo componente mayor del diencefalo, recibe información de todos los sistemas sensoriales y la envía a las áreas sensitivas de la corteza cerebral. Parte del mismo tiene conexiones con áreas corticales no específicas, las cuales se relacionan con procesos mentales complejos. Otras regiones del tálamo participan en circuitos nerviosos implicados con las emociones, algunos núcleos tálamicos sirven de relevo a las vías que van del cerebelo y el cuerpo estriado a las áreas motoras de la corteza cerebral. El epitálamo incluye pequeños tractos y núcleos, junto con el cuerpo pineal, que se comporta como glándula endocrina. El hipotálamo es el principal centro autónomo del cerebro y como tal, tiene una función importante de control sobre los sistemas simpático y parasimpático. Además las células neurosecretorias del hipotálamo sintetizan hormonas que llegan al flujo sanguíneo a través del lóbulo posterior de la hipófisis, influyen en la producción de hormonas del lóbulo anterior de la misma, mediante las conexiones vasculares del sistema porta-hipofisiario.

El subtálamo comprende tractos sensoriales que van al tálamo, fibras nerviosas originadas en el cerebelo y el cuerpo estriado.

La retina es un derivado del diencefalo, el nervio óptico y el sistema visual están por consiguiente, relacionados íntimamente con esta parte del encéfalo. (6)

**Cerebelo:** Es especialmente grande en el encéfalo humano, capta información de la mayoría de los sistemas sensitivos y la corteza cerebral y en general tiene influencia motora sobre la musculatura esquelética, su función determinar el tono muscular en relación con el equilibrio, locomoción, postura y movimiento no estereotipados, el cerebelo opera en un nivel subconsciente.

---

(6) Murray L. Barr, Kiernan John A. El sistema Nervioso Humano.  
p.p.6



**Mesencéfalo:** Como otras áreas del tronco encefálico, el mesencéfalo contiene vías sensoriales y motoras así como los núcleos de dos nervios craneales. Existe una región dorsal, el techo o tectum, que se relaciona con los sistemas visual y auditivo. El mesencéfalo incluye también dos importantes núcleos motores, el núcleo rojo y la sustancia negra. El mesencéfalo está unido al cerebelo por los pedúnculos cerebelosos superiores. (7)

**Puente:** Está formado por dos componentes distintos, la porción dorsal tiene las mismas características de las demás estructuras del tronco encefálico, por lo que incluye tractos sensoriales y motores junto con nervios craneales. La porción basal ventral es una parte especial del tronco cerebral. Su función es proveer numerosas conexiones, entre la corteza del hemisferio cerebral y el hemisferio cerebeloso contralateral a través del puente, estas conexiones son muy importantes para la máxima eficiencia de la actividad motora. El par de pedúnculos cerebelosos medios unen al cerebelo con el puente. (8)

**Médula Oblongada:** Los tractos de fibras de la médula espinal se continúan hacia la médula oblongada, la cual contiene también acúmulos de células nerviosas denominadas núcleos. Los más notables son los núcleos olivares inferiores que envían fibras al cerebelo a través de los pedúnculos cerebelosos inferiores, que a su vez unen la médula oblongada con el cerebelo. De los núcleos más pequeños algunos son componentes de los últimos nervios craneales. (9)

**Encéfalo:** Cuando se retiran las envolturas meníngeas se observa que el cerebro está dividido en dos hemisferios-iguales, por una fisura longitudinal profunda, localizada en la línea media.

La superficie de cada hemisferio es muy irregular y presenta muchas crestas (circunvoluciones) separadas por depresiones poco profundas (surcos). Los sur-

(7) Murray T. Barr. Kierman John A. El Sistema Nervioso Humano. p. 7 - 8

(8) *Ibidem* p.8.

(9) *Ibidem*.

cos más profundos se denominan fisuras. Un surco central separa a cada hemisferio en dos lóbulos, frontal (anterior) y parietal (posterior), el lóbulo temporal está separado del frontal en cada hemisferio por una fisura lateral. El lóbulo occipital de cada hemisferio se encuentra demarcado por una fisura parietoccipital, por la escotadura preoccipital. (10)

Las características adicionales del lóbulo anterior son las circunvoluciones y surcos frontales superiores, medio e inferior. Inmediatamente anterior al surco central se encuentra el surco y la circunvolución precentral, y en la zona que se encuentra inmediatamente posterior a ésta, o sea el lóbulo parietal están las circunvoluciones y el surco postcentral.(11)

Cada lóbulo temporal se caracteriza por presentar una circunvolución y un surco temporal superior, mediano e inferior.

La circunvolución del cíngulo es una banda de tejido cortical primitivo que circunda el cuerpo calloso, está constituido por una gruesa banda de fibras que forman la comisura que une los dos hemisferios cerebrales. El Septum Pellucidum es una delgada membrana que separa el líquido cefalorraquídeo de los hemisferios laterales; Puede observarse entre el formix y la porción anterior del cuerpo calloso.(12)

Las caras mediales del tálamo e hipotálamo forman las paredes laterales del tercer ventrículo, el cual se prolonga hacia arriba con los ventrículos laterales a través del agujero de Monro o interventricular y por abajo con el cuarto ventrículo a través del acueducto cerebral.

---

(10) Stralton Donald B. Neurofisiología p.p.36-37

(11) Idem.

(12) Ibidem. P. 37

Las comisuras anterior y posterior, lo mismo que el cuerpo caloso, son haces de fibras que conectan los dos hemisferios, el cuerpo pineal y los cuerpos cuadrigéminos o colículos son características prominentes de la cara dorsal del tallo cerebral posterior, en tanto que el quiasma óptico, la glándula pituitaria y los cuerpos mamilares son características prominentes del tallo cerebral anterior.(13)

**Médula Espinal:** Es el componente menos diferenciado del neuroeje. La naturaleza segmentaria de la misma se manifiesta por una serie de pares de nervios espinales, cada uno de los cuales entra o sale de la médula espinal mediante una raíz sensorial dorsal y otra motora ventral. Al hacer una sección transversal, la sustancia gris central en la cual se encuentran los cuerpos de las células nerviosas, guarda semejanza con la H, la sustancia blanca, que esta formada de fibras nerviosas, dispuesta en sentido longitudinal ocupa la periferia en la médula espinal. En esta última se incluyen conexiones nerviosas que participan de manera importante en los reflejos espinales. También existen vías que conducen impulsos sensoriales al cerebro y otras que van del mismo a la neuronas motoras del cuerpo anterior de la médula espinal.(14)

La médula espinal es la prolongación del tallo cerebral dentro del conducto vertebral. Es básicamente una estructura larga y angosta con dos ensanchamientos, uno a nivel cervical y otro a nivel lumbar.

El engrasamiento cervical se debe al gran número de fibras nerviosas espinales aferentes y eferentes de esta región que le brindan inervación a los miembros superiores. El engrosamiento lumbar representa la inervación similar de la musculatura de los miembros inferiores.

(13) Stralton Donald B. Neurofisiología, p.p.37.

(14) Murray L., Barr, Kierman John A. El Sistema Nervioso Humano, p.p.9

En una vista dorsal de la médula espinal se observan varios surcos: surco mediano posterior con surcos posterointermedio y posterolateral a cada lado de éste.

