



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Proceso Atención de Enfermería Aplicado en Adulto Mayor con Alteración Significativa en la Necesidad de Oxigenación Por Perfusión Tisular Cerebral Infecciosa Mediante el Modelo de Virginia Henderson.

Que para Obtener el Título de:

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

PRESENTA:

Luna Garay Ana Laura

Nº Cta. 403074062

Director del Trabajo:

Lic. Querubín Enríquez González

México D.F.

Octubre 2007



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.

Agradecimientos

**Agradezco a Dios nuestro señor por la oportunidad que he tenido de aprender, mejorar y de crecer junto a personas tan especiales para mí.*

**Quiero agradecer a toda mi familia, especialmente a mi madre por el apoyo incondicional que siempre me ha brindado en todos los proyectos y demás metas que me he trazado en la vida, siempre sentí su mano protectora y su voz de aliento y respaldo, siempre los he sentido aquí a mi lado. Ella me han brindado las fuerzas y los medios suficientes para poder desarrollarme intelectual y moralmente, sus consejos siempre oportunos y en el momento indicado.*

**Mis hermanos “Carlos y Vanya” han sido esenciales a lo largo de este tiempo, he contado con ellos toda mi vida, su calor humano y sus deseos de que todo me salga bien. A ellos, mi familia, gracias por su condescendencia y por saber sobrellevar aquellas cosas que sólo una familia unida es capaz de superar. Los quiero muchísimo.*

**Quiero agradecer a mi profesor de forma muy especial todo el tiempo dedicado, los importantes aportes y sugerencias que contribuyeron al desarrollo de este trabajo y durante la carrera. Su apoyo, no solo intelectual, hizo que mi paso por la universidad haya sido mucho más grato y amable, no solo me ayudó a enriquecerme intelectualmente si no que además me llevo sus grandes cualidades como ser humano y profesor.*

**Finalmente a una persona que admiro y estimo por, su capacidad y fuerza de seguir adelante, el ha sido mi ejemplo a seguir adelante, con el sueño que siempre he anhelado toda mi vida .*

EMM.

ÍNDICE

1.- Introducción-----	1
2.-Justificación-----	2
3.-Objetivo-----	3
4.-Metodología-----	4
5.-Marco Teórico-----	6
5.1 Antecedentes Históricos de Enfermería-----	6
5.2 Metaparadigma de Enfermería-----	14
5.3 Teorías y Modelos de Enfermería-----	16
5.4 Teoría de Virginia Henderson-----	21
5.5 Proceso de Atención de Enfermería-----	26
6.-Necesidad de Oxigenación-----	35
7.-Caso Clínico-----	38
8.- Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson-----	39
9.- Diagnóstico de Enfermería-----	44
10.-Planeación, Ejecución y Evaluación-----	47
11.-Plan de Alta-----	98
12.-Conclusión-----	106
13.- Glosario de Términos-----	107
14.-Anexos-----	111
15.-Referencias Bibliograficas-----	131

1.-INTRODUCCIÓN

Para el profesional de Enfermería se hace sumamente importante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual es una metodología de trabajo consistente en un sistema con pasos relacionados que permite identificar y satisfacer necesidades interferidas y resolver problemas de salud que afecten al ser humano en su contexto, familia y comunidad.

En el presente Proceso de Atención de Enfermería se aplica el Modelo Virginia Henderson el cual considera a la persona como un ser unificado que encierra un conocimiento de sí mismo, con habilidades, capacidades y necesidades humana, se presenta el caso de un paciente hospitalizado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “ Dr. Manuel Velasco Suárez” (INNN), con Alteración Significativa en la Necesidad de Oxigenación por la Perfusión Tisular Cerebral Inefectiva.

La enfermera requiere capacidades, técnicas, intelectuales y de relación, para utilizar el PAE abordando así las cinco etapas que conforman el Proceso de Atención de Enfermería, iniciando con la primera etapa del proceso, Valoración, la Identificación de Diagnósticos, Planeación, Ejecución y Evaluación, englobando los 5 componentes que integran el PAE. Así mismo debe obtener información de forma completa y precisa identificando las necesidades mas afectadas que en gran medida afectan al ser humano en su estado de salud, social, y mental así mismo con ayuda del PAE, será de utilidad para establecer los cuidados necesarios para favorecer la recuperación absoluta y total, para el reestablecimiento en su ámbito, social y laboral.

En el trabajo se concluye con el plan de alta que tiene como finalidad proporcionar información al paciente sobre las indicaciones las cuales debe realizar durante su estancia en su hogar, temas referentes a su dieta, medicamentos y signos y síntomas de alarma, ect.

2.-JUSTIFICACIÓN

No todas las personas tienen el mismo riesgo de sufrir un trastorno Neurológico, lamentablemente algunos de los denominados factores de riesgo, es decir situaciones que aumentan la posibilidad que una persona sufra un derrame o un infarto cerebral, no pueden modificarse. A la rehabilitación, hay que recordar que si bien es importante fijarse objetivos a corto, mediano y a largo plazo, es fundamental disfrutar y valorar los avances logrados día a día. Los pacientes deben adaptarse a esta nueva vida y nunca rendirse ya que uno de los aspectos principales de la rehabilitación es el interés que pongan los enfermos en su terapia. La depresión que sufren los pacientes luego de un evento cerebrovascular es el factor que con mayor frecuencia conspira contra su propia recuperación. La terapia ocupacional, asociada con medicación antidepresiva, es la forma más efectiva de superar dichos estados de ánimo perjudiciales. El rol de Enfermería es brindar una atención de calidad y satisfactoria, orientando al paciente y a los familiares los riesgos que se pueden presentar, debe enfrentarse y aceptar quizá para toda la vida su enfermedad. También para poder ayudar a las personas que presentan este trastorno, a adaptarse en esta situación, que lleva a la alteración de su capacidad para satisfacer sus necesidades fisiológicas.

3.-OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Realizar el Proceso de Atención de Enfermería con base en el Modelo de Virginia Henderson para identificar las necesidades afectadas y brindar una atención integral y de calidad a un paciente con trastorno Neurológico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conocer la importancia que tiene al realizar el Proceso Atención de Enfermería en el entorno Hospitalario a paciente con trastorno Neurológico.
- Aplicar un Instrumento de Valoración al adulto mayor para desarrollar un Plan de Cuidados dirigido a cubrir las necesidades mas afectadas de manera eficaz y oportuna, desarrollando habilidades en la evolución de su salud.
- Evaluar los resultados obtenidos con respecto a las intervenciones realizadas y los objetivos planteados.

4.-METODOLOGÍA

El Proceso de Atención de Enfermería esta realizado con el fin de seguir los pasos de una forma ordenada. La metodología contemplada fue la siguiente:

LÍMITES:

-Tiempo: Fue realizado del 31 de Marzo al 30 de Junio del 2007. De lunes a viernes con un horario de 7:30am a 2:30 p.m.

-Lugar: Se realizó en el Instituto Nacional de Neurocirugía y Neurología “Dr. Manuel Velasco Suárez” en el Servicio de Terapia Intensiva.

-Universo: Se eligió un paciente de 50 años de edad, con Alteración Significativa en la Necesidad de Oxigenación por Perfusión Tisular Cerebral Inefectiva.

VALORACIÓN:

- Se aplicó el instrumento de valoración de las 14 necesidades básicas según Virginia Henderson por medio de preguntas cerradas y abiertas.
- Se realizó la exploración Física abordando la (Inspección, Palpación Percusión, Auscultación), incluyendo la Exploración de Pares Craneales.
- Descripción breve del caso Clínico.
- Se hizo las síntesis de la valorativa de cada necesidad identificando datos de Dependencia y datos de Independencia.

DIAGNÓSTICO:

- Se estructuraron los diagnósticos mediante la Taxonomía de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnóstico Enfermero).
- Etiqueta
- Factores Relacionados.
- Características Definitorias.

PLANEACIÓN:

Se plantearon las intervenciones de acuerdo a los diagnósticos identificados considerando los siguientes elementos:

- Priorización de los diagnósticos.
- Objetivos dirigidos al paciente.
- Fundamentación de los Diagnósticos.
- Estrategias de las Intervenciones de Enfermería.
- Fundamentación de las Intervenciones de Enfermería

EJECUCIÓN:

Se pusieron en marcha las intervenciones establecidas durante la planeación, integrando los conocimientos teórico-práctico, habilidades y destrezas al realizar dicho procedimiento.

- Se registraron las Intervenciones.

EVALUACIÓN:

Se comprobó si los objetivos establecidos durante la planeación fueron alcanzados satisfactoriamente y de manera exitosa. En caso de no haberse cumplido cualquiera de las etapas se volvieron a replantear las intervenciones.

5.-MARCO TEÓRICO

5.-1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA.

