

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA, APLICADO A UN ADULTO MADURO CON EVC E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

291837

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

FABIAN INFANTE VALDEZ

ASESOR ACADEMICO

LIC. SEVERINO RUBIO DOMÍNGUEZ

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social



MÉXICO, D. F

ABRIL 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CONTENIDO.

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	5
CAPITULO I	6
MARCO TEORICO	6
2. CONSIDERACIONES BASICAS	8
3. PROCESO DE ENFERMERIA	9
3.1. CONCEPTO DE PROCESO DE ENFERMERIA	10
3.2. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	11
3.2.1. RECOGIDA DE DATOS O VALORACIÓN	11
3.2.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN Y DIAGNOSTICO	20
3.2.3. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS	23
3.2.4. EJECUCIÓN	24
3.2.5. EVALUACIÓN	24
4. FISIOPATOLOGÍA	25
4.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	25
4.2. ENFERMEDAD OCLUSIVA CEREBROVASCULAR	27
CAPITULO 2.	33
2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA	33
2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO	33
2.2. VALORACIÓN	36
2.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	44
2.4. PLANEACION	46

2.5.EJECUCIÓN	47
CAPITULO 3	58
EVALUACIÓN	58
CAPITULO 4	60
CONCLUSIONES	60
SUGERENCIAS	61
BIBLIOGRAFÍA	62

INTRODUCCIÓN.

La enfermería es una profesión que tiene como objetos de estudio el cuidado del individuo como un todo y la prevención de enfermedades. De esta manera el presente trabajo nos muestra la importancia de la enfermería en el área de la salud así como las etapas que se deben realizar para poder proporcionar una adecuada atención al individuo hospitalizado o aparentemente sano con la intención de satisfacer sus necesidades básicas de manera jerarquizada y evaluando los resultados para replantear las acciones de ser necesario.

Se muestra también la fisiopatología de la enfermedad, ya que es importante conocer las causas que originaron el padecimiento para fundamentar algunas de las intervenciones que la enfermera (o) realizara, ya que la hipertensión y sus múltiples complicaciones son un problema de salud pública.

Por todo lo anterior este proceso de enfermería plantea una serie de cuidados a un adulto maduro con E. V. C. e hipertensión arterial.

JUSTIFICACIÓN.

Conceptualización de enfermería.

De acuerdo a la maestra enfermera, Doris Grinspun, Directora de enfermería del Hospital "Mount Sinai" la enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud. Además incorpora los cuatro conceptos del Metaparadigma de enfermería, que son los siguientes:

PERSONA. Es la unidad esencial humana del cuerpo y del espíritu como ser individual, se sabe como un ser que se posee espiritualmente y se comprende así mismo cotidianamente. Piensa, siente, quiere y desea. Tiene objetivos y planes, alegrías y tristezas y a través de todo experimenta su "YO" como algo determinado y concreto, como ser personal radicalmente único y singular que se destaca de todos los hombres por extraños, lejanos, cercanos y familiares que le pueden resultar, es así como la persona se considera única y particular. Lo que determina necesidades propias, las cuales se constituyen en el punto de referencia para el cuidado de enfermería, abarca individuos, familia, comunidades, etc.

En síntesis; al hablar de la persona se debe considerar los siguientes aspectos:

- Es una unidad indivisible y particular, espiritual, emocional, física, cultural, social y económica.
- El cuerpo es el objeto material que le permite la mediación entre su naturaleza y la cultura.
- El conocimiento posibilita y orienta a la autorrealización, la cual se concreta en la libertad y acción de la persona.

ENTORNO. Se concibe el entorno, como el conjunto de relaciones entre el mundo natural y los seres vivientes, que influye sobre la vida y el comportamiento del propio ser, de tal manera que este representa para el individuo un espacio vital.

Persona y entorno mantienen una relación de interdependencia ya que aquí se ven contemplados los hechos físicos que irrumpen en el ambiente psicológico, y que se relacionan con la zona interna de la persona, influyendo sobre sus relaciones y sus comportamiento.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar el PAE como el método que permite planear, ejecutar y evaluar los cuidados que requiere una persona que sufre E. V. C. e hipertensión arterial con fundamento en el modelo de Henderson.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Valorar las necesidades de un adulto maduro con E. V. C. e hipertensión arterial**
- Planear los cuidados sobre las necesidades básicas afectadas.**
- Ejecutar las intervenciones profesionales que mejoren la salud del paciente.**
- Evaluar los resultados de los cuidados.**

CAPITULO 1

MARCO TEORICO

A finales del siglo XIX los establecimientos de la beneficencia pública adolecían de instalaciones propias.

Los hospitales no contaban con recursos materiales ni humanos para el cuidado de los enfermos, ni en lo que respecta a los servicios médicos, ni de enfermería, ya que se había expulsado a las valiosas "Hermanas de la caridad" en el año de 1874, situación que acentuó la crisis en la atención hospitalaria, por haber quedado bajo la responsabilidad de personas sin preparación específica, que solo trabajaban por la remuneración económica.

En 1882, se destacó la necesidad de capacitar enfermeras profesionales y de crear una Escuela de Enfermería anexa al hospital, como ya sucedía en Londres y Nueva York.

En 1898, hay evidencias de que se contrataron Enfermeras Norteamericanas que hablaban español, para poder capacitar al personal de enfermería.

Por acuerdo del presidente Porfirio Díaz, en 1898, se estableció la primera Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros en el Hospital de Maternidad e Infancia, siendo los primeros profesores los señores Alfredo y Lillie Cooper.

Al establecer el Hospital General de México, por el Dr. Eduardo Liceaga, el cual tubo un papel muy importante en el proceso de la preparación de enfermería.

En el reglamento se establece que la carrera de enfermería sería de tres años incluyendo las siguientes materias:

- Anatomía, fisiología y curaciones
- Pequeña farmacia, curaciones y cuidados de los niños
- Higiene y curaciones en general, parturientas y enajenados

En la organización del sistema de enseñanza, se estableció en México la residencia de enfermeras anexa al hospital, como en Francia e Inglaterra donde se instituyó, siendo las estudiantes el mismo personal de los servicios en los cuales aprendían trabajando, bajo la supervisión de las enfermeras primeras de los pabellones y la jefas extranjeras. El director de la escuela, del

hospital y los maestros eran médicos que también eran los responsables de evaluar a las estudiantes.

La disciplina era sumamente estricta según se estipulaba en los reglamentos. El horario de actividades era de las 5 de la mañana a 10 de la noche, las alumnas tenían la obligación de hacer ejercicio físico, usar el uniforme reglamentario y el uso de perfume, polvos en la cara y pintura estaban prohibidos. Las enfermeras debían llamar al médico "El Sr. Doctor", en ningún momento podían interrumpir las labores propias del hospital; perdían el empleo al reprobado el curso o al obtener mala calificación en dos casos consecutivos.

Tomando en cuenta lo anterior se concluye que el establecimiento de la escuela de enfermería obedeció, como en el caso de Francia, a un factor externo al mismo grupo de enfermeras: la necesidad de proveer al nuevo hospital de enfermeras instruidas y convenientemente educadas para atender a los enfermos.

Desde 1945 se formaliza en México el ejercicio de la profesiones y se establece la figura de las "instructoras" para responsabilizarse de la enseñanza de las enfermeras.

Poco a poco el personal de enfermería ha continuado hasta la actualidad cumpliendo la función de enseñar y supervisar a las alumnas en el avance y logro de los objetivos de formación.