Una vista anterior muestra un surco o fisura anterior mediana con un surco lateral anterior de cada lado. Una prolongación larga y delgada de la médula espinal el filamento terminal, se extiende hasta el cóccix en el extremo inferior del sacro. Un corte transversal de la médula espinal a cualquier nivel demostrará el patrón característico en forma de mariposa, de la sustancia gris rodeada por la sustancia blanca.(15)

La sustancia blanca de la médula espinal, se divide en tres grandes regiones que se denominan fonículos o cordones:

- a) Fonículo posterior está delimitado por los surcos posteromediano y posterolateral.
- b) Fonículo lateral es la región de la sustancia blanca que se encuentra entre los surcos posterolateral y lateral anterior.
- c) Fonículo anterior está circunscrito por el surco lateral anterior y la fisura mediana anterior.

La sustancia blanca de ambos lados de la médula se continúa a lo largo de toda su comisura blanca anterior.

Haces ascendentes y descendentes de la sustancia blanca de la médula espinal. Esta formada por millones de fibras que conducen impulsos hacia arriba y hacia abajo.

(15) Straton Donald B. Neurofisiología. p.p.38

La mayoría de estas fibras también son mielinizadas por los oligodendrocitos, y las vainas de mielina dan a la sustancia blanca su color característico.

Las haces descendentes disminuyen de grosor a medida que descienden por la médula, debido a la continua salida de fibras de la médula a medida que llegan a su destino específico. En forma análoga las heces ascendentes aumentan de grosor a medida que ascienden por la médula, ya que reciben continuamente fibras nuevas.(16)

La sustancia gris en cada mitad de la médula se subdivide en tres astas: Posterior, intermediolateral y anterior. La comisura gris conecta la sustancia gris de ambos lados de la médula, alrededor del conducto central.

El asta anterior contiene los cuerpos celulares de las neuronas motoras de los músculos esqueléticos, es mucho más grande en los ensanchamientos cervical y lumbar donde la médula da origen a los nervios espinales que van a enervar miembros superiores e inferiores. Debido a que las fibras sensoriales de los nervios espinales terminan en el asta posterior, se encuentra un asta de mayor tamaño en las regiones medulares cervicales y lumbares, que en la médula torácica.(17)

En los cortes transversales de la médula, entre T<sub>1</sub> y L<sub>2</sub> se encuentra un asta intermediolateral, que da origen a las fibras simpáticas preganglionares. Una región similar formada por neuronas que da origen a las fibras parasimpáticas preganglionares, se encuentra en la sustancia gris intermedia, los segmentos sacro 2 a 4 de la médula, no se forma un asta lateral prominente.(18)

Arquitectura laminar de la sustancia gris, una forma conveniente de subdividir la sustancia gris de la médula espinal es según la citoarquitectura general de las diversas áreas.

(16) Stratton Donald B. *Neurofisiología*, p.p. 38-39.

(17) *Ibidem*: p.39

(18) *Idem*.

Se cree que las laminas I, II, III, IV son las principales áreas receptoras de impulsos aferentes de la médula, las laminas V, VI están relacionadas con la información propioceptiva (posición corporal y el movimiento) lo mismo que con los impulsos provenientes de la corteza cerebral y otros centros superiores. La lámina VII tiene conexiones con muchos centros superiores, la VIII recibe información del lado opuesto de la médula y al mismo tiempo tiene numerosas conexiones con centros cerebrales superiores, la lámina IX es la región donde se localizan las neuronas motoras alfa y gamma para los músculos esqueléticos, la lámina X probablemente es un área comisural.(19)

---

(19) Stratton Donald B. Neurofisiología. p.p.39

## 1.2 Hemorragia Intracraneana por Malformación Arteriovenosa.

Ocurre en los espacios intracerebrales, subaracnoideo, epidural o subdural.

Suele manifestarse como un déficit neurológico focal de inicio brusco, si es extensa, se añaden signos de hipertensión endocraneal aguda como alteración de la conciencia, cefalea y vómito, los déficit focales dependen de la localización y tamaño de la hemorragia.(20)

La hemorragia subaracnoidea por malformación arteriovenosa, es el resultado de la sustitución del lecho capilar por agrupación de vasos normales interpuestos entre los sistemas arterial y venoso en un segmento de la circulación. Pueden crecer con el tiempo y manifestarse de diversas formas. El tejido cerebral contiguo puede estar crónicamente isquémico y entre los signos y síntomas neurológicos figuran pérdidas de la función focal y excitabilidad alterada.(21)

Se presenta por lo general en sujetos más jóvenes que la producida por aneurisma ( 20 – 49 años).

El hematoma intracerebral que se presenta por malformación vascular crípticas a menudo puede pasar por hemorragia hipertensiva.

Estas malformaciones arteriovenosas pequeña de menos 3 cm de tamaño como máximo suele ser asintomática y suele ser más frecuente que la anomalía arteriovenosa clásica.

La anomalía Críptica puede destruirse con el hematoma y ser imposible determinar la patogenía. A diferencia de la hemorragia hipertensiva, el hematoma secundario a anomalía arteriovenosa tiende a presentarse fuera de los

(20) Wixdley Michele, Whelan Alison. Manual Terapéutica Médica, p.p. 602

(21) Idem.

núcleos basales en la sustancia blanca del hemisferio cerebral y puede localizarse en el cerebelo médula espinal y tallo cerebral.

### **1.2.1. Sintomatología**

- Inicio brusco de cefalea intensa.
- Alteraciones de la conciencia.
- Fiebre, vómito.
- Rigidez de nuca, dolor lumbar, hemiplejía.
- Déficit neurológicos focales, crisis convulsivas.
- Hemorragia retiniana.

Las complicaciones de la hemorragia subaracnoidea cabe citar recidiva de la hemorragia (a las 2 semanas), crisis de vasoespasmio con isquemia (4 – 14 días), hidrocefalia, convulsiones y síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética.(22)

### **1.2.2. Diagnóstico**

Por medio de la historia clínica y exploración física.

La tomografía computarizada; demuestra la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo de los surcos y cisternas del cerebro en un 90% de los pacientes. Se asocia a hemorragia parenquimatosa e interventricular. La malformación arteriovenosa se detecta mediante T.A.C., por la administración de medio de contraste yodado.

Punción lumbar: Está indicada cuando no se confirma el diagnóstico clínico de hemorragia subaracnoidea por T.A.C., si se obtiene un líquido cefalorraquídeo hemorrágico, debe centrifugarse de inmediato la muestra para examinar el

(22) Woodley Michele, Whelan Alison. Manual Terapéutica Médica.  
p.p. 603



sobrenadante, por si fuera xantocrómico (amarillo), causado por la destrucción de los hematíes, tarda varias horas en aparecer e indica la presencia de hemorragia subaracnoidea y no de punción lumbar traumática (aumento de leucocitos por cada 700 hematíes, 100 hematíes corresponden con un aumento de 1mg/dl de proteínas).(23)

Angiografía para determinarse el tamaño y la localización del aneurisma en el preoperatorio.