La Historia de Enfermería en épocas muy antiguas, el objetivo principal de la enfermería es el cuidado y la persona, el ser humano en su relación con el entorno ha sobrevivido y evolucionado como especie. El surgimiento de la humanidad y su desarrollo llevó a la acumulación de conocimientos, habilidades y prácticas que fueron transmitidos de generación en generación, y que con el devenir del tiempo hicieron surgir las ciencias que se han ocupado de mantener la salud del hombre, entre ellas la Medicina y la Enfermería.

Cada etapa del desarrollo de la sociedad se han ido produciendo cambios en las condiciones de vida y trabajo de los pueblos, derivadas de las diferentes relaciones sociales y de producción, las que ejercen una influencia directa sobre la asistencia médica y el estado de salud de la sociedad. Al abordar una de las facetas de la salud como es la de las acciones curativas y de las personas asociadas a ellas, se observa que la enfermería ha ocupado un lugar importante en el desarrollo de las ciencias de la salud.¹

Para dar un panorama sobre la historia de Enfermería hay que hacer hincapié en la medicina ya que estas dos tienen una semejanza, la Enfermería que no se consideraba una profesión debido a que carecía de técnicas y fundamentos en un momento también se le consideró a la medicina.

En el cristianismo, la iglesia era la que se encargaba de brindar los cuidados pertinentes a los enfermos se formaron grupos conocidos como Diaconizas, cuyo significado era servir o suministrar en el sentido moral y material, eran mujeres viudas que se dedicaban su tiempo y dinero al servicio de la iglesia pero más que nada los cuidados eran realizados por caridad por parte de éstas dentro de esta época los cuidados eran considerados como un instrumento de salvación o como garantía para la vida eterna.²

El reinicio de la Enfermería de calidad se inicia en este Instituto de Diaconizas de Kaisenwert formada por Theodor Fliednerse brinda formación y preparación de enfermeras, ésta residía en la realización de un programa teórico- práctico que les preparaba para el cuidado de los enfermos en los hospitales y en los domicilios.

Pero no fue hasta la guerra de Crimea en donde rusos y turcos durante esta época los cuidados a los heridos eran brindados por las hermanas de la Merced, mientras que en el ejército francés lo hacían las hermanas de la Caridad en el ejército inglés aun no existía un organismo de enfermeras, los cuidados eran proporcionados por los cirujanos de guerra, la mortalidad era muy alta, fue entonces que el ministro de Guerra inglés solicitó la colaboración de Florence

¹ FERNANDEZ Ferrin Carmen. *El Proceso de Atención de Enfermería Estudio de Casos*. Pp 6.

² CAO Martín Catalina. *Historia de Enfermería Histórica del Cuidado Enfermero*. Pp70.

Nightingale para la asistencia de los soldados heridos, misión que aceptó con gran entusiasmo.

Nightingale funda su escuela de enfermería el 24 de junio de 1840 ya que en donde realizó sus estudios la formación era insuficiente para ella, ya que creía que enfermería tenía que ser independiente de la religión y ser considerada una profesión, su escuela de enfermería la pone bajo dirección de una patrona que trabaja en ese hospital consideraba que el mando debía estar regido por alguien que supiera sobre su trabajo que estuviera en contacto con el enfermo y supiera el manejo correcto.

Florence Nightingale creía como resultado de su educación inglesa, victoriana de clase alta, que la enfermería guardaba una estrecha relación con la maternidad, ya que en ambas se empleaban las características naturales femeninas de cuidado, compasión y sumisión.¹ Aunque creó un modelo teórico de enfermería en el cual el medio ambiente afectaba el estado de la salud, consideraba que la función de las enfermeras debía consistir en seguir las órdenes e instrucciones de los médicos y no tomar decisiones independientes.

En la educación de las enfermeras por tanto, debía hacerse énfasis en el cumplimiento de órdenes. Esta creencia constituyó un antecedente de vital importancia en la definición de las enfermeras como subordinadas de los médicos, incluso en el caso de los cuidados básicos de enfermería, áreas en los que éstos carecían por completo de experiencia.

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX y parte del XX. No obstante, en las primeras décadas del siglo XIX se mezclaron diferentes tipos de cuidadores. De una parte, continuaron ejerciendo como enfermeras mujeres que hicieron que la enfermería se situara en el nivel más bajo que se conoce en la historia. Por otro, se mantenían las órdenes religiosas que atendían a los enfermos.³

La Cruz Roja Internacional

La fundación de la Cruz Roja marca un hito en la organización internacional de la ayuda humanitaria, tanto en tiempos de guerra como de paz. Particularmente para la enfermería, supuso la creación de numerosas escuelas que seguían el modelo de formación de los reformadores de este siglo.

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). El CIE es la primera asociación internacional de enfermeras y en la actualidad sigue marcando las pautas para la actuación de la profesión.

A últimos del siglo XIX el movimiento reivindicativo de la mujer tuvo un gran auge. La mujer comenzó a organizarse y surgió en el seno del movimiento femenino el

³ COLLIERE, M. *Promover la Vida: de la Practicas de las Mujeres Cuidadoras a los cuidados de Enfermería*. Ed: Interamericana- Mc Graw- Hill. Madrid 2003.Pp.50-55

concepto de asociación, naciendo de esta forma en varios países los Consejos Nacionales de Mujeres.

Todas estas asociaciones constituyeron en 1899 el Consejo Internacional de la Mujer, celebrando su primera reunión en Londres, a la que asistieron enfermeras de varios países.

La Etapa Técnica engloba el Mundo Contemporáneo (siglos XIX y XX), haciendo especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicia la aparición de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces realizaban los médicos. Por otro lado, la separación de los poderes religioso y político, permite el inicio de la profesionalización.

Inicio de la Profesionalización del Cuidado.

En el siglo XX se inicia el proceso de profesionalización de las enfermeras, basado en el espectacular desarrollo tecnológico de la atención sanitaria.

La enfermería, como ocupación técnica que se inició a mediados del siglo XIX, continuará como tal hasta la segunda mitad del siglo XX. La enfermera como auxiliar del médico mantiene los valores vocacionales heredados de sus predecesoras, caracterizándose esta etapa por la conjunción de los aspectos técnicos y los de tipo moral.

La consideración de la enfermería como trabajo técnico tiene el máximo exponente en las décadas 50, 60 y 70 del siglo XX, cuando la medicina adquiere un espectacular desarrollo tecnológico y comienza la proliferación de los hospitales con una función diferente a la que venían desempeñando, al tener que cubrir las demandas de la población enferma. Es así como el cuidado enfermero se orienta hacia la enfermedad.

En esta corriente de actuación enfermera interviene una serie de factores de índole socio-sanitaria. Los más destacables son:

- La mejora del control de las infecciones por la utilización de métodos de asepsia y antisepsia.
- La prioridad, en los primeros 50 años del siglo XX, de erradicar las enfermedades transmisibles.
- La formulación de diagnósticos médicos basados en la observación de síntomas a partir de fallos fisiológicos.
- La idea de enfermedad física como algo separado de la realidad socio-cultural e independiente del entorno.
- La concepción de la salud como ausencia de enfermedad.
- Los factores mencionados tuvieron como consecuencia los siguientes cambios para la enfermería.

La integración de las mujeres seculares en los estudios de enfermería comienza con lo que se ha denominado el proceso de profesionalización, consecuencia de las medidas exigidas para la prestación de cuidados: preparación y titulación.

Esto hizo que las órdenes religiosas vieran mermada su influencia, al ser el poder político el regulador y controlador de la preparación y titulación de las enfermeras. Hasta iniciado el siglo XX, la preparación de las enfermeras fue escasa o nula. A partir de este momento, por las actividades que se ven obligadas a cumplir, comienza la instrucción pública para ellas.

La Etapa Profesional, por último, aborda cómo se ha desarrollado y consolidado la profesionalización de los cuidados, centrándose posteriormente en el campo de actuación y en la disciplina enfermera en el momento actual. En esta cuarta etapa de la historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.

Tanto desde el punto de vista formal como sociológico, la enfermería es hoy muy distinta a como se practicaba hace cincuenta años. Distintos factores son los que han intervenido en esta profesionalización del cuidado. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. Así mismo, en el campo asistencial los cambios acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros.

Es necesario destacar también el impulso de las asociaciones profesionales por su contribución al cambio. En este sentido, posiblemente el trabajo más significativo por su influencia en otros grupos ha sido el de la Asociación Americana de Enfermería (ANA), que ya en 1965 definía la profesión en un informe sobre formación que textualmente dice:

“Una escuela de enfermería independiente de los organismos de servicio, pero que proporcione formación para el servicio, con enfermeras educadoras competentes, y oportunidades de aprendizaje bien seleccionadas. El desarrollo de la estudiante como persona. La dignidad del paciente como ser humano. La provisión de la enfermería como servicio comunitario, al mismo tiempo que como cuidado institucional. La identificación de la base sobre la cual se funda la enfermería; por ejemplo, la higiene ambiental y el cuidado personal. La dirección de la enfermería a cargo de las enfermeras. El modelo de la enfermera como persona de cultura, y como profesional competente.”

Campo de Actuación de la Enfermera Profesional.