Se ha determinado la necesidad de profesionalizar la docencia a través de una preparación que incluya los contenidos propios de la enfermería, y una formación pedagógica didáctica, orientada por los avances de la psicología del aprendizaje y la didáctica de la sistematización de la enseñanza.

El ejercicio de la enfermería práctica, supone el desempeño remunerado de cualquier trabajo escogido, en el cuidado del enfermo herido, o invalido, bajo la dirección de una Enfermera Profesional.(2)

2) DOCENCIA EN ENFERMERIA (ANTOLOGÍA) , Espinosa, Artemisa y Rodríguez, Sofia, 1998, p. 97, 103, 108

2. CONSIDERACIONES BASICAS DEL MODELO DE HENDERSON.

Virginia Henderson señala que “la función específica del personal de enfermería consiste en ayudar a las personas, enfermas o no, a realizar actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte dulce), actividades que los pacientes podrían realizar sin ayuda, si tuvieran la fuerza, el deseo o el conocimiento necesario”. Además esta contribución específica de la enfermera ayuda a las personas a volver a ser independientes de la misma, en el mejor tiempo posible.

Todo esto encaminado a recobrar su independencia de la forma más rápida posible, por lo que extraen los siguientes conceptos básicos:

Persona:

Individuo objeto de cuidados que configuran un ser humano, único y complejo con componentes, biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Necesidades básicas que debe tener para satisfacer su integridad:

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de nutrición e hidratación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de descanso y sueño
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de termorregulación
- Necesidad de higiene y protección de la piel
- Necesidad de evitar peligros
- Necesidad de comunicarse
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de trabajar y realizarse
- Necesidad de jugar, participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprender

SALUD:

Todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales. En este sentido tratan y buscan lograr la independencia por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

INDEPENDENCIA:

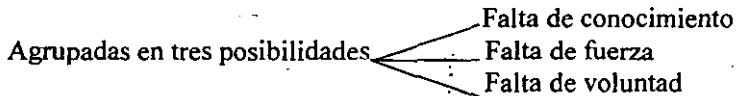
La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

DEPENDENCIA:

Puede ser considerada en una doble vertiente, por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por las personas con el fin de satisfacer las catorce necesidades básicas.

CAUSAS DE LA DIFICULTAD:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.



ROL PROFESIONAL:

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERIA:

Son considerados como un servicio, derivado del análisis de las necesidades humanas, para conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades.

3.PROCESO DE ENFERMERIA.

El proceso de Enfermería, constituye un método sistemático y organizado, para administrar cuidados de enfermería.

El proceso de enfermería, fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos, de tal forma que tanto el paciente, como la enfermera (o), hagan su aportación en el plan global de cuidados, esto ayuda a que el enfermo se sienta parte importante de un equipo que trabaja, para cumplir objetivos comunes y le estimula en participar en decisiones relativas al cuidado de su propia salud.

El uso del proceso de enfermería, permite crear un plan de cuidados, centrado en respuestas humanas, a diferencia del plan de tratamiento médico, que se dirige a tratar la enfermedad. En este sentido una enfermera (o) debe reconocer acciones de colaboración con el tratamiento y tareas que son responsabilidad exclusiva de su competencia.

El proceso de enfermería, representa un plan terapéutico, que puede emplear la enfermera (o), para tratar a la persona como un todo, es decir, el paciente es un individuo único, que responde a su entorno y estado de salud, de una forma particular y que precisa acciones de enfermería, adaptadas específicamente a él, no solo a su enfermedad.(3)

3.1.CONCEPTO DE PROCESO DE ENFERMERIA.

El proceso de enfermería es un método sistemático de prestación de asistencia de enfermería individualizada, que consiste en valorar a los pacientes, identificar los problemas de asistencia de enfermería, ejecutar las actuaciones de enfermería y valorar los resultados de la asistencia.

Henderson, afirma: “El proceso de enfermería, es un proceso analítico que debe ser utilizado por todos los que prestan asistencia sanitaria, cuando su actuación o ayuda que ofrecen, van encaminadas a resolver el problema”.

El propósito del proceso de enfermería, radica en identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo, que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse a cabo y valorar sus resultados en el paciente.

El proceso de enfermería consta de una serie de pasos interrelacionados, estos pasos tienen una naturaleza continua, y cada uno se repite en numerosas ocasiones, a medida que los cambios en la salud del paciente alteran los datos

3) L.NURSING DIAGNOSIS APPLICATION TO CLINICAL PRACTISE. Carrpenito.

-Hábitos, estilo de vida, tipo de alimentación, hábitos de defecación, pautas habituales de ejercicio o actividad física, hábitos de descanso, relajación, sueño, higiene personal, ocio y actividades recreativas

-Sistema de apoyo: familiar, comunitario y social.

-Antecedentes personales y familiares relacionados con la salud: antecedentes hereditarios, enfermedades anteriores y actuales. Embarazos , intervenciones quirúrgicas, accidentes, etc.

-Estado físico: constantes vitales, pulso, temperatura corporal, presión arterial y frecuencia respiratoria.

-Peso y talla.

-Funciones fisiológicas: estado de conciencia, patrones de respiración, alimentación, excreción, sueño y movimiento.

-La exploración física, en la cual se combinan los procedimientos básico de inspección, auscultación, palpación y percusión, es un paso crucial para establecer la situación actual del paciente.

a) Inspección:

Consiste en el examen visual del paciente con miras al descubrimiento de rasgos físicos significativos.

b) Palpación:

Es la operación consistente en examinar al cuerpo, utilizando el sentido del tacto, para apreciar las características de las estructuras corporales subyacentes a la piel.

c) Percusión:

Es útil para averiguar la existencia de una masa sólida, como un tumor, dentro de un órgano hueco, se utiliza para apreciar la cantidad relativa de aire o de material sólido presente en los pulmones.

d) Auscultación:

Se define como la operación de oír los sonidos producidos por los diversos órganos del cuerpo, con objeto de descubrir desviaciones con respecto al sonido normal. (los pulmones y el corazón son órganos auscultados con mayor frecuencia).

-Datos biológicos: grupo sanguíneo y Rh, déficit sensorial o motrices, alergias, uso de prótesis, resultado de pruebas disponibles.

-Datos psicosociales: nivel de estrés, ansiedad, sufrimiento o confort, estado emocional y mental, situación de crisis, grado de autonomía, nivel de comunicación, adaptación personal y cultural.

En seguida se presenta el formato del Proceso de Atención de Enfermería, utilizando el modelo de Virginia Henderson, para la valoración clínica, que permita construir diagnósticos de enfermería.

HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____ EDAD _____ PESO _____ TALLA _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ OCUPACIÓN _____
ESCOLARIDAD _____ FECHA DE ADMISIÓN _____ HORA _____
PROCEDENCIA _____ FUENTE DE INFORMACIÓN _____
FIABILIDAD _____ MIEMBRO DE LA FAMILIA _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ tos productiva / seca: _____

Dolor asociado con la respiración _____ fumador _____

Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: _____

Circulación del entorno venoso: _____

Otros: _____

b) Nutrición e hidratación.

Subjetivo

Dieta habitual (tipo) _____
Trastornos digestivos: _____
Intolerancia alimentaria / alergias: _____
Problemas de la masticación y deglución: _____
Patrón de ejercicio: _____

Objetivo

Turgencia de la piel: _____
Membranas mucosas hidratadas / secas: _____
Características de uñas y de cabello: _____
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

c) Eliminación.