### 1.2.3. Tratamiento.

El tratamiento de elección del aneurisma sacular es la reparación quirúrgica, depende del estado clínico del paciente.

Los cuidados y medidas de apoyo preoperatorios son:

-Reposo en cama, sedación, analgesia y laxante para evitar los aumentos bruscos de la presión intracraneal o sistémica.

Solo tratar los casos con aumento extremo de la presión arterial (diastólica mayor de 130 mmHg). Evitar la hipotensión ya que se exacerba el déficit isquémico, la disminución de la tensión arterial se debe llevar a cabo de manera lenta y cuidadosa con supervisión cardíaca.(24)

El Nimodipino, antagonista del calcio mejora el pronóstico de la hemorragia subaracnoidea y parece reducir la incidencia de infarto cerebral asociado con pocos efectos indeseables, 60 mg c/4 horas, por vía oral durante 21 días. Con inicio en los primeros 4 días de la presentación clínica.

Para evitar el deterioro neurológico producido por el vasoespasma se recurre a la expansión del volumen y a la presión inducida.(25)

(23) Woodley Michele, Whelan Alison., Manual Terapéutica Médica, p.p. 603-604

(24) *Ibidem*: p. 604

(25) Shollis Brunner L., Smith S. Doris. Manual de Enfermería Médicoquirúrgica. Vol. 5. p.p. 1266.

### 1.2.4. Intervenciones de enfermería

#### **Cuidados preoperatorios en pacientes con hemiplejía.**

**Objetivo:** Determinar el sitio preciso de la lesión.

1.- Ayudar al individuo que se someta a previos diagnósticos y exámenes neurológicos frecuentes.

2.- Valorar y registrar los síntomas y signos del enfermo en el preoperatorio; para hacer comparaciones en el postoperatorio.

3.- Asistir al enfermo con defectos motores y sensitivos.

(a) Colocar en la posición precisa las extremidades paralizadas para evitar las deformidades por contractura.

(b) Asistir en el ejercicio gradual de miembro superior e inferior.

(c) Proporcionar masaje circulatorio a nivel muscular para activar la circulación y ejercitar de manera pasiva los arcos de movimiento del miembro afectado.

(d) Indicar que coloque la mano sana debajo de la paralizada para su movilización en cama.

(e) Iniciar los ejercicios estáticos del cuádriceps y de glúteos, contraer y relajar los músculos para mejorar la fuerza muscular.

#### **Cuidados postoperatorios en el paciente sometido a cirugía intracraneal.**

**Objetivo:** Buscar complicaciones que amenacen la vida, como hipertensión intracraneal por edema y hemorragia.

Mejorar el estado funcional del paciente.

1. Establecer intercambio respiratorio adecuado para eliminar la hipercarbia y la hipoxia sistémicas que intensifican el edema cerebral.

2. Valorar el nivel de respuesta a ordenes, de reflejos motores, actividad espontánea.

3. Conservar al individuo normotérmico en el postoperatorio.
4. Valorar síntomas y signos de hipertensión intracraneal.(26)
5. Favorecer el equilibrio electrolítico.
6. Promover la movilización.
7. Favorecer el confort.(27)
8. Valorar en busca de complicaciones.
9. Poner en práctica medidas de sostén hasta que el individuo pueda cuidar de sí mismo.(28)
10. Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo o derecho con vigilancia del patrón respiratorio y neurocirculatorio.

## II. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA.

### 2.1. ¿Quién es mi paciente?.

Identificación:

Nombre: A.N.Q. Edad: 27 años. Sexo: M. Religión: Católica. Lugar de Procedencia: Chilapa, Gro. Ocupación: Empleado Federal. Escolaridad: Licenciado en Derecho. Dinámica Familiar: Convive con su familia diariamente.

1. Aspecto Externo a Primera Vista: Aprensivo, inquieto, facies de dolor, piel y tegumentos hidratados, soporoso, adinámico, cabeza con pelo implantado, ojos

(26) Sholtis Brunner L., Smith S. Doris. Manual de Enfermería Médicoquirúrgica. Vol. 5. p.p. 1266 – 1268

(27) Long Barbara c. Phipps Wilma J. Manual de Enfermería Médicoquirúrgica. p.p.503

(28) Sholtis Brunner Op.cit. p.p. 1268

3. Conservar al individuo normotérmico en el postoperatorio.
4. Valorar síntomas y signos de hipertensión intracraneal.(26)
5. Favorecer el equilibrio electrolítico.
6. Promover la movilización.
7. Favorecer el confort.(27)
8. Valorar en busca de complicaciones.
9. Poner en práctica medidas de sostén hasta que el individuo pueda cuidar de sí mismo.(28)
10. Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo o derecho con vigilancia del patrón respiratorio y neurocirculatorio.

## II. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA.

### 2.1. ¿Quién es mi paciente?

Identificación:

Nombre: A.N.Q. Edad: 27 años. Sexo: M. Religión: Católica. Lugar de Procedencia: Chilapa, Gro. Ocupación: Empleado Federal. Escolaridad: Licenciado en Derecho. Dinámica Familiar: Convive con su familia diariamente.

1. Aspecto Externo a Primera Vista: Aprensivo, inquieto, facies de dolor, piel y tegumentos hidratados, soporoso, adinámico, cabeza con pelo implantado, ojos

(26) Sholtis Brunner L, Smith S. Doris. Manual de Enfermería Médicoquirúrgica Vol. 5, p.p. 1266 – 1268

(27) Long Barbara c. Phipps Wilma J. Manual de Enfermería Médicoquirúrgica p.p.503

(28) Sholtis Brunner Op.cit. p.p. 1268

con dilatación pupilar, tórax sin compromiso ventilatorio, miembro superior derecho con pérdida de la sensibilidad y fuerza, miembro inferior derecho arreflexico con pérdida de fuerza y sensibilidad, ambos miembros izquierdos sin alteraciones por el momento, genitales de acuerdo a edad y sexo.

2. Alimentación: Se considera de buena calidad y cantidad; consumo de carnes rojas y blancas 4v a la semana, lácteos 2v/día por 7, frutas diario 1 – 2 raciones (manzana, plátano, pera, y demás), leguminosas diariamente, consumo de agua hervida 3 – 4 vasos al día.
3. Eliminación: Evacuaciones 2v/día por 7, micciones sin alteraciones.
4. Descanso: Sueño normal de 6 a 8 hrs diarias, sábados y domingos agrega 2 hrs más.
5. Higiene: Baño y cambio de ropa diario, lavado de dientes 3v al día, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.
6. Esparcimiento: Deporte 2 – 3v/semana, montar a caballo 2v a la semana, más labores del campo
7. Otros que estén afectando el estado actual del paciente: Sobrecarga de trabajo en el departamento y cambio de funciones.
8. Ambiente Físico:
  - a) Tipo de habitación: Casa de tabique con techo de loza, piso de cemento con buena ventilación e iluminación, cuenta con 6 habitaciones, 1 cocina, 1 comedor, 2 wc completos, baño de regadera.
9. Servicios Sanitarios: Drenaje intradomiciliario, agua potable.

10. Comprensión del paciente y causas que lo llevaron a enfermar.

-Grado de conocimiento y aceptación de su padecimiento actual: Desconoce la causa de su padecimiento, el paciente se encuentra cooperador.