La concepción tradicional que ha considerado a la enfermera como profesión auxiliar de la Medicina ha ido cambiando, sobre todo a partir de los años setenta del siglo XX, imponiéndose una redefinición de las actividades.

De una asistencia centrada en la enfermedad con contenido básicamente práctico se ha pasado a ejercer la profesión abarcando diferentes aspectos. Desde la perspectiva asistencial, actualmente la enfermería se orienta hacia la salud, entendida desde una concepción más amplia.

En definitiva, se ha pasado de una actividad al servicio del médico a un servicio centrado en las personas (sanas o enfermas). Otros campos como la docencia, la gestión y la investigación son también aspectos que han ampliado la responsabilidad profesional.

La actividad profesional de las enfermeras está relacionada con el contexto donde se desarrolla el trabajo profesional. En este sentido, las actividades que las enfermeras pueden llevar a cabo pueden ser de tipo asistencial, docente, de administración y de investigación.

Asistencial.

Es la más conocida y con la que más se identifica a las enfermeras. Tiene como objetivos en las personas sanas:

- Conservar la vida, la salud y el bienestar.
- Fomentar la salud y prevenir la enfermedad.
- Atender las necesidades básicas en el proceso patológico.
- Proporcionar medidas destinadas a reducir las molestias y alcanzar el mayor grado de bienestar.
- Apoyar el proceso de adaptación mientras dura la enfermedad.
- Ayudar a mantener la motivación mientras se llevan a cabo los procedimientos necesarios para la recuperación de la salud.
- Ayudar a una muerte digna.
- La función asistencial la desarrollan las enfermeras a través del proceso de cuidar, que comprende:
 - Recogida de datos sobre las personas y su entorno.
 - Valoración de situaciones que están dentro del campo de la Enfermería.
 - Formulación de objetivos para el cuidado.
 - Toma de decisiones sobre las acciones a realizar.
 - Organización de los recursos disponibles.
 - Evaluación de los resultados.

Docente.

En las últimas décadas, la complejidad de la atención sanitaria ha hecho que los profesionales de la salud se vean obligados a desarrollar constantemente sus conocimientos para una mejor calidad de la atención. La enfermería, en particular, está desarrollando sus contenidos teóricos, con el compromiso de ocuparse de un aspecto concreto de las necesidades sociales.

La necesidad de cuidados de enfermería que actualmente tiene la sociedad hace que la enfermera sea la experta en esta materia. Sus conocimientos sobre las bases conceptuales y metodológicas de enfermería, y de otros aspectos de los cuidados, la autorizan para que sea ella la única capacitada para determinar la

formación de los distintos grupos que van a dedicarse, de una manera u otra, a prestar cuidados de enfermería.

La actividad docente de la enfermera comprende una serie de acciones encaminadas a formar a todo el personal de enfermería en los aspectos de cuidados. Por tanto, la formación incluye:

- Formación de profesionales de enfermería en todos los niveles (básico, superior y especializado).
- Formación continuada para favorecer el aumento de conocimientos, a través de cursos, conferencias, congresos, etc., que promuevan la permanente puesta al día y reciclaje del personal de enfermería.
- Formación de otros miembros del equipo para favorecer la calidad de sus prestaciones, en lo referente a los cuidados enfermeros y para el desarrollo de sus componentes.

Administración.

La enfermera en todos los niveles de actuación, tiene responsabilidades de planificación, organización y control de los servicios de enfermería. La administración de los servicios de enfermería, comprende un conjunto de actividades que tratan de garantizar la coordinación de los esfuerzos de las personas que prestan cuidados de enfermería, con el fin de que se consigan los objetivos.

En el trabajo de enfermería siempre existirá un grupo de personas (equipo) que desarrolla una serie de actividades, empleando una serie de recursos materiales, con unos objetivos comunes y específicos.

Las actividades que conforman el proceso de administración son:

- Planificación: prever por adelantado lo que se va a hacer.
- Organización: establecer las relaciones del grupo humano en su trabajo para alcanzar los objetivos.
- Dirección: guiar a los miembros del equipo para llegar al logro de los objetivos.
- Control: observar y registrar el desarrollo del trabajo para poder establecer una comparación entre lo planificado y lo conseguido..

Investigación

Actualmente esta profesión se encuentra inmersa en un cambio muy importante, lo cual supone un cambio, que cada profesional deberá escoger en la medida de la mayor o menor libertad que cada Estado o País le permita. Por un lado, las oligarquías en el poder tratarán de imponer los roles que desde un punto de vista económico más satisfagan sus expectativas; por otro lado, a medida que aumenta el nivel social, los enfermeros disponen de más medios para su propia formación y ellos mismos decidirán hacia dónde se dirigen sus inquietudes, independientemente a lo que la clase política, sindicato o cualquier otra tipo de formación política en el poder le imponga hacer.

El desarrollo de los nuevos sistemas de información, en un mundo más libre, harán más libre a los ciudadanos y, sobre todo, más preparados para elegir el profesional que les atienda, independientemente de que se les permita hacerlo, Enfermería brinda a la persona un cuidado holístico (completo, total, cuerpo, mente y espíritu), siempre que se le permita y legalmente se la proteja con los mecanismos del Derecho. En la medida que es una profesión social, su papel se verá incrementado en países más democráticos.⁴

Enfermería como Profesión:

Una profesión es una vocación que requiere conocimientos, habilidad y preparación especiales, Una profesión se suele distinguir de otros tipos de ocupación, existe un aprendizaje especializado y prolongado para con el cuerpo de conocimientos adecuado al papel a desempeñar, otra orientar la individuo hacia un servicio, ya sea para una comunidad o una organización.

Los niveles de la enseñanza y las prácticas de la profesión establecen sus propios miembros y no las personas ajenas a la profesión, la formación de un profesional implica un proceso completo, de socialización, con mayor trascendencia de las actitudes y aspectos sociales y de las características técnicas que las requieren normalmente otras clases de tareas.⁵

Década tras década, la Enfermería se ha hecho más sensible a la aplicación de las necesidades humanas en el campo de los cuidados de salud y ha logrado de esta manera más creatividad en la satisfacción de estas necesidades, así como más objetividad en el análisis de sus esfuerzos y metas profesionales. La Enfermería es una profesión dinámica y la práctica de esta ocupación se encuentra en constante cambio.

La Enfermería es una profesión que tiene como base la atención al hombre sano o enfermo, la familia y la comunidad como unidad biopsicosocial; lo que conlleva la relación del saber científico y la práctica, dirigidos a estos aspectos. Como parte de las ciencias médicas se apoya en diferentes leyes de la naturaleza y la sociedad, para satisfacer las necesidades básicas de salud del ser humano; lo que se considera su objeto de estudio. Después de esta conceptualización se reafirma el carácter científico de la Enfermería, su basamento en la Lógica y su método científico de trabajo, el proceso de atención de enfermería.

⁴ KOZIER Bárbara, Carlos J. Bermejo. *Enfermería Fundamental: Introducción a la Enfermería 2003 Pp2-22*

⁵ [http:// www. Ciente.or.cr/equidad/Nightingale.html](http://www.Ciente.or.cr/equidad/Nightingale.html)

La Educación Especializada.

Es un aspecto importante del prestigio profesional los programas de educación de universidades y escuela universitarias la mayoría de los profesores de Enfermería cree que el currículo de los estudiantes de Enfermería debe incluir sobre artes liberales además de conocimientos de ciencias biológicas y sociales.

La maduración de la Licenciatura seda en el periodo de 1964 a 1975 convirtiéndose en una acreditación importante, para las enfermeras que se hallaban en puestos directivos en ese entonces, así fue como se incrementó el interés por la investigación y los programas de diplomado brindando oportunidades para el profesorado, instituyéndose becas y préstamos para estudiantes y entonces el congreso hace una derrama de 334 millones de dólares para impulsar la formación de enfermería. La evolución de la enfermera ha sido determinada dentro de un contexto político que ha generado obstáculos donde la lucha de la independencia y reconocimiento esté presente, suponiendo un paso mas con la formación del doctorado para Enfermeras. En 1970 se crea la Comisión de Investigación en Enfermería y en 1972 el Consejo de Enfermeras Investigadoras de la ANA (Asociación Americana de Enfermería) y entonces los Programas colegiados de Formación.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia se gesta en 1905 con la inauguración del Hospital General, iniciando la formación de enfermería en el país para trabajar en la atención a enfermos. En 1911 la Escuela se incorpora a la Escuela de Medicina de la entonces Universidad Nacional en 1948 gracias a la iniciativa del Dr. Everardo Landa y Cayetano Quintanilla se separo la Escuela de Enfermería de la de Medicina.

Así se logra en ese mismo año con las instalaciones administrativas para la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia con el pasaje catedral de la ciudad siguiendo clases de práctica y teoría en los Hospitales Juárez y General preparar enfermeras con 3 años de estudios. En 1968 se amplió la parte alta del edificio que ocupó la antigua Escuela de Medicina y se acondicionó en 1976 la planta baja para los servicios de la escuela de Enfermería.