Subjetivo

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces, orina y menstruación: _____
Historia de hemorragias / enfermedades renales _____
Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____
Dolor al defecar/ menstruar / orinar: _____
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo

Abdomen / características: _____
Ruidos intestinales: _____
Palpación de la vejiga urinaria: _____
Otros: _____

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre _____

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? _____

¿Existen recursos en su comunidad para su recreación ? _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas? _____

¿ Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo? _____

e) Necesidades de aprendizaje

Subjetivo

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Preferencias: leer/ escribir: _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Otros: _____

Objetivo

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ ansiedad/ dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

f) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos?: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo

Hábitos específicos de vivir(grupo social religioso) _____

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros: _____

f) Necesidad de trabajar o realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente? _____ Tipo de trabajo _____

Riesgos _____ ¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo? _____

¿Esta satisfecho con su trabajo? _____ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y las de su familia? _____

¿Esta satisfecho con el rol familiar que juega? _____

Objetivo

Estado emocional/ calmado / ansioso/ enfadado / retraído / temeroso / irritable/ inquieto / eufórico: _____

Otros: _____

e) Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno: _____

2.-Necesidades básicas de : moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: _____

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____

Estado emocional: _____

Estado de conciencia: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio? _____

A que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse? _____

Objetivo

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____

Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? _____

¿ Su autoestima es determinada en su modo de vestir? _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestido? _____

Objetivo

¿Viste de acuerdo a su edad? _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestida incompleto: _____ Sucio: _____

Inadecuado: _____ Otros: _____

e) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia de aseo: _____
Momento preferido para el baño: _____
Cuántas veces se lava los dientes al día: _____
Aseo de manos antes y después de eliminar: _____ Antes de comer: _____
¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? _____

Objetivo

Aspecto general: _____
Olor corporal: _____
Halitosis: _____
Estado del cuero cabelludo: _____
Lesiones dérmicas, que tipo: _____
Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: Comunicación y evitar peligros.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo

Estado civil: _____ Años de relación: _____
Vive con: _____
Preocupaciones /estrés: _____ Familiares: _____
Otras personas que puedan ayudar: _____
Rol en la estructura familiar: _____
Comunica sus problemas debido a la enfermedad / estado: _____

Cuanto tiempo pasa solo: _____
Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo

Hablo claro: _____ Confuso: _____

Dificultad en la visión: _____ Confusa: _____

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidades de evitar peligros

Subjetivo

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? _____

¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendadas? _____

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida? _____

Objetivo

Deformaciones congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar _____

En el trabajo: _____

Otros: _____

3.2.2. Análisis e Interpretación y Diagnóstico.

El análisis e interpretación de los datos recogidos consiste en determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa, el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan.

Se trata de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos. Por otra parte, la precisión del diagnóstico, facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario.

Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano, pueden determinarse las alteraciones presentes en el paciente, o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y los potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación.

Para ello hay que considerar atentamente los hechos, comportamientos, signos y síntomas, identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos.

El diagnóstico de enfermería consiste en un juicio clínico sobre el individuo, una familia o una comunidad, basada en la recogida de datos, realizada en la valoración y su posterior análisis que permite al personal de enfermería establecer las actuaciones comprendidas dentro de su ámbito de responsabilidad.

Como requisitos elementales, el diagnóstico de enfermería debe determinar de forma concisa, el estado de salud del paciente, el problema que representa o que se aprecia como previsible, sobre la base de datos objetivos y subjetivos que pueden confirmarse indicando el juicio que resulta de la identificación e interpretación crítica de un patrón o conjunto de signos y síntomas.

Es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias, a procesos vitales o problemas sanitarios reales y potenciales.

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las actuaciones, que permiten conseguir los resultados finales que son responsabilidad del personal de enfermería.

Estos diagnósticos se establecen por medio del formato "NANDA".

Etiqueta diagnóstica.

Etiqueta diagnóstica

↓
PROBLEMA

Factores condicionales

↓
ETIOLOGÍA

Factores relacionados

↓
SIGNOS Y SÍNTOMAS

La forma para empezar un diagnóstico de enfermería real, consiste en escribir una frase de tres partes, que comienza con el término o términos utilizados por la NANDA, para ese problema diagnóstico, seguidos del factor o factores etiológicos y completado por los signos y síntomas.(4)

La determinación de las intervenciones de enfermería. Para diagnósticos de enfermería específicos, implica determinar las acciones o actividades de enfermería que lograrán los resultados esperados establecidos.

Esto es : ¿ qué se va a hacer para reducir o resolver cada uno de los diagnósticos que se han identificado?, hay tres preguntas importantes.

- 1.-¿Cuál es la causa (etiología) del problema?
- 2.-¿Qué puede hacerse para eliminar o minimizar la causa?
- 3.-¿Cómo se puede ayudar al cliente a alcanzar los resultados esperados?

Una vez que se haya determinado la causa o factores contribuyentes del diagnóstico de enfermería real o potencial, debe determinar las intervenciones de enfermería que eliminaran los factores o minimizar sus efectos.

Para un diagnóstico de enfermería "real" es necesario lo siguiente:

- 1.-Estudiar la etiología , e identificar las actividades que reducirán o eliminarán los factores contribuyentes.
- 2.-Planificar un régimen para realizar frecuentes valoraciones focalizadas de las manifestaciones clínicas, para controlar el estado de los signos y síntomas del problema.

Para un diagnóstico de enfermería "potencial" es necesario le siguiente:

- 1.-Estudiar la etiología y determinar las intervenciones que reducirán o en su caso eliminarán los factores contribuyentes.
- 2.- Planificar un régimen para realizar frecuentes valoraciones focalizadas, para asegurarse de que no han aparecido manifestaciones clínicas que cambien el estado del diagnóstico, de potencial real.

Para diagnóstico de enfermería "posible" se tendrán que identificar métodos de recogida de más datos sobre el posible diagnóstico, para determinar si

4) EL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA. Fernández, C. P. P. 186-193

existe cualquiera de las manifestaciones clínicas o factores contribuyentes del diagnóstico.

Definición de los diagnósticos de enfermería.

Gordon, 1976

Describe el diagnóstico de enfermería como un problema de salud, real o potencial, que las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar.

Shoemaker, 1985

Considera el diagnóstico de enfermería como un "juicio clínico acerca de un individuo, familia o grupo, que deriva de un proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos".

Carpenito, 1985

Sugiere que los diagnósticos de enfermería, también puedan emplearse para designar estados de salud o modelos de interacción de los individuos o grupos.⁽⁵⁾

3.2.3. Planificación de los cuidados.

En esta etapa se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados, y se determinan los objetivos propuestos, y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecución.

La planificación es un momento en que se determina, como brindar los cuidados de enfermería de forma organizada y orientada a los objetivos, por lo tanto la planificación implica lo siguiente:

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de objetivos del paciente
- Resultados esperados
- Determinación de las acciones
- Actividades de enfermería
- Implementación del plan de cuidados

5) APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. Alfaro R. p.p. 122-12

3.2.4.Ejecución.

Es la puesta en práctica del plan de actuaciones, elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente, al menos idealmente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades, por lo tanto lo que implica el plan de acción es lo siguiente:

- Valorar el estado actual de salud del paciente
- Realizar las intervenciones y sus actividades prescritas durante la fase de planeación.
- Seguir valorando al paciente, y determinar las respuestas iniciales a sus acciones, comunicar y anotar.

3.2.5.Evaluación.