11. Que piensa el paciente de las causas que lo llevaron a enfermar: Que podía ser causa la sobre carga de trabajo y el cambio de actividad en el mismo.

12. Posibilidad y Limitaciones que el individuo tiene para participar y lograr su recuperación: Las posibilidades que se tienen son buenas, ya que la familia se encuentra cooperadora y ha entendido el grado de severidad de la patología. Como limitantes tenemos la distancia de la Ciudad de México para su traslado y manejo neurológico y de diagnóstico.

13. Metas de Hospitalización actual: Las esperanzas que el paciente tiene son regresar con su familia si los servicios médicos logran corregir y rehabilitar el daño ocasionado.

14. Comentarios de la Enfermera sobre el padecimiento del paciente: Considerando la edad del paciente así como su historial se analiza que cursa con una apoplejía derecha como consecuencia de alguna alteración neurovascular cerebral.

Se observa al paciente consciente y orientador en tiempo, lugar y espacio.

Por medio de la inspección manual de la zona apopléjica se encuentra fría con ligera palidez de la piel y pérdida de la sensibilidad motora. Por lo que se requiere la cooperación familiar con el equipo de salud para el adecuado manejo hospitalario del paciente como la adecuada capacitación para el manejo dietético e higiene del paciente.

## 2.2. Valoración de Necesidades Básicas del Paciente según Maslow.

### Información General.

Información Proporcionada por: Paciente.

Nombre: Sr. A.N.Q.

Edad: 27 años. Sexo: Masculino.

Fecha y Hora de Ingreso: 20 de mayo de 1998 7:30 a.m.

Dx médico al ingreso: Probable Enfermedad Vasculat Cerebral.

Llegó a la Unidad en: Automóvil desde su casa.

Acompañado por: Familiares directos (hermanos).

Peso/signos vitales: T.36.8°C P 90 R 26 P.A.120/70 Peso 70K.

Causa a la que atribuye el paciente a su ingreso: Intenso dolor a nivel frontal con dificultad para la visión y la dificultad para caminar, no siento ninguna sensación en mi pierna y brazo derecho y no puedo moverlos.

Forma en que manejó el problema en casa: Tome un acetaminofen de 500 mg. Pero no me quito el dolor de la cabeza, presente un vómito y no mejore, realice un baño con agua tibia.

Alergias: Ninguna por el momento.

Medicamentos: Acetaminofen 500 mg para el dolor de la cabeza sin prescripción médica.(29)

### Necesidades Fisiológicas.

Oxigenación: Intranquilo con R de 26x' sin alteraciones para respirar, sonidos respiratorios normales, no es fumador; sin problemas respiratorios por el momento. Pulso 90x' con volumen y frecuencia, piel con buena coloración, llenado capilar 2- 3 seg. En la región de la afección se encuentra fría con pulso periférico y ligera palidez.

(29) Murray A. Tkison. Proceso de Atención de Enfermería.  
p.p. 29.

Mantenimiento de la temperatura: T. 36.8°C, menciona no haber padecido fiebre en los últimos días, refiere que al tocarse el miembro afectado con el otro lo siente frío.

Nutrición/Hidratación: P 70K Talla 165 cm. Declara que se ha mantenido en su peso con ligera variación en verano por el cambio de actividad que realiza, refiere realizar 3 comidas al día, no hace ningún tipo de dieta. No ha ingerido alimentos por más de 11 hrs pero ha ingerido agua hace una hora (1 vaso).

Excreción: Evacuación intestinal hace aproximadamente una hora y media con patrón normal, de 2 veces al día, niega dificultad para evacuar y miccionar.

Reposo y Sueño: Refiere que duerme diariamente a las 11 p.m., hasta las 6 o 7 de la mañana, sin problemas para dormir en casa, los sábados y domingos agrega 1 – 2 horas más de sueño.

Evitación del dolor: En la escala de 1 al 10, al dolor que presenta le da un 9. Comenta que se inicio al momento de levantarse de la cama 6 a.m. y este se ha intensificado más con el movimiento al agacharse, el miembro inferior derecho no adquiere suposición adecuada, para su movilización necesita apoyo por otra persona.

Sexual: Solo con una compañera, su esposa.

Estimulación/Actividad: Refiere ser una persona activa y no tener problemas, realiza deporte dos veces por semana (fútbol de salón y basquet bol). Trabaja como oficinista en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, realizando funciones de Jefe de Departamento. Disfruta la actividad campestre.

### **Necesidades de Seguridad y Protección.**

Paciente consciente y orientado, alerta con respuesta a la estimulación verbal en



forma correcta. Usa lentes de armazón por más de 8 años por padecer miopía, se encuentra intranquilo por la presencia de dolor, no presenta temor a la institución por ya haber tenido contacto con los servicios médicos anteriormente.

#### **Necesidades de Amor y Pertenencia.**

Tiene un hijo, vive con su esposa y familiares (mamá, sobrinos y hermanos).

#### **Necesidades de Autoestima.**

Me duele mucho la cabeza, no sé si mis familiares han avisado a mi trabajo, ya que debo estar allá, para poder atender y resolver los problemas que se puedan presentar.

Mi hijo, sobrinos, esposa y mamá se quedaron preocupados por lo que deseo restablecerme pronto.

#### **Necesidades de Autorrealización.**

He logrado mis metas planteadas, ya que tengo una profesión, una familia y mi trabajo el cual me retribuye una economía que cubre mis necesidades necesarias como la alimentación, vestido y algunas distracciones.

### **2.3. Calidad de Vida del Paciente. Pronóstico.**

Paciente masculino joven con dificultad a la deambulación y pérdida de la sensibilidad de extremidades derechas, cefalea intensa, con piel fría de miembros afectados.

Las condiciones vitales del paciente dan un buen pronóstico de vida del mismo, tomando en cuenta los riesgos que se presentan en esta problemática de salud.

La apoplejía se aplica a los problemas graves de circulación sanguínea cerebral que se presenta súbitamente y que condiciona pérdida inmediata a los sentidos y diferentes grados de parálisis.

Aparece como consecuencia de la ruptura de algunos vasos sanguíneos que irrigan el cerebro y producen una hemorragia cerebral o por la reducción local o generalizada de la circulación sanguínea de éste órgano producida por una trombosis o embolia.

La embolia suele ocurrir en personas relativamente jóvenes que tienen problemas cardíacos. La trombosis y la hemorragia en cambio son más frecuentes en individuos que rebasan los 50 años de edad.

Las personas que tienen alguna anomalía en sus vasos sanguíneos están predispuestas a sufrir alguna de estas enfermedades a cualquier edad, la trombosis y la hemorragia afectan más a la población masculina, la embolia es más frecuente en las mujeres.

Los síntomas dependen del sitio en que ocurra la lesión de su extensión y del estado general que tenga el paciente antes de presentarla, los síntomas más graves son la parálisis y las alteraciones de la conciencia.