En la Actualidad en México, existen una gran diversidad de Facultades y Escuelas de Enfermería a nivel Licenciatura que busca día a día fortalecer esta carrera como profesión, ya que aún no es reconocida socialmente la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) desde su fundación en 1907 esta Institución Superior y de gran Importancia para el desarrollo de la Enfermería Profesional en México.

A partir de 1979 la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ocupa las instalaciones propias de Xochimilco y Viaducto Tlalpan concentrándose en nuevas instalaciones que ofrece actualmente.

5.2 METAPARADIGMA DE ENFERMERIA

El metaparadigma es la unión de los aspectos mas relevantes en la práctica de enfermería, precisan la labor practica que además precisan el pensamiento teórico de la investigación humanística, llevado por una necesidad de comprender y llevar a cabo una diferenciación de disciplinas encontrando estos conceptos las mismas palabras de la persona que se que se encargan del cuidado enfermero.” El metaparadigma es la unión de otras disciplinas que sin duda han apoyado el pensamiento, no tienen reglas ni métodos y toma en cuenta los componentes básicos de la disciplina donde el único, que se logra es ampliar el conocimiento acerca del quehacer enfermero. El metaparadigma en síntesis es la unida de integración de los conocimientos enfermeros”.

Objetivos:

*Surge del pensamiento y se centra en el cuidado enfermero partiendo, de un instrumento para delimitar la disciplina de enfermería de otras áreas de la salud, sino como una profesión.

*Que logre desenvolver un criterio propio y aplicarlo en cualquier comunidad con la única finalidad de lograr el cuidado un verdadero objetivo de estudio.

*Elementos que componen el Metaparadigma son: El Cuidado, Persona, Salud y Entorno, dirigida a reforzar la Profesión de Enfermería.

Continúan Marriner Tomey y Raile Alligood apuntando que el paradigma es el término utilizado para expresar la relación entre ciencia, filosofía y teoría, aceptado en un cierto campo científico. La ciencia, la filosofía y la teoría son componentes esenciales de cualquier disciplina científica.

Además, señalan la definición de Khun sobre paradigma, quien resaltó este término como sinónimo de comunidad científica o de individuos contemplados en el ámbito de una disciplina dotando al término de un significado que corresponde al conjunto de elementos comunes compartidos por los miembros de la comunidad científica. El paradigma dominante dirige las actividades de una disciplina.

- **Paradigma de la categorización:** Entiende los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En las ciencias de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda del factor causante de la enfermedad. Además inspira dos orientaciones en enfermería: Una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad.
- **Paradigma de la integración:** Prolonga el paradigma anterior reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

- **Paradigma de la transformación:** Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Entiende cada fenómeno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.

Persona: Es un ser único, independiente, racional lo que le da la capacidad de buscar condiciones óptimas más para mantener en orden su estilo de vida, que cuenta con un grado superior en el aspecto cognoscitivo, lo que lo hace ser racional, emocional, mantener un equilibrio y la suma de todas sus partes forman un todo, lo que lo hace ser biológico, psicológico, social y cultural. La persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes.

Cuidado: Es algo innato que cuando se concibe como una profesión es acompañada de una preparación previa, siendo el acto de cubrir con los problemas o discapacidad inmediatos de una persona. El cuidado se enfoca directamente en realizar todas las actividades que la persona no puede por sí misma y apoyan las que si se pueden hacer, visto desde el punto profesional el cuidado abarca los aspectos tanto biológicos, psicológicos y sociales que de alguna manera repercuten en el estado de salud de la persona.

Salud: Es un estado libre de enfermedad sin haber, pasado antes por una concepción de esta poder diferenciarla de un estado que altere la misma. Es la capacidad de realizar todas las actividades físicas, biológicas y emocionales sin que haya un problema que implique la facilidad de realizarlas, siendo un estado de perfecta armonía y de utilización de todas y cada una de las capacidades que la persona posee. Es un equilibrio altamente deseable, la salud es percibida como positiva, mientras que la enfermedad es percibida como negativa.

Entorno: Es un todo que se centra en la existencia del hombre como parte del universo, donde y cada uno de los fenómenos que ocurren interactúan con él y forman de acuerdo a su existencia misma. El entorno se compone de todos y cada uno de los elementos externos a la persona que de alguna manera pueden ser modificados o controlados para obtener un mejoramiento de su estado de salud o la conservación de la misma. Cabe resaltar que el entorno no sólo se dirige hacia los fenómenos naturales o la posición del universo sino todos los sucesos ideológicos, sociales culturales que rigen y dirigen el ritmo de vida de la persona y pueden ocasionar la adopción de cierto tipo de conductas que la lleven a entrar en estados en donde comprometen su estado de salud misma que pueden ser manipulados en beneficios de él, es un elemento separado de la persona en general el físico, social y cultural⁶

⁶ POTTER Patricia. *Fundamentos de Enfermería 2001* Pp 75.

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos .

Las teorías de enfermería son una herramienta esencial para sustentar el cuidado enfermero especializado, sin embargo su aplicación en la práctica asistencial ha sido escasa debido a la diversidad, complejidad y además fundamentar todo esto con el método científico de las enfermeras: El proceso Atención de Enfermería.

Se menciona el esquema metodológico con la base para desarrollar tanto la valoración, diagnósticos de enfermería, el plan y ejecución de las intervenciones llegando a la conclusión de que una opción viable que produce la transformación favorable en la manera de actuar hacia el bienestar de sí mismo es la paliación y fomento del autocuidado de enfermería, al aplicar los modelos y teorías de enfermería a la práctica constituyen un reto para alcanzar para la profesión de enfermería del alguna manera para ser reconocido su labor humanista.

Las enfermeras ha utilizado modelos conceptuales y teorías para comprender las relaciones entre los conceptos de salud, bienestar y enfermedad estos conceptos entra dentro del metaparadigma dentro de la disciplina de enfermería; persona, salud, entorno y enfermería

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Mientras que una teoría es un enunciado que tiene una base o fundamento científico donde se explica las interrelaciones entre conceptos y que permite describir, explicar los fenómenos de interés para cada disciplina en este caso el cuidado de la enfermería.⁷

Las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación.

Características:

- Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizable.
- Deben estar compuestas por conceptos y proposiciones.
- Deben relacionar conceptos entre sí.
- Deben proporcionar bases de hipótesis verificables.

⁷ Op.cit. Pp 80.

- Deben ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos.
- Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado.
- Pueden y deben ser utilizadas por la enfermería para orientar y mejorar la práctica.⁸

Esta creación de los modelos conceptuales y teorías se inician con conceptos que son la base fundamental, y hace una descripción de los fenómenos u objetos de estudio en el caso de la enfermería los conceptos principales.

El modelo se basa en ideas generales ya sea de individuos, grupos o situaciones de una disciplina. Los modelos son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el autocuidado, La promoción a la Salud, Las relaciones interpersonales, el proceso de adaptación entre otros.

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica. En relación a la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios; los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje. En la administración; provee una estructura sistemática para observar las situaciones e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular.

En la práctica clínica; proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar, que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe estar basado en el método de trabajo de enfermería o PAE.⁹

En relación a la investigación; las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación. Al guiar el proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no sólo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones repetidas.

La investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que se puede desechar o realizar modificaciones en base a los resultados obtenidos. Los seres Humanos observamos en el entorno gran diversidad de cosas incluso a aquellas que no se perciben a la vista, la persona crea imágenes que emanan de nuestro conocimientos y experiencias.

⁹www.exactas.unlpam.edu.ar/academia/carreras/enfermeria/documento/introalosmodelos.

Modelo de Creencia y Salud

- Este modelo describe principalmente la conducta de la persona hacia la salud .

Modelo de Promoción de la Salud

Define la salud como un estado positivo dinámico, tiene como finalidad incrementar o conservar el bienestar de la persona, este modelo parte de tres puntos.¹⁰

- Factores preceptuales cognitivos de la persona.
- Factores Modificables.
- Participación en conductas Promotoras de salud.
- Modelo de las Necesidades Humanas.

Tendencias de las teorías de Enfermería:

- **La tendencia naturalista:** También denominada ecologista, se incluyen en este apartado los conceptos formulados por Florence Nightingale, que enfoca los cuidados de Enfermería como facilitadores de la acción que la Naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

- **La tendencia de suplencia o ayuda:** Los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad, niñez, ancianidad), fomentado ambas, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente.

- **La tendencia de interrelación:** En este grupo se incluyen los modelos de Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de Enfermería, el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

Clasificación de los modelos de enfermería según las teorías utilizadas:

*** Modelos de Interacción:**

Se basan en la teoría de la comunicación-interacción de las personas .El foco primario está en la persona como participante activo en el proceso de la salud . El énfasis en las percepciones de la persona debe ser el: Autoconcepto, y la habilidad para comunicar y desarrollar diferentes roles.