Es una actividad constante y compleja de cuyo cumplimiento depende la oportunidad y reorientación del plan terapéutico, con la introducción de las modificaciones necesarias, en función de los resultados obtenidos con las intervenciones y las reacciones del paciente a los cuidados recibidos.

Al proceder a la evaluación, es necesario preguntarse en que se ha de centrar la evaluación en cada etapa, y la respuesta es en los resultados obtenidos o los cambios observados y la satisfacción del propio paciente (6)

6) ENFERMERIA MEDICO QUIRÚRGICA. Beare/ Myers. P.p. 76-79

4. FISIPATOLOGIA.

4.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La tensión de la sangre arterial es una medida de la presión ejercida por la sangre que circula por las arterias. Debido al movimiento ondular de la sangre, existen dos valores de tensión: la **tensión sistólica**, que es la presión de la sangre que resulta de la contracción de los ventrículos, o sea, la presión en la parte más alta de la onda sanguínea, y la **tensión diastólica**, que es la presión en el momento en que los ventrículos están en reposo. La tensión diastólica, por tanto, es la presión mínima que existe en todo momento en el interior de las arterias. La diferencia entre la presión diastólica y la sistólica se denomina **tensión diferencial**.

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en fracciones. El promedio de la tensión arterial en un adulto sano es 120/80 mm Hg. Varias alteraciones se reflejan por cambios en la misma; la más frecuente es la **hipertensión**. Esta se define como una tensión arterial anormalmente alta, por encima de 140 mm Hg de tensión sistólica y por encima de 90 mm Hg de tensión diastólica, cuando estos datos se confirman durante un mínimo de dos a tres visitas consecutivas del usuario.

La tensión arterial es el resultado de diversos factores: la acción de bombeo del corazón, la resistencia vascular periférica y el volumen y viscosidad de la sangre.

Acción de bombeo del corazón: El gasto cardiaco es el volumen de sangre bombeada a las arterias por el corazón. Cuando la acción de bombeo del corazón es débil, es bombeada menos sangre hacia las arterias y disminuye la tensión arterial. Cuando la acción de bombeo del corazón es fuerte y el volumen de sangre bombeada a la circulación aumenta, la tensión arterial también. El gasto cardiaco aumenta con la fiebre y el ejercicio; como consecuencia la presión sistólica puede incrementarse.

Resistencia vascular periférica. La resistencia periférica puede aumentar la presión sanguínea. La tensión diastólica se ve afectada de manera especial. El tamaño de las arteriolas y capilares determinan en gran parte la resistencia periférica de la sangre en el cuerpo. Un incremento en la vasoconstricción incrementa la tensión arterial. El principal factor reductor de la elasticidad arterial es el cambio patológico que afecta a las paredes arteriales. El tejido elástico y muscular de las arterias es sustituido por tejido fibroso; de tal suerte que las arterias pierden gran parte de su elasticidad. Esta situación, muy común en adultos maduros y adultos mayores se conoce como **arteriosclerosis**.

Volumen de sangre. Cuando el volumen de sangre disminuye la presión de la sangre desciende a causa de la disminución en el volumen de líquidos dentro de las arterias y cuando el volumen aumenta la presión arterial se incrementa.

Viscosidad de la sangre. La viscosidad es una propiedad física que resulta de la fricción entre las moléculas de un líquido. La tensión arterial es mayor cuando la sangre es altamente viscosa, es decir, cuando la proporción de células rojas sanguíneas en el plasma es alta. Esta proporción se conoce con el nombre de **hematocrito**. La viscosidad aumenta de manera marcada cuando el hematocrito es mayor de 60-65%.

Entre los factores que influyen sobre la tensión arterial están la edad, el ejercicio, el estrés, la raza, la obesidad, el sexo, la medicación y las variaciones diurnas.

La tensión arterial se valora normalmente en el brazo usando la arteria braquial, con un estetoscopio y un esfigmomanómetro. También se puede tomar de las arterias tibial posterior o pedia. (7)

Sistema renina-angiotensina: La renina una enzima proteolítica, se secreta por la células yuxtlaomerular que rodean las arteriolas aferentes en respuesta a diversos estímulos que incluyen: disminución de la presión de riego renal, reducción del volumen intravascular, catecolamina circulantes, mayor actividad del sistema nervioso simpático, aumento de la distensión arterial e hipopotasemia. La renina actúa en el angiotensinoma o sustrato de la renina para separar el péptido de 10 aminoácidos de la angiotensina I. A continuación, actúa en este péptido la enzima convertidora de angiotensina para formar el péptido de ocho aminoácidos de la angiotensina II, un vasoconstrictor potente y estimulante principal de la liberación de aldosterona por las suprarrenales a pesar de la importante participación de este sistema para la regulación de la presión arterial, en la mayoría de las personas no tiene una función significativa patogenia de la hipertensión esencial o primaria que suele iniciarse entre los 25 y 55 años de edad. Los hipertensos de raza negra y de edad avanzada tienden a una menor actividad de renina en plasma. Cada vez se comprueba más que en la hipertensión está aumentado el sodio intracelular en los eritrocitos y otros tejidos. Esto puede ser resultante de

7) FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA CONCEPTOS, PROCESO Y PRACTICAS. B. KOZIER . 5ta EDICIÓN 1999 pp. 481-487.

anormalidades en el intercambio de sodio y potasio y en otros mecanismos de transporte de sodio.

Las complicaciones de la hipertensión son: enfermedad cardiovascular hipertensiva, enfermedad cerebro vascular hipertensiva, enfermedad renal hipertensiva, disección aórtica, complicaciones ateroscleróticas y desprendimiento de retina.

4.2. ENFERMEDAD OCLUSIVA CEREBROVASCULAR.

Aunque los episodios de debilidad o vértigo, visión borrosa o hemiplejía completa repentina pueden tener diversas causas, muchos de estos problemas dependen de una enfermedad aterosclerótica oclusiva o ulcerosa. Con frecuencia se localizan lesiones segmentarias aisladas o múltiples en las arterias extracraneales y causan muchos de los síndromes de apoplejía isquémica en más de la mitad de los casos. Las áreas extracraneales que se afectan con mayor frecuencia son: 1) la bifurcación de la carótida primitiva, incluyendo los nacimientos de las arterias carótida interna y externa; 2) el nacimiento de la arteria vertebral; 3) los segmentos intra torácicos de las ramas del arco aórtico y 4) el arco aórtico en sí mismo.

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL.

La hemorragia intracerebral espontánea en pacientes con pruebas angiográficas de una anomalía vascular suele deberse a la hipertensión. La base anatomopatológica de la hemorragia demuestra la presencia de microaneurismas que en la actualidad se sabe se desarrollan en vasos perforantes en hipertensos. La hemorragia intracerebral hipertensiva ocurre con mayor frecuencia en los ganglios basales y menos en la protuberancia, el tálamo, el cerebelo y la sustancia blanca cerebral. La hemorragia puede extenderse hacia el sistema ventricular o el espacio subaracnoideo y este caso se encuentran signos de irritación. Además de su relación con la hipertensión la hemorragia intracerebral no traumática puede ocurrir en trastornos hematológicos como la trombocitopenia, hemofilia, o coagulación intra vascular diseminada.

En hemorragias dentro del hemisferio cerebral se deteriora al inicio el conocimiento. Con gran frecuencia al inicio de la hemorragia se presenta vomito y en ocasiones cefalea, suele haber un déficit neurológico de evolución rápida con hemiplejía o hemiparesia, en lesiones más profundas se encuentra un trastorno neurosensorial. La hemorragia cerebelosa puede presentarse con inicio repentino de náusea y vómito, desequilibrio, cefalea y pérdida del conocimiento que quizá termine con la muerte en 48 horas.