En la embolia predomina la parálisis en la extremidad superior e inferior contralaterales al sitio de la lesión cerebral, ocurre en forma súbita inclusive durante el sueño como ocurre en las hemorragias cerebrales a diferencia de la trombosis en que es lentamente progresiva, la pérdida de la conciencia suele ser completa en los casos de hemorragia, mientras que en la embolia y hemotrombosis solo ocurre una pérdida parcial de la conciencia.

Como síntomas secundarios que dependen del sitio del cerebro afectado aparecen signos neurológicos en la cara, la audición, alteraciones en la sensibilidad, parálisis facial.

Como síntomas secundarios que dependen del sitio del cerebro afectado aparecen signos neurológicos en la cara, la audición, alteraciones en la sensibilidad, parálisis facial.

El tratamiento varía de acuerdo a la causa que motivo el problema el estado general del paciente y su estado de conciencia.

Estos pacientes necesitan una rehabilitación especial no deben permanecer en cama más del tiempo necesario, se le deben movilizar las extremidades afectadas varias veces al día de manera progresiva para evitar que las articulaciones se inmovilicen o deformen y aumente su incapacidad.

El apoyo familiar es indispensable para que el paciente adopte una vida parecida a la normal es necesario no brindarles una actitud sobreprotectora que disminuya su capacidad de lucha.

El grado de recuperación dependen de las lesiones cerebrales, de la actitud del paciente y su familia, del deseo de vivir y ser útil y del desempeño que se ponga en las técnicas rehabilitadoras.

Se debe administrar dieta baja en colesterol y glucosa para tal fin se disminuyen las grasas de origen animal y azúcares.(30)

#### **2.4. Diagnóstico de enfermería, según la NANDA.**

- PATRON 1      **INTERCAMBIO.**
- Alteraciones en el riego tisular cerebral
  - Alteraciones en la integridad cutánea.
- PATRON 2      **COMUNICACION**
- Trastornos de la comunicación verbal.

(30) Reller Steven L. Barth, Schrier W Robert. Medicina Interna Clínica. p.p. 376 – 377.

- PATRON 3 **RELACION**
- Trastornos en la integración social.
  - Alteración de los patrones de sexualidad
- PATRON 5 **ELECCION**
- Cumplimiento ineficaz de la función como individuo
- PATRON 6 **MOVIMIENTO**
- Trastornos de la movilidad física
  - Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
  - Fatiga
  - Déficit de autocuidado de la alimentación
  - Déficit de autocuidado de baño e higiene
  - Déficit de autocuidado del vestido
  - Déficit de autocuidado de excreción
- PATRON 7 **PERCEPCION**
- Baja autoestima situacional
  - Alteraciones sensoriales/perceptuales: visual, cinestésica, táctil.
  - Desesperanza
  - Impotencia
- PATRON 8 **CONOCIMIENTO**
- Déficit de conocimiento de su padecimiento
  - Alteración de los procesos mentales
- PATRON 9 **SENTIMIENTO**
- Dolor
  - Ansiedad
  - Temor.

### III. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

#### 3.1. Objetivo Especifico.

- Lograr el adecuado funcionamiento neuromotor de la zona de afección implementando las siguientes acciones.
  1. Aplicar un plan de cuidados acorde a las alteraciones que presenta el individuo, en la evolución de su padecimiento haciendo participé en la atención al mismo paciente, logrando con esto un mejor manejo del mismo.
  2. Recuperar la funcionalidad de las partes dañadas del individuo con ayuda de la rehabilitación física temprana.
  3. Que el personal de enfermería y multidisciplinario se involucre en la atención, para poder integrar al individuo a la sociedad, familia y trabajo sin el menor daño secundario posible.

**Problema:** CEFALEA, Se manifiesta por dolor a nivel frontal. El paciente se encuentra inquieto.

**F. Teórica:** Cuando se efectúa movimiento brusco o algún esfuerzo se presenta cefalea intensa.(31)

#### **Acción de**

**Enfermería:** 1. Proporcionar una posición adecuada del paciente.

2. Administración de analgésico y antiinflamatorio.

**F. Teórica:** 1. El alivio del dolor tiene como finalidad proporcionar confort y seguridad al paciente, y tranquilidad a la familia.

2. Los analgésicos disminuyen el dolor logrando la tranquilidad del paciente.

**Evaluación:** Las acciones implementadas logran que el paciente se encuentre tranquilo y cooperador en el tratamiento.

**Problema:** Alteración de la Nutrición. Dificultad para masticar o tragar.

**F. Teórica:** La falta de apetito, la dificultad para masticar y deglutir, repercuten en la adecuada nutrición del paciente.(32)

**Acción de**

**Enfermería:** Proporcionar dieta con pocos alimentos sólidos con los requerimientos necesarios y líquidos.

**Evaluación:** Los requerimientos dietéticos adecuados logran que el paciente pierda peso, cambie su ritmo metabólico y patrón alimenticio que éste tiene.

**Necesidad:** ELIMINACIÓN se manifiesta por eliminación de excretas.

**F. Teórica:** La deposición de excretas mejora las condiciones digestivas del paciente.

**Acción de**

**Enfermería:**

1. Administrar medicamentos que ayuden a reblandecer las heces fecales para evitar esfuerzos del paciente.
2. Enseñar al paciente a como apoyarse para la colocación de cómodo y orinal.

**F. Teórica:**

1. Los medicamentos fluidificadores o reblandecedores de las heces fecales, ayudan a la adecuada eliminación de éstas evitando esfuerzos defecatorios.(33)

2. La adecuada colocación y utilización de cómodo y orinal evita que las excretas ocasionen alteraciones de la piel en la zona genital y glútea.

**Evaluación:** Con la buena eliminación fecal y de orina, podemos valorar alteraciones digestivas existentes.

**Problema:** DEFICIT MOTOR DE MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO.  
Se manifiesta por pérdida del control voluntario de los movimientos.

**F. Teórica:** La atrofia de miembros afectados, es debida a la falta de movimiento de músculos y articulaciones existentes ya que pierden fuerza y tono así como respuesta neurológica.(34)

(32) Long B. C, Phipps W. J. Enfermería Médicoquirúrgica. p.p. 498.

(33) Ibidem. p.p. 499.

(34) Ibidem. p.p. 501

**Acción de**

- Enfermería:**
1. Movilización periódica y cambios de posición.
  2. Masaje en zonas de presión del cuerpo.
  3. Higiene corporal.
  4. Lubricación de la piel.

- F. Teórica:**
1. Los cambios de posición impiden la deformidad por contractura en hombros, rodillas. La repetición de una actividad forma nuevas vías en el sistema nervioso central y estimula la circulación y nuevas pautas de movimiento.
  2. Los masajes ayudan a mejorar la flacidez de los músculos recuperando poco a poco la potencia muscular y su conservación de los arcos de movimiento.(35)
  3. Al atender las necesidades de higiene se favorece la autoestima del paciente y se preserva la salud de los epitelios y se evitan infecciones.(36)
  4. El cuidado de la piel evita la aparición de úlceras por presión, irritación, sequedad, rozaduras y grietas.(37)

**Evaluación:** Los movimientos y cambios de posición evitamos que los miembros afectados se atrofiaran, la adecuada higiene y lubricación de la piel evitó que ésta sufriera alteraciones y afecciones dermatológicas, así como úlceras de decúbito.