¹⁰ FAWCETT, J Y Douns. *Modelos conceptuales, Teoría e Investigación* 2005Pp12.

***Modelos evolucionistas:**

Se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de Enfermería. Son útiles en cualquier campo de la Enfermería relacionado con la edad, tratan de enfatizar el crecimiento, el desarrollo y la maduración de la persona.

*** Modelos de necesidades humanas:**

Parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la Salud como núcleo para la acción de Enfermería. Tienen su base común en las necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo de acción enfermera, basadas en la teoría de la motivación y personalidad de A. Maslow. En el desarrollo de su teoría, Maslow define cinco categorías de necesidades que se ordenan por prioridades en cuanto a su satisfacción, y establece que primero se han de satisfacer las necesidades de orden más básico (al menos la mayoría de ellas) para pasar posteriormente a satisfacer las necesidades de orden superior.

Las categorías de Maslow son las siguientes:

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidad de seguridad.
- Necesidad de amor y pertenencia.
- Necesidad de estima.
- Necesidad de autorrealización.

Existen una serie de diferencias entre las necesidades superiores y las inferiores según la pirámide de Maslow:

-Cuanto más elevada es la necesidad menos imprescindible es para la supervivencia del individuo.

- A medida que se cubren las necesidades superiores existe un mayor nivel de supervivencia de la persona; la cobertura de las necesidades superiores representa una tendencia general hacia la salud.

- Es necesaria una serie de condiciones externas buenas para la cobertura de las necesidades superiores, son precisas unas condiciones muy buenas para hacer posible la autorrealización.

- La satisfacción de las necesidades inferiores es mucho más palpable, más tangible que la satisfacción de las necesidades superiores, y se mide más en términos cuantitativos.

- Las necesidades superiores son desarrollos de evolución tardía; son menos exigentes y se pueden retrasar más en el tiempo.

***Modelos de sistemas:**

Usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de Enfermería. El concepto de sistema constituye la noción central, entendiendo por tal el conjunto organizado de elementos o partes que actúan e interactúan coordinadamente para alcanzar determinados objetivos.

Existen dos tipos de sistemas:

1.- Sistemas cerrados. Se basan en sí mismos, se consideran aislados del medio circundante, no existe en ellos importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas.

2.- Sistemas abiertos. Funcionan en base al intercambio con el exterior; todo organismo vivo es, ante todo, un sistema abierto.

Una diferencia fundamental entre ambos es que los sistemas cerrados deben alcanzar un estado de equilibrio químico y termodinámico independiente del tiempo. Por el contrario, los sistemas abiertos, pueden alcanzar en ciertas condiciones, un estado que se denomina uniforme, también independiente del tiempo. En este estado uniforme, la composición del sistema se mantiene constante, a pesar del continuo intercambio de componentes.

5.4 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON (1897-1996)



Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street

Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948. Pasa un tiempo como enfermera en rehabilitación, será en esta época donde tome conciencia de la importancia en recobrar la independencia del enfermo.

Lleva a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros. Elabora un trabajo de investigación que duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la Enfermería.

Virginia Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher's College revisó la 4ª edición del "Textbook of Principles and Practice of Nursing" de Bertha Harmer, edición editada en 1939. La 5ª edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson. Ha estado asociada a la Universidad de Yale desde principios de los años 50 y ha hecho mucho para promover la investigación de enfermería a través de esta asociación. De 1959 a 1971 dirigió el proyecto "Nursing Studies Index" auspiciado por Yale. Consta de cuatro volúmenes de textos biográficos, analíticos, e históricos de la enfermería de 1900 a 1959. Al mismo tiempo fue la autora o coautora de otros trabajos importantes. Su folleto "Basic Principles of Nursing Care" fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.¹¹

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes (Henderson, 1985) habla de la naturaleza dinámica del entorno.

El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarlo a morir dignamente. La salud es una cualidad de la vida, es básica para el funcionamiento del ser humano. La salud requiere independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas. El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

***Función de Enfermería.**

"La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico".¹²

***Conceptos de Virginia Henderson:**

Persona: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia para morir con tranquilidad, considera a la familia y a la persona como una unidad influyente por el cuerpo y por la mente.

Tiene necesidades básicas que cubrir para su supervivencia, requiere fuerza voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

¹¹ Revista de Enfermería Neurológica (Mex), Vol. 1 N11-15, 2006

¹² <http://www.monografias.com/Virginia-Henderson>.

Entorno: Lo relaciona con la familia abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermera para aquellos los individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

Salud: Lo define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas similares a las de Maslow.

- Se relaciona con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo, ropa apropiada y temperatura).
- Con la seguridad (Higiene corporal y peligros ambientales).
- Con la autorrealización (Trabajar, jugar y aprender).

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

Datos de Independencia: Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

Manifestaciones de independencia: Son conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida. Por indicador de conducta se entiende los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representa o la señala, por ejemplo la relación talla / peso no es una conducta, pero sí un dato indicador de la adecuación de la dieta de la persona a su gasto energético.

Datos de Dependencia: Desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Manifestaciones de Dependencia: Son las acciones que realiza la persona y son incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

Autonomía: Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Agente de autonomía Asistida: Con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia: respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar piel y mucosas limpias y procurar un entorno seguro.

Enfermería: Lo define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza de voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

Virginia Henderson señala catorce Necesidades Básicas que son las siguientes

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Evacuar los desechos corporales.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- Mantener una adecuada del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- Evitar peligros y no dañar a los demás.
- Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

***Cuidados de Enfermería:** Son las actividades que realiza el enfermero para suplir o ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Por tanto los componentes de cuidados de enfermería son las 14 necesidades básicas que abarcan todas las posibles funciones del rol enfermero. El enfermero valora las 14 necesidades y los factores que modifican las necesidades. Los cuidados se adaptan a las necesidades de cada persona y son integrales e individualizados.

- Todos los cuidados tienden a que la persona sea independiente en el menor tiempo posible.
- El enfermero actúa mediante la utilización metodológica para realizar los planes de cuidados.

***Usuario del Servicio:** Persona, familia o comunidad que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus necesidades básicas Aquella persona que sin presentar ningún déficit, expresa el deseo de mejorar su nivel de salud.

***Supuestos Principales.**

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo. Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

***Afirmaciones Teóricas**

Relación enfermera – paciente: Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- **La enfermera como sustituta del paciente:** Este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- **La enfermera como auxiliar del paciente:** durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- **La enfermera como compañera del paciente:** la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

***Relación enfermera – médico:** La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

***Relación enfermera – equipo de salud:** La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.¹³

¹³ <http://www.seeiuc.com/profesioncriticos.pdf>

Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería

El proceso Enfermero ha evolucionado hacia un proceso de 5 etapas compatibles con la naturaleza de la profesión. Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jhonson 1959 Orlando 1961 y Wiedenbach 1963 desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso de 5 fases actual. En 1967 Yura y Walsh fueron autores del primer texto en el que se describían un proceso de 4 etapas. A mediados de la década de los 70 Blach 1974 Roy 1975.

Desde de ese momento ha sido legitimado como el sistema de la práctica en la enfermería. La (ANA), utiliza el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El Proceso de Enfermería, ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio en enfermería. Ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la definición de enfermería.

La (ANA), es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud presentes o potenciales. El Proceso de Atención de Enfermería comprende una serie de pasos interrelacionados entre sí, estos pasos son clínicos, es decir cada paso se repite tantas veces como lo requieran los cambios en el estado de salud de la persona que alteran la bases de datos y hacen necesarias nuevas valoraciones, diagnósticos de enfermería. La interacción de cada una de las partes es constante, el proceso es dinámico mas que estático, los cambios en un paso del proceso afectan a todos los demás. La esencia de la práctica profesional de la enfermería se encarna en la aplicación del proceso de enfermería a la atención de la persona.

El Proceso Atención de Enfermería: Es un método ordenado y sistemático para obtener la información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de Enfermería. Con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente. El PAE ayuda a mejorar la calidad de atención del personal y con ello su modo de actuación, ya sea dependiente, independiente e interdependiente y se define como un método científico general, que ha sido aceptado como la esencia de la especialidad. Se trata de un enfoque deliberado que deviene un conjunto de actividades sucesivas e independientes del personal de enfermería, dirigido en el hombre sano a mantener su equilibrio con el medio ambiente y, en el enfermo, a restaurar su salud.

***Los objetivos.**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Como también:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

***Características:**

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, o que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados por tal motivo se compara con las etapas del método de la solución de problemas y del método científico.

*Es sistemático por estar conformado de 5 etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

*Humanista por considerar al hombre un ser holístico (total e integrado), que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.

*Intencionado se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y de la propia enfermera.

*Dinámico. por estar sometido a constantes cambios que obedece a la naturaleza propia del hombre.

*Interactivo por requerir de la interrelación humano con el usuario para acordar objetivos comunes.

*** Ventajas:**

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.

- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución-intervención y 5) evaluación.