La tomografía craneal es importante no solo para confirmar que ocurrió la hemorragia sino también para determinar el tamaño y sitio del hematoma y si el estado del paciente lo permite se podrá llevar a cabo una angiografía cerebral para determinar si hay un aneurisma o una malformación arteriovenosa (8)

Los ataques isquémicos transitorios son crisis temporales de disfunción neurológica que suelen manifestarse por pérdida repentina de las funciones motora, sensorial o visual durante segundos a minutos, pero no más de 24 horas. Entre uno y otro ataque el paciente suele restablecerse del todo. El ataque transitorio puede ser una señal que indique la inminencia de un accidente cerebrovascular, que aparece con mayor frecuencia en los primeros treinta días del primer ataque isquémico. La causa de este cuadro clínico es la disminución temporal del flujo sanguíneo a una región específica del cerebro por diversas razones; por ejemplo, aterosclerosis de vasos cerebrales, obstrucción de la microcirculación encefálica por trombo pequeño, disminución de la presión del riego cerebral, disritmias cardíacas y otros factores.

El síntoma clásico de enfermedad de la arteria carótida es la amaurosis fugaz, ceguera repentina y breve que surge sin signo prodrómico alguno, en la cual hay ceguera repentina e indolora de un ojo u oscurecimiento del campo visual. Esto hace pensar en isquemia de la retina por disfunción e insuficiencia de la arteria oftálmica o carótida del mismo lado. Si la isquemia se manifiesta en el sistema arterial vertebrobasilar, pueden aparecer vértigo, diplopía, disminución del nivel de conciencia o diversos signos de perturbación motora y sensorial.

Suele recurrirse a la angiografía carotídea para observar los vasos intracraneales y cervicales. La angiografía por sustracción digital se utiliza para definir la obstrucción de la arteria carótida y obtener datos sobre el flujo sanguíneo cerebral.

Los individuos que no son candidatos idóneos para la intervención quirúrgica suelen recibir anticoagulantes con el fin de evitar ataques futuros y un posible infarto masivo del cerebro. Las técnicas quirúrgicas más utilizadas son la endarterectomía, que es la extracción de una placa o trombo aterosclerótico de la arteria carótida para prevenir los accidentes cerebrovasculares en personas con oclusión de arterias extracraneales, y la angioplastia, en que se introduce una sonda con baloncito en una arteria para romper la placa y dilatar el calibre interior del vaso.

8) DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. LAWRENCE M. TIERNEY Jr. 33 EDICION 1998 pp. 420-223, 449, 930

La apoplejía es la pérdida repentina de la función cerebral por interrupción

del aporte sanguíneo al encéfalo. A menudo es la culminación de un padecimiento cerebrovascular que data de antiguo.

Las enfermedades cerebrovasculares pueden resultar de cualquiera de los cuatro fenómenos siguientes: 1) trombosis, que es un coagulo de sangre dentro de un vaso cerebral cervical, 2) embolia, que es un coagulo de sangre o de otro material que llega al cerebro desde otra zona del cuerpo por el torrente sanguíneo, 3) isquemia, que es la disminución del flujo sanguíneo a una zona del encéfalo, 4) hemorragia cerebral, que es la rotura de un vaso en el encéfalo, con hemorragia en el parénquima o espacios pericerebrales. El resultado es la interrupción del aporte hemático al encéfalo, que causa pérdida temporal o permanente de movimientos, ideación, memoria, habla o sensación.

Trombosis cerebral. La arteriosclerosis cerebral y desaceleración de la circulación encefálica son las principales causas de trombosis en dicho órgano, que es el origen más común del accidente mencionado. La cefalea es poco común al comenzar la trombosis; algunos enfermos pueden tener mareos, perturbaciones psíquicas y convulsiones y en otros el comienzo es prácticamente idéntico al de la hemorragia o embolia cerebral. Se sabe que en horas o días antes de que aparezca parálisis grave se advierte pérdida transitoria del habla, hemiplejia o parestesias de una mitad del cuerpo.

Embolia cerebral. Los sitios en que nacen los émbolos son la mitad izquierda del corazón, como en el caso de la endocarditis infecciosa, cardiopatía reumática, infarto del miocardio o infecciones pulmonares. El émbolo suele alojarse en la arteria cerebral media o sus ramas, donde obstruye la circulación cerebral. Entre las características de la embolia cerebral están hemiparesia o hemiplejia de comienzo repentino, con afasia o sin ella, o inconciencia en sujetos con cardiopatías o neumopatías.

Isquemia cerebral. Es la insuficiencia del riego cerebral y dependiendo más bien de constricción ateromatosa de las arterias cerebrales.

Hemorragia cerebral. La salida de sangre puede ocurrir por fuera de la duramadre (hemorragia epidural), debajo de ella (subdural), en el espacio subaracnoideo o en el parénquima encefálico (intracerebral).

El accidente cerebrovascular ocasiona déficit neurológicos muy diversos según el sitio en que ocurre.

Pérdida motora. Es una enfermedad de las motoneuronas superiores y ocasiona pérdida del control voluntario sobre los movimientos. Las motoneuronas citadas se entrecruzan o decusan en el bulbo raquídeo, por lo que la perturbación del control voluntario de los movimientos en un lado del

cuerpo pueden reflejar lesión de motoneuronas en el hemisferio cerebral contrario. La disfunción motora más frecuente es la hemiplejía, o parálisis de la mitad del cuerpo por lesión del hemisferio cerebral contralateral. Otro signo es la hemiparesia o debilidad de la mitad del cuerpo.

En las etapas iniciales, el signo clínico del accidente puede ser parálisis flácida, arreflexia o hiporeflexia tendinosa profunda. Al reaparecer los reflejos profundos que puede ser en 48 horas, hay hipertonia con espasticidad (aumento anormal del tono muscular) en las extremidades del lado afectado.

Deficiencias de la comunicación. La apoplejía es la causa más común de afasia. La disfunción puede manifestarse por:

Disartría, que es la dificultad para hablar y se manifiesta por un habla apenas inteligible como resultado de la parálisis de los músculos de la fonación y el habla.

Disfasia o afasia, que es la deficiencia en el habla o mudez total.

Apraxia, que es la incapacidad para ejecutar un acto aprendido.

Trastornos de la percepción. La percepción es la capacidad de interpretar sensaciones. Las disfunciones de la percepción visual dependen de perturbaciones de la vía sensoriales primarias entre el ojo y la corteza visual. La hemianopsia homónima, que es la pérdida de una mitad del campo visual y puede ser temporal o permanente. La mitad afectada de la visión corresponde al lado paralizado.

Las pérdidas sensoriales pueden tomar la forma de perturbación leve del tacto o ser más graves, con pérdida de la propiocepción (incapacidad para percibir la posición y movimientos de partes corporales), así como dificultad para interpretar estímulos visuales, táctiles y auditivos.

Trastornos de la actividad mental y efectos psíquicos. Si el daño se ha manifestado en el lóbulo frontal, puede haber disminución de la capacidad de aprendizaje, memoria y otras funciones intelectuales que corresponden a centros superiores de la corteza.