**Problema:** ANGUSTIA se manifiesta por aflicción, temor, congoja.

**F. Teórica:** La angustia del paciente impide que este coopere en forma adecuada, para el manejo y tratamiento implementado, interviniendo el apoyo familiar.

**Acción de**

**Enfermería:** Proporcionar apoyo emocional, para ayudar a comprender su padecimiento y aceptar sus limitaciones.

**F. Teórica:** El apoyo de enfermería contribuye a que el paciente sienta que progresa hacia la recuperación y la autosuficiencia.(38)

(35) Brunner S.L., S.S.D. Manual de enfermería Medicoquirúrgica. p.p. 1256.

(36) Kozier Barbera. Erb, McKay. Fundamentos de Enfermería Procedimientos Suplementarios. p.p. 34.

(37) Brunner S.L., S.S.D. Op. Cit. p.p. 1250.

(38) Long B. C. Phippos W. J. Enfermería Medicoquirúrgica. p.p. 498 - 499

**Evaluación:** La confianza brindada al individuo logra una mayor cooperación en el tratamiento médico.

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POSTERIOR A ESTUDIO DE PANANGIOGRAFÍA

### Objetivo específico:

- Evitar que se produzca hemorragia en la zona de punción y detectar problemas o reacciones al medio de contraste aplicado durante el estudio.

**Problema:** INMOVILIZACIÓN DEL MIEMBRO PUNCIONADO.

**F. Teórica:** La inmovilización del miembro inferior donde se efectúa la punción, y detectar problemas o reacciones al medio de contraste. Evita que se produzcan hemorragias o hematomas e impidan alteraciones vasculares del miembro.

### **Acción de**

**Enfermería:** 1. Colocar en posición anatómica normal el miembro puncionado.  
2. Ejercer presión en la zona de punción.  
3. Tomar pulsos distales en la zona de punción.

**F. Teórica:** 1. La adecuada colocación del miembro evita que los músculos y articulaciones sufran afecciones neuromuscular y dolor.(39)  
2. La presión en la zona de punción evita la formación de hematoma.(40)  
3. La presencia de pulsos distales descarta la oclusión arterial.(41)

**Problema:** REACCIÓN AL MEDIO DE CONTRASTE. Se manifiesta por aumento de la presión intracraneal, reducción de la fuerza de las extremidades, o alteración en el nivel de conciencia.

**F. Teórica:** El medio de contraste en la sangre puede ocasionar reacciones severas en los pacientes momentáneamente.

### **Acción de:**

**Enfermería:** 1. Vigilar la presencia de náuseas, vómito, mareo.

(39) Long B.C, Phipps W.J. *Enfermería Médicoquirúrgica*. p.p. 498

(40) *Ibidem*: p. 497

(41) *Ibidem*.



2. Administrar abundantes líquidos para la eliminación del medio de contraste por vía urinaria.

- F. Teórica:**
1. Las náuseas, vómitos o mareos pueden estar asociados a la presión intracraneal elevada.(42)
  2. La adecuada administración de líquidos para la hidratación del paciente por vía oral ayudó a que el medio de contraste se eliminara, evitando malestar secundario en el paciente.

**Evaluación:** Con las acciones implementadas se logró detectar efectos secundarios de el medio de contraste.

## ATENCIÓN POSTQUIRURGICA

### Objetivo Específico:

- Buscar complicaciones que amenacen la vida, como:  
Hipertensión intracraneal por edema y hemorragia.  
Mejorar el estado funcional del paciente.

**Necesidad:** OXIGENACIÓN. Alteración respiratoria.

**F. Teórica:** La adecuada oxigenación celular evita la hipoxia, la que puede acarrear complicaciones severas en el paciente.

### **Acción de**

**Enfermería:** 1. Administración de oxígeno por pabellón facial hasta normalizar el patrón respiratorio del paciente.

2. Vigilar características respiratorias.

**F. Teórica:** 1. Los pabellones faciales dan una concentración de oxígeno entre un 30 – 55% a razón de 4 a 8 Lx'.(43)

2. El intercambio respiratorio adecuado elimina la hipercabia y la hipoxia sistemáticas que intensifican el edema cerebral.(44)

**Evaluación:** La administración adecuada de oxígeno logra que se regule el patrón respiratorio y mejoren las condiciones vitales del paciente.

**Necesidad:** REGULARIZACIÓN DE SIGNOS VITALES.

**F. Teórica:** La normalización adecuada del patrón de signos vitales condiciona el adecuado restablecimiento del paciente, evita sufrir ruptura de vasos cerebrales, provocando alteraciones severas en el individuo.

### **Acción de**

**Enfermería:** Monitorización de signos vitales, hasta lograr los patrones normales del paciente.

**F. Teórica:** La fluctuaciones de los signos vitales indican cambios en la homeostasia intracraneal, es signo importante de sangrado no manifiesto.(45)

(43) Koziar Barbara. Erb. McKay. Fundamentos de Enfermería Procedimientos Suplementarios. p.p. 140.

(44) Brunner S.L. S.S.D. Manual de Enfermería Medicaquirurgica. p.p. 1267

(45) Ibidem; p.p. 1248.

**Evaluación:** Lograr los patrones vitales del paciente mejora el estado anímico y vital del paciente.

**Problema:** DRENAJE DE CUERO CABELLUDO. Salida de sangre residual al proceso quirúrgico.

**F. Teórica:** El sangrado excesivo de la herida puede complicar el estado general del paciente, con repercusión en signos vitales.

**Acción de**

**Enfermería:**

1. Vigilancia de presencia de hemorragia de la herida quirúrgica.
2. Vigilancia del adecuado funcionamiento del drenovac.

**F. Teórica:**

1. La cantidad de drenaje hemorrágico debe ser mínima.(46)  
La salida de sangre en el postoperatorio puede tener origen intraventricular, cerebral, intracerebelosa, subdural o intradural.(47)
2. El adecuado funcionamiento del drenovac evita la formación de hematoma postquirúrgico en el cuero cabelludo.

**Evaluación:** El adecuado mecanismo del drenaje permitió evitar hematoma en la región de la herida quirúrgica, así como alteraciones de los signos vitales del paciente.

**Problema:** DOLOR EN HERIDA QUIRÚRGICA. Sensación de malestar en la región de la herida.

**F. Teórica.** La presencia de dolor en la zona quirúrgica provoca que el paciente se encuentre inquieto y poco cooperador.

**Acción de**

**Enfermería:** Administración de analgésico.

**F. Teórica.** Los agentes analgésicos solubles se eliminan lentamente del cuerpo y por lo tanto controlan el dolor por más tiempo que los agentes insolubles.(48)

**Evaluación:** La administración oportuna de analgésico mitiga y disminuye el dolor haciendo que el paciente mejore y logre un restablecimiento satisfactorio.

(46) Long B. C. Phipps W.J. *Enfermería Médicoquirúrgica*. p.p. 474,503.

(47) Brunner S.L. S.S.D. *Manual de Enfermería Médicoquirúrgica*. p.p. 1248, 1268.

(48) Shollis Bruaner L. *Enfermería Práctica*. p.p. 57.