VALORACIÓN

La primera fase es la de recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

1. Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas).⁹ Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

a) Entrevista Clínica:

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial

médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

- Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.¹⁴

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

b) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

c) La Exploración Física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.

¹⁴ POTTER Patricia. *Fundamentos de Enfermería* 2003Pp 123-130.

Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

***Organización de los datos:**

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física.
- Patrones funcionales de salud.

*** Documentación y registro de la Valoración:**

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación en enfermería.
- Permite la formación pregrado y postgrado.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad.

DIAGNÓSTICO

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Los diagnósticos se clasifican según características.

- **Real:** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.
- **Alto Riesgo:** Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.
- **Posible:** Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales.
- **De bienestar:** Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de autocuidado de D Orem; necesidades humanas de A Maslow, o patrones funcionales de M Gordon.

Si se siguen las reglas mencionadas anteriormente y no se comenten estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con este las siguientes ventajas:

1. Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada
2. Facilita la comunicación profesional
3. Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención
4. Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

PLANEACIÓN

Es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).⁵

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos.¹⁰

1. Establecimiento de prioridades

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros.

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería.¹⁰

2. Determinación de objetivos (metas esperadas)

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

3. Planeación de las intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

EJECUCIÓN

La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.¹⁰

1. Validación del plan de atención. Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.
- 2.-Documentación del plan de atención. Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.
3. Continuación con la recolección de datos. A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para

establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.¹⁵

EVALUACIÓN

Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.
2. La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.
3. La satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.¹²

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención.

¹⁵ FERNANDEZ F. *El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería*. Ed: Masson Salvat. Barcelona .1999 Pp 123-125.

6.-NECESIDAD DE OXIGENACION

El oxígeno es esencial para la vida, la función de los sistemas cardiaco y respiratorio es satisfacer las necesidades orgánicas corporales de oxígeno. Todas las células del cuerpo lo necesitan y algunas son mas sensibles a su carencia que otras. Las células nerviosas son particularmente vulnerables, unos minutos de supresión grave de oxígeno, pueden causar daño permanente de los tejidos del cerebro. Normalmente el oxígeno llega al cuerpo a través del aire que se respira. La sangre lo transporta a las células y regresa el material de desecho CO₂ , a los pulmones para eliminarlo con el aire espirado.

La mayoría de las células orgánicas obtienen su energía de reacciones en las que interviene el oxígeno y se elimina en anhídrido carbónico. El intercambio de los gases respiratorios se produce entre el aire ambiental y la sangre.

Respiración: Es el intercambio de O₂ y CO₂ que ocurre entre la atmósfera y las células del cuerpo. En este proceso participan el sistema respiratorio y cardiovascular. Los problemas en cualquiera de ellos o una cantidad insuficiente de O₂ en la atmósfera pueden impedir la satisfacción de la necesidad básica de oxígeno. Una persona cuyas necesidades de O₂ se satisfacen adecuadamente no se da cuenta del proceso de la respiración. Sin embargo es posible modificarla voluntariamente.

Cuando la persona suele tener dificultades para satisfacer sus necesidades de O₂, suele notar de inmediato sus respiraciones e intenta controlar su frecuencia y profundidad. Se pone muy ansiosa, y la incapacidad de controlar una función básica para la vida puede ser aterradora. Es esencial atender de inmediato las necesidades de los pacientes, no sólo por el papel vital del O₂, sino también porque la ansiedad por la dificultad respiratoria puede empeorar aún mas la situación.

El cerebro es el órgano principal del cuerpo humano y precisa un aporte de oxígeno continuo y adaptado a sus necesidades metabólicas, siendo los requerimientos de oxígeno mayores en caso de hipoxia o isquemia cerebral, ya que la falta de oxígeno a nivel neuronal provoca su muerte de forma irreversible, quedando secuelas permanentes.

En condiciones normales existe una capacidad de autorregulación del flujo sanguíneo cerebral según las necesidades del cerebro. Por ejemplo, en caso de hipotensión, el cuerpo humano es capaz de preservar la circulación en órganos vitales como el cerebro o el corazón a expensas de disminuir el flujo sanguíneo de otros órganos menos importantes como riñón, vísceras, etc.

La función normal de los centros de control del cerebro dependen del aporte adecuado de oxígeno y de nutrientes mediante vasos sanguíneos. La sangre es llevada al cerebro, la cara y el cuero cabelludo mediante dos grupos de grandes vasos: las arterias carótidas comunes izquierda y derecha y las arterias vertebrales izquierda y derecha.

La arteria carótida común tiene dos divisiones: las arterias carótidas externas suministran la cara y el cuero cabelludo. La arteria carótida interna aporta las tres cuartas partes de la sangre que necesita el cerebro anterior, exceptuando algunas partes de los lóbulos temporal y occipital. Las arterias vertebrales y el tronco basilar suministran las partes posteriores, el cerebelo y el tronco encefálico. La disminución del flujo sanguíneo en cualquiera de las arterias carótidas internas ocasionará algún deterioro de las funciones de los lóbulos frontales. Los síntomas producidos pueden ser debilidad o parálisis en el lado del cuerpo opuesto a la obstrucción de la arteria. La oclusión de una de las arterias vertebrales puede producir serias secuelas que van desde la parálisis a la ceguera.¹⁶

El polígono de Willis en la base del cerebro, las arterias carótidas, vertebrales y basilar forman, con las arterias comunicantes un círculo de arterias comunicadas entre sí, llamado polígono de Willis. De este polígono salen otras arterias como la arteria cerebral anterior, la arteria cerebral media y la arteria cerebral posterior que suministran sangre a otras partes del cerebro. Al estar comunicadas entre sí, si una de las arterias carótidas o vertebrales se obstruye, las arterias dístales más pequeñas pueden recibir sangre de las otras arterias.

La arteria cerebral anterior se va hacia adelante y hacia arriba desde la arteria carótida interna, suministra a los lóbulos frontales que son los que controlan el pensamiento lógico, la personalidad y los movimientos voluntarios, especialmente los de las piernas. La oclusión de la arteria cerebral anterior produce debilidad de la pierna opuesta. Arteria cerebral media es la mayor de las ramas de la arteria carótida interna, suministrando una gran parte del lóbulo frontal y la superficie lateral de los lóbulos temporales y parietales en los que se sitúan las áreas motoras primarias y sensitivas de la cara, garganta, manos y brazos y, en el hemisferio dominante, las áreas del lenguaje. En el ictus, la arteria cerebral media es una de las más frecuentemente afectadas.

Arteria cerebral posterior En la mayor parte de los sujetos, las arterias cerebrales posteriores nacen de la arteria basilar, aunque en algunos casos se origina en la carótida interna ipsilateral. Estas arterias suministran a los lóbulos temporales y occipitales. Cuando se produce un infarto en los territorios de las arterias cerebrales posteriores, usualmente es secundario a un embolismo en los segmentos anteriores del tronco basilar o del corazón, hallazgo más común es un infarto en el lóbulo occipital que ocasiona un defecto visual del lado opuesto

El oxígeno y la glucosa llegan a las células nerviosas por dos pares de arterias craneales. Justo debajo del cuello, cada una de las dos arterias carótidas comunes se divide en una rama externa, la carótida externa que lleva sangre a la parte externa craneal, y una rama interna, la carótida interna, que lleva sangre a la porción anterior del cerebro.¹⁷

La isquemia cerebral aparece cuando el flujo cerebral total o de una determinada zona disminuye por debajo del nivel crítico y genera isquemia e infarto en la zona provocando la falta de O₂ y glucosa fundamental para el metabolismo cerebral lo

¹⁶ TORTORA, G. *Principios de Anatomía y Fisiología*. 2003 Pp783

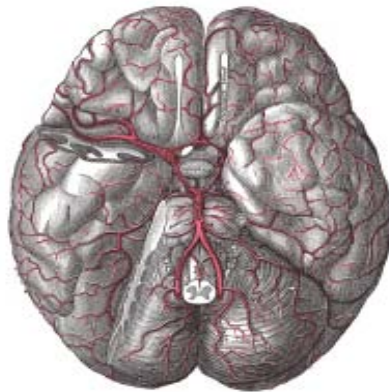
¹⁷ GANONG f. W. *Fisiología Médica* 1999 Pp 743

que provoca una alteración metabólica y funcional encefálica, el flujo sanguíneo cerebral normal en un adulto es de 60 ml/min./100g de tejido.

Un flujo sanguíneo inferior a 20 ml/min./100g produce síntomas neurológicos y por debajo de 6-8 ml/min./g se produce una alteración del equilibrio iónico y liberación de potasio que produce muerte de neuronas.

El Sistema Nervioso Central (SNC), esta compuesto por un tejido en donde el encéfalo recibe el total de energía que necesita del metabolismo de la glucosa salvo, en situaciones especiales su capacidad de depósito de glucosa y glucógeno esta reducida, que cubre las necesidades energéticas cerebrales una perfusion perfecta relacionado con entre perfusion metabólica y función neuronal.