Disfunción vesical. El individuo puede tener incontinencia urinaria transitoria, confusión e incapacidad para comunicar sus necesidades. (9)

El III par craneal es el motor ocular común donde las fibras motoras nacen de un grupo de núcleos de la sustancia gris ventral al acueducto de Silvio a nivel del tubérculo cuadrigémino superior. Fibras cruzadas y principalmente no cruzadas cursan por el núcleo rojo y el lado interno de la sustancia negra para salir en la silla turca en la pared externa del seno cavernoso y a través de la hendidura esfenoidea para inervar los músculos rectos interno superior e

9) ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA, BRUNNER Y SUDDARTH, SEPTIMA EDICIÓN 1994, VOL. 2, P.P. 1759-1762.

inferior, el oblicuo menor y el elevador del párpado superior. Las fibras parasimpáticas se originan en (1) el núcleo de Edinger-Westpahl, rostralmente al núcleo motor del III par, pasando por la rama nasocilar del mismo par III al ganglio ciliar desde donde se distribuyen los nervios ciliares cortos al esfínter del iris y (2) en la porción superior del núcleo medial del III par pasando por la vía del ganglio ciliar y nervios ciliares cortos al músculo ciliar, el cual engruesa al cristalino al contraerse. Su función son los movimientos de los párpados de los ojos y del globo ocular, acomodación del cristalino para la visión cercana y constricción de la pupila. Una lesión en este nervio provoca estrabismo, ptosis (caída del párpado superior), dilatación de la pupila, movimientos de l globo ocular hacia abajo y hacia fuera en el lado dañado, pérdida de la acomodación para visión cercana y visión doble (diplopia).

El VII es el facial, situado en la porción caudal del puente se dobla alrededor del núcleo del VI par y abandona el cráneo por un largo trayecto a través de la porción petrosa del temporal. Estas fibras inervan al músculo del estribo en el oído medio, a la musculatura superficial de la cara y cuero cabelludo, al cutáneo del cuello y al vientre posterior del digástrico y al músculo estilohideo.

Las fibras parasimpáticas del núcleo salival superior pasan a través del nervio intermediario de Wrisberg (glosopalatino), a las glándulas y mucosa faríngea, paladar, cavidad nasal y senos paranasales por el nervio petroso superficial mayor y el ganglio esfenopalatino; y a las glándulas submaxilar y sublingual a través de la cuerda del tímpano, nervios linguales y ganglio submaxilar.

Las fibras sensitivas nacen de células unipolares en el ganglio geniculado.

Las ramas periféricas llevan las sensaciones gustativas de los dos tercios anteriores de la lengua a través del nervio lingual y cuerda del tímpano y las sensaciones de la glándula parótida a través del ganglio ótico y el nervio intermediario al núcleo del fascículo solitario.

El núcleo motor recibe fibras cruzadas y no cruzadas de los fascículos corticobulbar, estripiramidal y tectospinal, y conexiones reflejas del núcleo del fascículo espinal del trigémino. Los músculos faciales debajo de la frente reciben inervación cortical contralateral, sin embargo, el músculo frontal recibe inervación cortical bilateral y no es paralizado, en consecuencia, por lesiones que afectan una corteza motora o sus vías.

El núcleo salival superior recibe impulsos corticales a través del fascículo longitudinal dorsal y conexiones reflejas del núcleo del fascículo solitario.

El área gustativa cortical está localizada en la región inferior central (cara) y se cree que se extiende a la superficie opercular del lóbulo parietal. Por todo lo anterior la función de este par craneal es la expresión facial, la secreción de saliva y lágrimas. La lesión produce parálisis de los músculos faciales, lo que

se llama parálisis de Bell; pérdida de gusto y los ojos permanecen abiertos, aun durante el sueño.

TRATAMIENTO.

Los individuos que no son candidatos idóneos para la intervención quirúrgica suelen recibir anticoagulantes con el fin de evitar ataques futuros y un posible infarto masivo del cerebro.

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas la endarterectomía, que consiste en la extracción de una placa o trombo aterosclerótico de la arteria carótida para prevenir los accidentes cerebrovasculares en personas con oclusión de arterias extracraneales, y la angioplastia, en que se introduce una sonda con baloncito en una arteria para romper la placa y dilatar el calibre interior del vaso.

El tratamiento médico del accidente cerebrovascular agudo puede incluir diuréticos con el fin de reducir el edema cerebral, que llega a su máximo de tres a cinco días después del infarto.⁽¹⁰⁾

10) NEUROANATOMÍA CORRELATIVA Y NEUROLOGÍA FUNCIONAL, DR. JESPH G. CHUSID, SEXTA EDICIÓN 1983 pp. 431-432.

CAPITULO 2

2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

2.1. Presentación del caso clínico.

NOMBRE: Silvano Zúñiga Hurtado.

EDAD: 50 años

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL: Casado

ESCOLARIDAD: Secundaria terminada

PESO: 90 Kg.

TALLA: 1.69 cm

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 10/07/1950 San Juan del Río, Querétaro

DOMICILIO: Calle guerrero #26 Col. Emiliano Zapata Del. Coyoacan C.P. 04850 México D.F.

TEL: 56-77-44-28

OCUPACIÓN: Desempleado.

NO DERECHOHABIENTE .

Dx. MEDICO: Enfermedad Vascular Cerebral e Hipertensión Arterial.

SIGNOS VITALES:

Temperatura: 36.6°C

Frecuencia cardiaca: 90 x'

Frecuencia respiratoria: 16x'

Tensión arterial: 170/110 mm Hg.

FECHA DE INGRESO: 19 / 03/ 2001

Adulto maduro de 50 años de edad. EVC e hipertensión arterial:

El cual ingresa al servicio de urgencias, para identificar e implementar plan de cuidados de las posibles necesidades.

- La necesidad de "oxigenación" relacionada a disnea.
- La necesidad de "nutrición e hidratación" relacionadas con problemas de masticación, deglución y el funcionamiento neuromuscular y esquelético (hemiparesia).
- La necesidad de "eliminación" relacionada al funcionamiento neuro muscular y esquelético (hemiparesia)
- La necesidad de " jugar y participar en actividades recreativas" relacionada con su estado de ánimo (apatía y autoestima baja).
- La necesidad de "aprendizaje" relacionada al estado del sistema nervioso (hemorragia en región mesencefálica y occipital izquierdo)

- La necesidad de “trabajar y realizarse” relacionada con estar desempleado.
- La necesidad de “mantener la termorregulación” relacionada a hipotermia e hipertermia.
- La necesidad de “moverse y mantener una buena postura” relacionada al sistema músculo esquelético (hemiparesia).
- La necesidad de “descanso y sueño” relacionada al estado mental (estrés).
- La necesidad de “usar prendas de vestir adecuadas” relacionada con el autoestima y la capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- La necesidad de “higiene y protección de la piel” relacionada al sistema músculo esquelético, a la frecuencia del aseo y a la deshidratación de la piel.
- La necesidad de “comunicarse” relacionada a la dificultad para hablar
- La necesidad de “evitar peligros” relacionada a la poca asistencia a un centro de salud para la valoración y control de la hipertensión.