**Problema:** CONVULSIONES. Manifestándose como contracciones involuntarias, violentas y repentinas de un grupo muscular.(49)

**F. Teórica:** La presencia de crisis tónico clónicas músculo esqueléticas, nos indican presencia o daño en algún lóbulo cerebral del individuo. La epilepsia es un trastorno transitorio de la conciencia, o de la función motriz, sensitiva o vegetativa, como consecuencia de descargas eléctricas repentinas excesivas y desordenadas de las neuronas cerebrales.(50)

**Acción de**

- Enfermería:**
1. Vigilancia de presencia de convulsiones tónico – clónicas.
  2. Administración de medicamentos anticonvulsivantes.
  3. Proporcionar tranquilidad y evitar emociones fuertes.

**F. Teórica:** 1. La observación y registro de la secuencia de síntomas, indican el tipo de tratamiento que debe instuirse. Sitio de comienzo de los movimientos o la rigidez, posición de los globos oculares y la cabeza, brinda pistas en cuanto a la situación del foco epileptógeno en el cerebro.(51)

2. El objetivo de la terapéutica farmacológica es controlar el número y gravedad de los ataques, ya que se trata tan sólo de una forma de control.(52)

3. La tranquilidad y confort del paciente evita estimulación neurológica del paciente.

**Evaluación:** La administración oportuna de anticonvulsivantes evita la presencia de convulsiones que ponen en riesgo la vida del paciente, si no son detectadas y manejadas en forma adecuada.

**Problema:** RESPUESTA NEUROLOGICA. Manifiesta capacidad de movimiento, grado de alerta y nivel de orientación.

**F. Teórica:** la presencia de sensibilidad, tono y fuerza del organismo a nivel muscular así como el grado de conciencia nos indica que existe una buena respuesta neurológica del individuo.

(49) Long B.C. Phipps W. J. Enfermería Medicoquirúrgica. p.p. 474

(50) Idem.

(51) Brunner S.L. S.S.D. Manual de Enfermería Medicoquirúrgica. p.p. 1303.

(52) Ibidem; p.p.1301.

**Acción de**

- Enfermería:**
1. Valorar las reacciones exactas como calidad y cualidad de lenguaje y movimiento.
  2. Proporcionar calor en miembros afectados.
  3. Estimular el dolor en la zona afectada.
  4. Ejercitar y proporcionar masaje en región afectada.

- F. Teórica:**
1. El nivel de conciencia es la medida más importante de el estado del paciente.(53)
  2. La aplicación de calor externo a una extremidad, aumenta la circulación, si se aplica en tejido enfermo puede dañarse a necrosarse.
  3. La percepción del paciente al dolor, la falta de respuesta si es tardía o desigual es signo clínico de mal pronóstico.
  4. El ejercicio y masaje ayuda a prevenir las deformidades por contractura, las cuales aparecen tempranamente en el paciente consciente.(54)

**Evaluación:** La adecuada estimulación muscular de los miembros afectados, ayudó a tener una adecuada respuesta neuromotora del paciente.

**Problema:** PROLONGADO REPOSO EN CAMA. Por debilidad de la sensibilidad neuromotora, de miembros derechos afectados.

**F. Teórica:** Cuando una lesión afecta de forma selectiva alguna porción de la neurona motora inferior existe: flacidez, debilidad ó parálisis muscular. Perdida de actividad refleja, pérdida de tono muscular y atrofia del músculo o los músculos afectados.(55)

**Acción de:**

- Enfermería:**
1. Ayudarle a sentarse en el bordo de la cama con los miembros inferiores colgados.
  2. Proporcionar apoyo para que el paciente se pare e inicie la deambulaci3n.
  3. Propiciar la deambulaci3n.

(53) Shollis Brunner, I. Enfermería Práctica. p.p. 493.

(54) Ibidem; p.p. 227

(55) Long B.C. Phipps W.J. Enfermería Médicoquirúrgica. p.p. 643.

- F. Teórica:**
1. El hemipléjico tiende a perder el sentido del equilibrio y necesita aprendizaje para mantenerse en posición de sentado.(56)
  2. Antes de que el enfermo intente ponerse de pie debe comprobarse la presión arterial, pulso y respiración ya que puede ocurrir hipotensión ortostática que causaría daño adicional en el área isquémica.(57)
  3. La adecuada deambulacion con apoyo durante las primeras horas facilita el tono vasomotor y permite al individuo a sentirse seguro e independiente.(58)

Los periodos de ambulacion deben ser cortos y frecuentes a medida que se recupera la potencia y confianza.

**Evaluación:** El apoyo proporcionado al paciente para la deambulacion, ayudo a que el paciente recupere su independendencia y su seguridad anímica y emocional, así como la tranquilidad de los familiares.

**Necesidad:** HIGIENE PERSONAL (por sí solo).

**F. Teórica:** La higiene corporal permite retirar células necroticas de la piel, así como permitir la adecuada transpiración. El aseo dental permite retirar bacterias y mal aliento bucal del individuo.

#### **Acción de**

- Enfermería:**
1. Llevar al paciente al cuarto de baño.
  2. Vigilar que el piso del baño no este mojado.
  3. Indicar el funcionamiento de las llaves de agua.
  4. Proporcionar objetos personales para el aseo dental.

- F. Teórica:**
1. Alientar al paciente a realizar sus propias actividades tan pronto sea posible proporcionar confianza y seguridad.
  2. El piso húmedo o mojado puede producir caída o/y provocar alguna lesión en el paciente.
  3. El adecuado manejo de las llaves de agua evita que el paciente sufra quemaduras o enfriamientos.

(56) Long B.C. Phipps W.J. Enfermería Médicoquirúrgico. p.p. 500.

(57) Idem.

(58) Ibidem

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

4. El adecuado aseo dental ayuda a eliminar bacterias que pueden producir úlceras bucales y caries dental.

Las enfermedades alteran la cualidad bacteriostática normal de la saliva.(59)

**Evaluación:** El baño y el aseo bucal mejoró la condición anímica del individuo y brindó mayor seguridad y confianza.

**Necesidad:** CICATRIZACIÓN.

**F. Teórica:** La adecuada cicatrización y regeneración de los tejidos que fueron seccionados durante el proceso quirúrgico mejoran el aspecto físico de la piel.

**Acción de**

**Enfermería:**

1. Vigilancia de presencia de infección en la herida.
2. Vigilar el adecuado afrontamiento de la piel.
3. Retiro de puntos de sutura.

**F. Teórica:**

1. La infección causa destrucción de tejidos por acción de gérmenes patógenos.
2. Si los bordes de la lesión están aproximados la contaminación es leve, se necesita poco tejido de granulación y queda una cicatriz pequeña.(60)
3. Utilice las medida profiláctica para prevenir la infección de la herida.(61)

**Evaluación:** La adecuada cicatrización de la herida quirúrgica asegura el restablecimiento adecuado del paciente el cuál se cita a consulta de seguimiento y control para detectar alteraciones posteriores.

**Necesidad:** REPOSO.

**F. Teórica:** El reposo ayuda a la recuperación y restablecimiento vital de los individuos, así como disminuir el proceso de estrés en que se encuentre en esos momentos.