Cuando esta relación se rompe provoca una isquemia cerebral cuando el flujo sanguíneo cerebral total o de una determinada zona arterial disminuye por debajo por la falta de oxígeno y glucosa y fundamental por el metabolismo cerebral provoca alteración metabólica y funcional encefálica. Dicha patología surge a través de la inadecuada Perfusion Cerebral provocando vasoconstricción de los vasos cerebrales provocando isquemia cerebral que ocasiona la disminución del Flujo sanguíneo cerebral por el aumento de las resistencia vascular como consecuencia el aumento de la Presión Intracraneala y Edema Cerebral así como la acumulación de LCR actúan sustancias participan principalmente la oxihemoglobina actúa como vasoconstricción ocasionando el tejido endotelial disminuye la luz del vaso cerebral, serotonina y las catecolaminas producen vasoespasmo, necrosis. Por lo tanto al existir un área isquemia puede provocar la perdida de conciencia del paciente.¹⁸



18 KOZIER, *Fundamentos de Enfermería*, 2004 Pp 89-99.

7.-DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El presente Proceso de Atención de Enfermería fue aplicado en la Sra. Juana V. M de 50 años de edad originaria del Estado de México, quien es ama de casa, es casada hace 20 años y vive actualmente con sus hijos. Habita en casa propia, que cuenta con todos los servicios.

Antecedentes Familiares: No refiere alguno.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarca a los 12 años de edad, con ritmo regular de 28 x 3, gestas 3 Partos: 2 Aborto: 1 inicia su vida sexual activa a los 18 años con un solo compañero sexual.

Antecedentes Personales Patológicos: Hipertensión Arterial Sistémica hace 3 años, con tratamiento irregular con mal apego al tratamiento, Obesidad tipo II. Alcoholismo desde hace 18 años con cerveza, pulque cada 15 días sin llegar a la embriaguez.

Padecimiento Actual:

Inició el 31 de Marzo del 2007 con cefalea holocraneana máxima Intensidad escala 10/10 tipo opresiva, con duración de 20 min. sede con la ingesta de (AINES), con náusea ,vómito, somnolencia con periodos de agitación psicomotriz acude al INNN dentro del servicio de Urgencias con T/A fue de 170/90mmhg FC: 90 lat. x min. , FR: 14 x min. y T: 37C°. Tuvo que ser intubada por requerir apoyo ventilatorio, fue sedada y relajada, se le coloca catéter subclavio derecho tomando laboratorios con resultados de Na. 150mEq, K 3.9mEq Cl. 11.5msmol/dl, se le instaló sonda nasogástrica (SNG), y sonda vesical. Presenta Hiperreflexia General, hemianopsia temporal derecha. Se toma múltiples estudios de Gabinete en la TAC se obtiene el Dx. De Isquemia Cerebral en Carótida Interna Derecha (ACID) por una hiperdensidad en área de la carótida interna derecha presentado isquemia transitoria de 30 a 60 min.

Ingres a terapia intensiva el 03 abril del 2007 Estuporosa, con tubo Endotraqueal, con apoyo ventilatorio, SNG, sonda vesical, al llegar a Terapia Intensiva se decide colocar catéter de Swan Ganz, para control de líquidos, permanece en Terapia Intensiva por 2 meses comienza a evolucionar favorable se decide subirla a 3er piso de Neurología para su recuperación.

8.- VALORACION

FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha: 31 de Marzo- 2007 **Reg:** 183036 **Folio:** 67398

Nombre: Juana V.M **Edad:** 50 años

Sexo: Feménino **Estado civil:** Casada **Religión:** Católica

Lugar de Nacimiento: Tepetlaustoc Estado de México.

Fecha de Nacimiento: 18 de enero 1957.

Ocupación: Ama de Casa **Escolaridad:** Primaria Incompleta

Lugar de Residencia: Coyoco s/n Barrio el Calvario Estado de México.

Tel: S/N **Fiabilidad (1-4):** 3 **Miembro de la familia/persona significativa:**
2 Hija.

No de cama: 05 **Servicio:** Terapia Intensiva.

Diagnostico Medico: EVC Isquémico Cerebral Transitorio.

1.- Necesidad de Oxigenación.

-Datos de Independencia: Lechos ungueales rosadas llenado capilar de 2 seg. FR 20 x min. Niega datos de tabaquismo, e ingiere alcohol cada 15 días sin llegar a la embriaguez.

-Datos Dependencia: Ligera palidez de tegumentos generales. Con tubo endotraqueal conectada a ventilador de volumen FiO2 del 100% incapacidad de expectorar secreciones por ella misma secreciones amarillentas y espesas, sialorrea abundantes CSPs hipoventilados con estertores y bronco espasmo a nivel medio basal con T/A 180/90 mmHg FC Lat. x min. Disminución de la expansión pulmonar debido a la lesión cerebral por falta de automatismo respiratorio. Presenta isquemia cerebral en la carótida interna derecha, con evento isquémico en dos ocasiones de 30 min., aprox. con una Presión Media elevada de 120 mmHg y una Perfusión cerebral de de 10 ml/min/g

Gasometría Arterial:

-PaO2 = 80mmHg.

-SaO2= 96%.

-PaCO2= 30mmHg.

-Bicarbonato = 21 mEq/lt.

-Ph= 7.2

Biometría Hemática

-Leucocitos: 8.3

-Hb: 8.6

- Hto: 26.4

2.-Necesidad de Nutrición e Hidratación.

-Datos de Independencia: No se Observan.

Cráneo: Sin endo, ni exostasis, adecuada implantación de cabello , narinas permeables, cavidad oral, mucosas hidratadas, buena coloración.

Cavidad oral: Húmeda normal, adoncia completa, sin apariencia de infecciones de la cavidad oral.

Coloración de la piel: uniforme, mucosas semihidratadas e íntegras.

Cuello: Simétrico no se palpan adenomegalias traquea central y desplazable pulsos carotídeos normales sincrónicos. Uñas de extremidades rosadas, textura lisa, cortas limpias, sin micosis

-Datos de Dependencia: Se proporciona nutrición Enteral 5x 1 con alimentación Ensure por SNG, residuo gástrico de 100ml, Glicemia capilar de 150 mg/dl con esquema de insulina rápida al 2% de 3 UI. Se infunden líquidos libres de 350 ml por turno por SNG, cuenta con catéter subclavio en donde se infunde con solución salina al 0.45% + 1 amp. de potasio pasando 80cc x hr., mas sedantes de Propofol de 20 gts. x hr. y vencuronio de 10 gts x hr.. Presenta edema Generalizado de 3+. Se pesa a la Sra. Juana sin presentar edema de 100 kg.

Talla 1.50cm **Peso:** 100 kg **IMC:**

PVC: Esta oscilaba entre 16-20 cmH2O

Química Sanguínea

-Glucosa de 138mmhg

-Creatinina: 0.35 mg/dl

-Urea 13.5 mg/dl

-Bilirrubina: .47 mgdl

Eletrólitos Séricos:

Cl:98 Meq/L

Na: 48 Meq/L

Transaminasas: 9U/L

K: 130 Meq/L

DLH: 334 U/L

3.-Necesidad de Eliminación.

-Datos de Independencia: No se observan.

-Datos de Dependencia: Durante el turno mantiene flujos urinarios bajos de 50 mlx hr con D.U que oscila entre 1020-1025cm, caracterizada por orina concentrada. Evacua una vez al día cada 3er día en mínimas cantidades las heces son duras y secas.

E.F. Presenta distensión abdominal 101 cm. durante la palpación se encuentra abdomen distendido con presencia de heces duras ruidos intestinales normales

4.-Necesidad de movilidad y postura.

-Datos de Independencia: No se Observan

-Datos de Dependencia: Se encuentra en posición en decúbito dorsal, con cambios posturales, en reposo absoluto +++, debido a su enfermedad, no realiza actividad física movimientos espasmódicos, limitación de la amplitud de movimiento, con fuerza muscular disminuida 3/5 ambas extremidades Superiores e Inferiores, incapacidad para girarse en cama con ayuda del personal de Enfermería.

5.-Necesidad de Descanso y Sueño.

-**Datos de Independencia:** No se Observan

-**Datos de Dependencia:** Duerme durante su estancia Hospitalaria la mayor parte del tiempo debido a que se encuentra bajo efectos de sedación.

6.-Necesidad de usar Prendas de Vestir Adecuada.

-**Datos de independencia:** No se observan

-**Datos de dependencia:** Actualmente por su padecimiento el paciente no puede vestirse ni desvestirse sola por lo que el personal de enfermería realiza el cambio de bata y pañal.

7.-Necesidad de Termorregulación.

-**Datos de independencia:** La unidad del paciente tiene temperatura agradable y buena ventilación la limpieza es adecuada, con temperatura de 37°C.

-**Datos de dependencia:** No se Observan.

8.-Necesidad de Higiene y Protección de la piel.

-**Datos de dependencia:** no se observan.