NECESIDAD	DEPENDENCIA	INDEPENDENCIA
Oxigenación	Oxígeno por puntas nasales a 3lts por min. y posición semifowler	Respiración libre por la nariz, F. R. 16x'
Nutrición e hidratación	Alimentación por sonda nasogástrica	NO HAY
Eliminación	Colocación de sonda foley y pañal desechable	NO HAY
Jugar y participar en actividades recreativas	Apoyo psicológico a través de la compañía personalizada junto con su familiares para fomentar la convivencia familiar	NO HAY

Aprendizaje	Enseñar a los familiares y al paciente ejercicios de flexión, extensión, aducción, abducción y rotación de las extremidades	NO HAY
Trabajar y realizarse	Explorar con los familiares alternativas ocupacionales ante una eventual recuperación del paciente con base en sus necesidades y condiciones de salud	NO HAY
Mantener la termorregulación	Valorar la temperatura corporal cada dos horas, para ministrar antipiréticos y medios físicos en caso de hipertermia o cubrirlo con prendas térmicas en caso de hipotermia	NO HAY
Moverse y mantener una buena postura	Levar a acabo la movilización periódica del paciente a través de cambios de posición respetando los principios de higiene postural para disminuir la gravedad de las contracturas musculares y evitar úlceras por decúbito	NO HAY
Descanso y sueño	Evitar ruidos molestos para el paciente, respetar su individualidad y mantener la cama en buenas condiciones higiénicas	NO HAY
Usar prendas de vestir adecuadas	Ayudar al paciente a cambiarse de ropa y manteniendo al paciente con ropa holgada y limpia	NO HAY
Higiene y protección de la piel	Se proporcionará baño diario de esponja, aseo de la boca con colutorios y lubricación de la piel con cremas a base de agua	NO HAY

Comunicarse	La comunicación con el paciente será a través de señales o por escrito	NO HAY
Evitar peligros	Se recomendará a los familiares acudir a valoraciones médicas de manera periódica, ante una eventual recuperación para evitar reincidencias	NO HAY

2.2.-VALORACION.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: Silvano Zúñiga Hurtado EDAD 50 años PESO 90 Kg. TALLA 1.69 cm
 FECHA DE NACIMIENTO 10/jul / 1950 SEXO masculino OCUPACIÓN Desempleado
 ESCOLARIDAD Secundaria terminada FECHA DE ADMISIÓN 19 /03/ 2001 HORA 20:00
 PROCEDENCIA _____ FUENTE DE INFORMACIÓN Esposa
 FIABILIDAD _____ MIEMBRO DE LA FAMILIA Primero

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debido a: presencia de estertores tos productiva / seca: _____ Productiva

Dolor asociado con la respiración: No fumador _____ Si

Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional fuma desde hace 20 años, una cajetilla diaria. la cantidad no varia.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Temp.= 36.6° C , F. C.=90 x', FR.=16 x', T. A.=170/110 mm Hg.

Tos productiva / seca: Productiva Estado de conciencia: Estuporoso

Coloración de la piel / lechos ungueales / peribucal: Ligera palidez de tegumentos

Circulación del entorno venoso: Llenado capilar de tres segundos.

Otros: _____

b) Nutrición e hidratación.

Subjetivo

Dieta habitual (tipo) Dieta polimérica de 1500 Kcal., dividida en tres tomas.

Trastornos digestivos: Negados

Intolerancia alimentaria / alergias: Negadas

Problemas de la masticación y deglución: Sufre hemiparesia, que le impide masticar

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo

Turgencia de la piel: No hay.

Membranas mucosas hidratadas / secas: Secas.

Características de uñas y de cabello: Cabello resistente, bien implantado al igual que las uñas.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Hemiparesia.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

c) Eliminación.

Subjetivo

Hábitos intestinales: Por las mañanas Características de las heces, orina y menstruación: Heces líquidas color café, orina concentrada color amarillo Historia de hemorragias / enfermedades renales Negados.

Uso de laxantes: Negados Hemorroides: No hay en la actualidad.

Dolor al defecar/ menstruar / orinar: Negado.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No influyen en la eliminación.

Objetivo

Abdomen / características: Blando plano y depresible, y sin dolor a la palpación.

Ruidos intestinales: Peristaltismo adecuado en intensidad y frecuencia.

Palpación de la vejiga urinaria: Sin dolor a la palpación.

Otros: _____

d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre Ninguna.

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? NO.

¿Existen recursos en su comunidad para su recreación? _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo

Integridad del sistema neuromuscular: Hemiparesia fascicorporal derecho.

¿ Rechaza las actividades recreativas? SI

¿ Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo? Apático.

e) Necesidades de aprendizaje

Subjetivo

Nivel de educación: Secundaria terminada.

Problemas de aprendizaje: No tiene.

Preferencias: leer/ escribir: Escribir.

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? SI.

Otros: _____

Objetivo

Estado del sistema nervioso: Afectado por la hemorragia en región occipital izquierdo

Órganos de los sentidos: Desviación de la mirada del ojo derecho a la línea media

Estado emocional/ ansiedad/ dolor: Ansiedad.

Memoria reciente: SI.

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

f) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo

Creencia religiosa: Católico.

¿Su creencia religiosa le genera conflictos?: No.

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo

Hábitos específicos de vivir(grupo social religioso) _____

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Tiene un crucifijo en la cabecera de su cama.

Otros: _____

f) Necesidad de trabajar o realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente? No Tipo de trabajo _____

Riesgos _____ ¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo? _____

¿Esta satisfecho con su trabajo? _____ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y las de su familia? _____

¿Esta satisfecho con el rol familiar que juega? _____

Objetivo

Estado emocional/ calmado / ansioso/ enfadado / retraído / temeroso / irritable/ inquieto / eufórico: Inquieto y retraído.

Otros: _____

e) Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Si

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: Templado.

Objetivo

Características de la piel: Tez morena clara.

Transpiración: Poca transpiración

Condiciones del entorno: Clima templado.

2.-Necesidades básicas de : moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: Incapacidad para moverse por si solo.

Actividades en el tiempo libre: Ninguna.

Hábitos de descanso: Por la dificultad para moverse se recomienda descanso absoluto.

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: Hemiparesia fasciocorporal derecho.

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: Buen tono, se encuentra con poca fuerza en miembros torácico y pélvico derecho, con buena flexibilidad.

Posturas: Posición fowler _____ Ayuda para la deambulación: No se puede.

Dolor con el movimiento: No.

Presencia de temblores: No.

Estado emocional: Inquieto y retraído.

Estado de conciencia: Estuporoso.

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: de 8p.m a 8 a.m

Horas de descanso: 12 horas Horas de sueño: 12 horas

Siesta: _____ No _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio? Si.

A que considera que se deba: Ruido

¿Se siente descansado al levantarse? _____

Objetivo

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: Estrés

Ojeras: _____ No _____ Atención: Muy poca

Bostezos: _____ Si _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Si _____ Cefaleas: _____

Respuestas a estímulos: Si.

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? _____

¿ Su autoestima es determinada en su modo de vestir? Si

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestido? _____

Objetivo

¿Viste de acuerdo a su edad? _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:

Vestida incompleto: _____ Sucio: _____

Inadecuado: _____ Otros: Incapacidad para vestirse.

e) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia de aseo: Cada tercer día.

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: Una vez al día

Aseo de manos antes y después de eliminar: _____ Antes de comer: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? _____

Objetivo

Aspecto general: Piel reseca, barba descuidada.

Olor corporal: Mal olor

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: Grasoso.

Lesiones dérmicas, que tipo: No hay.

Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: Comunicación y evitar peligros.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo

Estado civil: Casado Años de relación: 20 años.

Vive con: Esposa y un hijo

Preocupaciones /estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que puedan ayudar: Cuatro hermanos.

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debido a la enfermedad / estado: No puede hablar por la hemiparesia fasciocrorporal derecha.

Cuanto tiempo pasa solo: Permanece acompañado.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo

Hablo claro: _____ Confuso: _____

Dificultad en la visión: Desviación de la mirada de ojo derecho a la línea media.