(59) Sholtis Brunner L. Enfermería Práctica. p.p. 809

(60) Price Alicc. Tratado de Enfermería. p.p.- 420

(61) Kozier Barbara. Erb, Mckay. Fundamentos Enfermería procedimientos S. p.p. 71.

**Acción de**

**Enfermería:** Indicar al paciente que no debe exceder sus actividades cotidianas, las debe efectuar en forma gradual tomando períodos de reposo en el día.

**F. Teórica:** Cuando una lesión afecta de forma selectiva alguna porción de la neurona motora inferior existe, flaccidez, debilidad o parálisis muscular, pérdida de actividad refleja, pérdida de tono muscular y atrofia del músculo o los músculos afectados(62)

**Evaluación:** El reposo favoreció al paciente y recuperó su estado anímico, mejorando sus condiciones vitales.



#### **IV. CONCLUSION.**

Los objetivos trazados fueron alcanzados en su totalidad, ya que el paciente se ha reintegrado al ámbito familiar, social y de trabajo.

La utilidad que proporciona el marco teórico es de gran valor; por medio de él se comprende y da seguimiento a la patología para la aplicación del proceso de atención de enfermería mejorando la calidad de vida del paciente.

La satisfacción personal me alienta para mejorar mi calidad y calidez de atención de enfermería, y me exhorta a seguirme preparando para dar una atención eficiente y pronta al individuo que lo requiera con adecuada fundamentación científica.

Con todas las acciones realizadas se logró un buen estado anímico y de salud del paciente, reintegrándolo a la sociedad sin secuelas que le ocasionen alteraciones físicas ni invalidez.

Dentro de esta evaluación se analiza toda la respuesta del tratamiento quirúrgico por el que curso el paciente para poder ser integrado a su vida laboral, social y familiar.

Existe buen estado de cicatrización de herida quirúrgica con expulsión de hilos de sutura.

El estado neurológico del miembro afectado, mejoro y el paciente deambula sin complicaciones, ya que se le proporcionó terapia de rehabilitación física.

## V. COMENTARIOS.

Cuando el apoyo médico, neurológico y motor es apropiado al individuo; las secuelas que pueden quedar son mínimas, ya que el manejo de la problemática fue el adecuado.

Es de gran interés e importancia que las Instituciones de Salud cuenten con los aparatos electromédicos de diagnóstico para poder proporcionar un tratamiento oportuno y evitar el deterioro biofísico del enfermo.

El apoyo y atención que brinda el personal de enfermería es de suma importancia; ya que tiene la potencialidad de detectar las alteraciones del paciente, e implementar acciones para descubrir las necesidades y problemas del individuo y poder reintegrarlo a la sociedad y trabajo con el mínimo o nada de daños secundarios a su enfermedad.

La atención prestada a los individuos debe ser basada en la Educación, orientación y Capacitación del autocuidado de la salud, para poder evitar problemas que conllevan al organismo a padecer enfermedades, o invalidez; las que se pueden prevenir modificando nuestro nivel de vida basado principalmente en la dieta y el control emocional de nosotros mismos.

Por tal razón exhortó a mis compañeras a seguimos superando ya que diariamente existen normas o procedimientos nuevos para apoyarnos en ellos y ser mejores prestadores de servicios de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

Goodley M. Whelan A.

Manual de Terapéutica Médica.

Departamento de Medicine Washington U.

8va. Edición 1994.

School of Medicine, Sta. L. Missouri.

Editorial Masson Salvat.

p.p. 602 – 603 - 604

Harrison Kurt J. Isseibacher, B.W.M.

Principios de Medicina Interna.

13ª. Edición Vol. II 1994.

Edit. Interamericana McGraw-Hill. M.D.F.

p.p. 2595, 2596.

Kozier, Erb. Olivieri.

Enfermería Fundamental. Conceptos, proceso y práctica.

4ta. Edición 1993. M.D.F.

Edit. McGraw-Hill. Interamericana.

p.p. 1993.

Kozier, Erb, Bufalino.

Fundamentos de Enfermería.

Procedimientos Suplementarios.

Edit. Interamericana. MacGraw-Hill.

México, D.F. 1993.

p.p. 34, 71, 140.

Long Barbara./ W. J. Phipps.

Enfermería Medicoquirúrgica.

Vol. 2 2da. Edición 1994.

México, D.F.

Nueva Edit. Interamericana, S.A.

p.p. 474, 497, 498, 499, 500, 501, 503, 643.

Murray – Atkinson.

Proceso de Atención de Enfermería.

Quinta Edición 1996.

MacGraw-Hill. Interamericana M.D.F.

p.p. 29.

Murray L. Barr, Kierman. J.A.

El Sistema Nervioso Humano.

4ta. Edición 1986.

Impreso en México.

Editorial Harla.

p.p. 4, 5, 6, 7, 8, 9.

Price Alice L.

Tratado de Enfermería.

6ta. Reimpresión 1979.

M.D.F.

Edit. Interamericana, S.A.

p.p. 420.

Reller Steven, L. Barth. S.W.R.

Medicina Interna Clínica.

México, D.F.

Editorial Limusa.

p.p. 376, 374.

Sholtis Brunner L, S.S.D.

Manual de Enfermería Medicoquirúrgica.

6ta. Edic. Vol. 5 1994.

México, D.F.

N. Edit. Interamericana, S.A.

p.p. 1204, 1248, 1250, 1256, 1257, 1266,  
1267, 1268, 1301, 1303.

Sholtis Brunner, L. S.S.D.

Enfermería Práctica.

1ra. Reimpresión.

México. 1982.

N.E. Interamericana.

p.p. 57, 227, 498, 809.

Stralton Donald B.

Neurofisiología.

Primera reimpresión 1990.

México, D.F.

Edit. Limusa Noruega.

p.p. 35, 36, 37, 38, 39.

**VALORACION CLINICA DE ENFERMERIA****¿ QUIEN ES MI PACIENTE ?****IDENTIFICACION.**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_  
Lugar de procedencia \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ Dinámica familiar \_\_\_\_\_

1. Aspecto Externo a Primera Vista
2. Alimentación
3. Eliminación
4. Descanso
5. Higiene
6. Esparcimiento
7. Otras que estén afectando el estado actual del paciente
8. Ambiente físico
9. Servicios sanitarios
10. Comprensión del paciente y causas que lo llevaron a enfermar
11. Que piensa el paciente de las causas que lo llevaron a enfermar
12. Posibilidad y limitaciones que el individuo tiene para participar y lograr su recuperación
13. Metas de hospitalización actual
14. Comentarios de la enfermera sobre el padecimiento del paciente

**VALORACION DE NECESIDADES BASICAS DEL PACIENTE SEGUN MASLOW**

## Información General

Información proporcionada por \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de ingreso: \_\_\_\_\_

Dx Médico al ingreso: \_\_\_\_\_

Acompañado por: \_\_\_\_\_

Peso/signos vitales: \_\_\_\_\_

Causa a la que atribuye el paciente a su ingreso: \_\_\_\_\_

forma en que manejó el problema en casa: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

## Necesidades Fisiológicas

## Necesidades de Seguridad y Protección

## Necesidades de Amor y Pertenencia

## Necesidades de Autorealización