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: No hay comunicación verbal.

Otros: _____

b) Necesidades de evitar peligros

Subjetivo

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? Esposa y un hijo.

¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia? _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? No.

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendadas? No.

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida? _____

Objetivo

Deformaciones congénitas: No.

Condiciones del ambiente en su hogar _____

En el trabajo: _____

Otros: _____

Descanso y sueño	Se nota un poco estresado por padecer insomnio ocasionado por el ruido, además de permanecer en reposo todo el día
Usar prendas de vestir adecuadas	Dependencia para vestirse y desvestirse
Higiene y protección de la piel	Dependencia para el aseo corporal como consecuencia de la hemiparesia. Piel reseca
Comunicarse	No puede hablar como consecuencia de la hemiparesia fascicorporal derecha
Evitar peligros	No realiza controles periódicos de salud recomendadas. No conoce las medidas de prevención de accidentes. Tabaquismo y alcoholismo en exceso. Dieta mal balanceada. Es hipertenso

EVALUACIÓN.

Habiendo realizado el Proceso de Atención de Enfermería con base en los elementos teórico prácticos para la valoración, en la detección de las necesidades y problemas del adulto maduro con EVC e hipertensión, se integraron los diagnósticos de enfermería correspondientes para conformar el diagnóstico general, y se llevaron a cabo los cuidados específicos de enfermería que se consideraron fundamentales para lograr una optima calidad de atención, que redundara en la mejor satisfacción de las necesidades de la persona a nuestro cuidado, y que se contribuyera a la independencia de sus funciones, en lo posible de las limitaciones de la enfermedad. Los siguientes resultados de la base de cuidados que se planearon y ejecutaron dan cuenta de la eficacia de nuestra labor profesional:

-Se normalizo la frecuencia respiratoria a 22 respiraciones x' con saturación de oxígeno del 97% , se disminuyó la presencia de estertores y se mantienen vías aéreas permeables.

- El paciente no presenta desequilibrio de electrolitos y se conserva su nivel nutricional.

- Se mantiene al paciente libre de heces fecales, se controla la actividad urinaria y se evita el desequilibrio hidroelectrolítico, la hidrocefalia esta disminuyendo.

- Se esta logrando que el paciente intervenga en los juegos con sus familiares y colabora mejor en su recuperación.

- El paciente y sus familiares realizan correctamente los ejercicios de rehabilitación, en un ambiente agradable.

- Se mantiene la temperatura en 36.5 ° C

- No se han deformado las articulaciones y no hay úlceras por decúbito, el paciente se ha notado más tranquilo.

- Se nota más tranquilo y cooperador

- El paciente da una apariencia de estar cómodo con ropa limpia y holgada

- No hay alteraciones en la piel y el paciente se mantiene limpio

- La comunicación entre paciente y familiares esta favoreciendo el proceso de recuperación y se preparan las condiciones para el autocuidado al egreso de la asistencia hospitalaria.

- Se controla la hipertensión, pero como resultado de la acción educativa diseñada y aplicada en este caso, la familia comprendió la importancia que tiene en la salud el abuso del tabaco y del alcohol, así como de una dieta mal

- balanceada, también se interactúa con el paciente y sus familiares sobre como prevenir accidentes en el hogar y sobre el manejo del enfermo en su casa.

Al momento de cierre del Proceso de Enfermería el paciente sigue en el hospital hasta lograr mejores condiciones clínicas para el egreso y continuar la convalecencia y recuperación en su domicilio.

EL PRECIOUS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

capitulo 4

CONCLUSIONES.

Al utilizar el Proceso de Enfermería, se constituye un método sistemático y organizado para administrar y ejecutar cuidados que satisfagan las principales necesidades del individuo, es por eso que considero que todas las enfermeras (os) deben emplear de forma regular este método y así aumentar la calidad de los cuidados, ya que es menos probable que se produzcan omisiones o duplicaciones en la atención al paciente.

El uso del proceso de enfermería, permite crear un plan de cuidados, centrado en respuestas humanas y de esta manera conjugarlo con el plan de tratamiento médico el cual se aboca a tratar la enfermedad.

El proceso de enfermería representa un plan terapéutico, que la enfermera (o) emplea para tratar a la persona holísticamente.

El proceso de enfermería proporciona la base para una valoración y evaluación continuas, por lo tanto es un proceso dinámico y cambiante con base en el grado de recuperación del paciente a la solución de sus problemas y la satisfacción de sus necesidades básicas.

Es evidente que la utilización de este proceso ubica a la enfermería como una profesión que aplica la ciencia humanística en la solución de problemas que aquejan a las personas y su familia, y destaca la función que puede desempeñar un egresado de nivel superior si asume plenamente la responsabilidad de la valoración, planeación, ejecución y evaluación de los cuidados que requieren los pacientes.

El proceso de enfermería permite distinguir la función interdependiente de la enfermera, y las funciones y tareas que debe asumir de manera independiente.

Considero que en la aplicación del proceso, en éste caso de mi responsabilidad, se cumplieron los objetivos trazados, aunque reconozco que aún el paciente y su familia deberán enfrentar el proceso crónico.

SUGERENCIAS.

Es importante fomentar en los estudiantes, pasantes y egresados de la carrera de Lic. Enfermería y Obstetricia la aplicación del proceso de enfermería como una forma sistemática de diseñar y aplicar la base de cuidados que requieren los pacientes, y promover la utilización del mismo en el campo laboral, a pesar de la carga de trabajo que caracteriza la práctica de la enfermería en las Instituciones de salud.

Promover un espíritu de solidaridad y conciencia humanística para el ejercicio de la enfermería profesional, a través de un mejor conocimiento y entendimiento de la importancia del PAE durante la formación de los futuros Licenciados en Enfermería y Obstetricia de la ENEO. Sería importante que se buscara mayor dominio de la valoración clínica de enfermería y sobre los diagnósticos de enfermería a fin de asegurar mayor calidad en los procesos que realizamos durante la carrera

BIBLIOGRAFÍA.

IDENTIDAD PROFESIONAL, HUMANISMO Y DESARROLLO TECNOLÓGICO.

GRINSPUL, DORIS

p. p. 180,181

DOCENCIA EN ENFERMERIA (ANTOLOGÍA).

ESPINOSA, ARTEMISA Y RODRÍGUEZ, SOFIA, 1998.

p. p. 97, 103, 108

L. NURSING DIAGNOSIS APPLICATION TO CLINICAL PRACTISE.
CARPENITO.

EL MODELO DE HENDERSONY EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

FERNÁNDEZ C.

p. p. 186-193

APLICACIÓN DEL MODELO DE ENFERMERÍA.

ALFARO R.

p. p. 122-125

ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA

BEARE / MYERS

p. p. 76-79

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA CONCEPTOS, PROCESO Y PRÁCTICAS.

B. KOZIER

5ta EDICIÓN 1999

p. p. 481-487

ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA

BRUNNER Y SUDDARTH

SÉPTIMA EDICIÓN 1994, VOL. 2

p. p. 1759-1762

NEUROANATOMÍA CORRELATIVA Y NEUROLOGÍA FUNCIONAL.
DR. JESPH G. CHUSID.

TRATADO DE NEUROLOGÍA
H. HOUSTON MERRIT
EDITORIAL SALVAT EDITORES
SEGUNDA EDICIÓN 1984

DIAGNOSTICO CLÍNICO Y TRATAMIENTO
LAWRENCE M. TIRNEY JR.
33 EDICIÓN 1998
EDITORIAL MANUAL MODERNO