-**Datos de dependencia:** Necesita ayuda total para su higiene por el personal de enfermería no se identifican úlceras por presión.

9.-Necesidad de Evitar Peligros.

-**Datos de Independencia:** No se Observan

Pares Craneales:

1. Olfatorio: Percibe e identifica olores por ambas narinas.
2. Óptico : Visión de colores no valorable, Campimetría por confrontación normal .Agudeza visual no valorable por falta de cooperación. Fondo de ojo bien delimitado pulsos venosos ausentes, arteria levemente adelgazadas.
3. Motor Ocular Común :No valorable
4. Patético .No valorable
5. Motor Ocular Externo
6. Facial :No se valora
7. Trigémino Mímica facial simétrica.
8. Auditivo Cocleopalpebral valorable
9. Espinal :Elevación Simétrica del paladar nauseoso y tusígeno
10. Glossofaríngeo: No se valora
11. -Vago: No valorable.
12. -Hipogloso :No valorable.

-Datos de dependencia: Debido a su enfermedad, tiene el riesgo de presentar deterioro de la piel por inmovilidad. Así como riesgo de infección por procedimientos invásivos (Tubo endotraqueal, SNG, catéteres y sonda vesical), y el riesgo de aspiración por el deterioro de deglución con secreciones excesivas. Refiere su familia que puede existir el riesgo de no poder llevar a cabo el tratamiento de la Sra. Juana debido a que no cuenta con los recursos necesarios para seguir su tratamiento.

10.-Necesidad de Comunicarse.

-Datos de Independencia: No se Observan.

-Datos de Dependencia: No emite expresión verbal por incapacidad de hablar debido a su estado de salud y a que se encuentra bajo efectos de sedación

11.-Necesidad de Creencias y Valores.

-Datos de independencia: Cuenta con sus familiares para fortalecer sus creencias son católicos pero no practicantes de la religión tienen mucha fé de que se su hija se recupere sus valores son la vida, la salud, y la honestidad

-Datos de dependencia: No se observan.

12.- Necesidad de Trabajo y Realización.

-Datos de Independencia: Actualmente no trabaja, se dedica al hogar.

-Datos de Dependencia: No se observan.

13.-Necesidad de Actividades Recreativas.

-Datos de Independencia: Refiere su familia que le gusta leer mucho principalmente libro de novelas,

-Datos de Dependencia: No se Observan

14.- Necesidad de Aprendizaje.

-Datos de Independencia: Nivel de estudios primaria incompleta.

-Datos de Dependencia: No se observan

9.- DIAGNOSTICOS

NECESIDAD	DIAGNOSTICO
<u>1.-Necesidad de Oxigenación</u>	<p>* Perforación Tisular Cerebral Inefectiva R/C con evento Isquémico Cerebral y aumento de la Tensión Arterial, M/P Estupor.</p> <p>* Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas R/C Presencia de vía Aérea Artificial, broncoespasmo M/P Incapacidad para expectorar las secreciones.</p> <p>* Patrón Respiratorio Ineficaz R/C Lesión Neurológica (Evento Isquémico) y disminución de la expansión pulmonar M/P Falta de Automatismo Respiratorio</p>
<u>2.-Necesidad de Hidratación y Nutrición</u>	<p>*Exceso de Volumen de Líquidos R/C Exceso de aporte de Líquidos y reabsorción Intracelular M/P Edema Generalizado.</p> <p>* Desequilibrio Nutricional por Exceso R/C ingesta de Nutrientes Superior a las necesidades Metabólicas M/P Índice de la masa corporal de 33Kg/m2</p>
<u>3.-Necesidad de Eliminación</u>	<p>* Deterioro de la Eliminación Urinaria R/C la disminución de la Función renal para Excretar y regular productos de Desecho, Agua y Electrolitos M/P Oliguria de 50 ml.</p> <p>*Estreñimiento R/C inmovilidad Prolongada M/P Heces duras, secas y Distensión Abdominal.</p>
<u>4.-Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura.</u>	<p>*Deterioro de la movilidad física R/C Debilidad Muscular M/P Movimientos Espasmódicos descontrolados, limitación de la amplitud de Movimientos y Dificultad para girarse</p>

	en cama.
<u>5.-Descanso y Sueño</u>	<u>No se Observa</u>
<u>6.- Usar Prendas de Vestir Adecuada.</u>	*Déficit de Autocuidado: Vestido R/C Disminución de la fuerza músculo-esquelética M/P Incapacidad de ponerse la ropa hospitalaria.
<u>7.- Termorregulación.</u>	<u>No se Observa</u>
<u>8.- Higiene y Protección de la Piel</u>	*Déficit de Autocuidado: Baño/Higiene R/C inmovilidad M/P incapacidad para realizar el autocuidado por si mismo.
<u>9.- Evitar Peligros</u>	*Riesgo de aspiración R/C nivel de conciencia disminuido, depresión de reflejos nauseosos y tusígenos. *Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea R/C La inmovilidad y presencia de humedad. *Riesgo de infección R/C Procedimientos Invasivos (Tubo endotraqueal, catéter venoso central, SNG y sonda vesical) y defensas secundarias inadecuadas. * Riesgo de Deterioro de la Integridad de la Mucosa Oral R/C La presencia de Tubo Endotraqueal. *Riesgo de Manejo Ineficaz del régimen Terapéutico R/C La complejidad y el coste del régimen terapéutico o falta de información del tratamiento y barreras de comprensión (visual, déficit cognoscitivo, lingüístico

<p align="center"><u>10.- Comunicación</u></p>	<p>Deterioro de la Comunicación Verbal R/C Efecto de la Lesión Neurológica M/P Incapacidad para Hablar.</p>
<p><u>11.- Vivir según sus creencias y Valores.</u></p>	<p align="center"><u>No se Observan</u></p>
<p><u>12.- Trabajar y Participar en Actividades Recreativas.</u></p>	<p align="center"><u>No se Observe</u></p>
<p><u>13.- Jugar y Participar en Actividades Recreativas</u></p>	<p align="center"><u>No se Observa</u></p>
<p align="center"><u>14.- Aprendizaje.</u></p>	<p align="center"><u>No se Observa</u></p>

Nota: El relacionado con (R/C) y manifestado por (M/P).

10.-PLAN DE ATENCION.

1.- Perforación Tisular Cerebral Inefectiva R/C con evento Isquémico Cerebral y aumento de la Tensión Arterial M/P Estupor.

Fundamentación.

Los 1500 gr. de neuronas y glía que constituye el cerebro adulto necesitan un aporte ininterrumpido de aproximadamente de 150 gr. De glucosa y 72% de oxígeno cada 24 horas, el cerebro no almacena esas sustancias solo puede mantener su función durante algunos minutos si reduce un aporte por debajo de niveles críticos. La interrupción del flujo sanguíneo cerebral en un determinado territorio vascular cerebral origina alteraciones de la función y estructura de la célula en forma progresiva, cuando el aporte sanguíneo se interrumpe durante 30 min. El metabolismo cerebral la anoxia cerebral se debe a una serie de fenómenos pueden culminar en infarto cerebral. La reducción de la Perforación cerebral puede producir signos de deterioro Neurológico dando lugar a una agitación o concusión progresiva hasta provocar un infarto cerebral irreversible. La falla de perforación tisular cerebral es un síndrome fisiológico que refleja el intento del cuerpo por preservar sus funciones vitales, pese a que reciba una lesión física severa. El objetivo corporal es intentar revertir los efectos de la hipoperforación orgánica. Si no se consigue, la disfunción de los órganos será progresiva e irreversible hasta llegar a la muerte¹, ocasionando una provocando vasoespasma cerebral con la identificación de cefalea, pero según la magnitud de la lesión primaria se comprometerá en mayor o menor grado la función orgánica¹⁹

Objetivos:

✂ La Sra. Juana mantendrá una adecuada Perforación Cerebral.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica
1.- Toma de Signos Vitales cada hora.	Las constantes vitales pueden reflejar el aumento de la presión arterial, los cambios en el número de pulsaciones pueden indicar presión en el tronco cerebral si el número de pulsaciones es bajo y luego aumenta para compensar la hipoxia. Los cambios de la tensión arterial son signos tardíos de una hipoxia grave.

¹⁹ MEADOR Billie. *Enfermería de Cuidados Intensivos*.2005 Pp 95

<p>2.-Valorar el nivel de conciencia</p>	<p>El estado de conciencia es el indicador mas sensible de la función global del cerebro, la conciencia tiene dos estado propio de conciencia que reside de la corteza cerebral, la alteración del estado de conciencia, con un estado de vigilia intacto da lugar a un estado de vegetación los tipos son: alerta, despierto e indiferente al medio, somnolencia, estupor superficial y profundo y coma.</p>
<p>3.-Valorar el tamaño y reacción pupilar cada hora.</p>	<p>La función pupilar es una extensión del sistema nervioso autónomo el control parasimpático de la pupila la innervación del nervio oculomotor III que sale del tronco del encéfalo a nivel del mesencéfalo se estimulan las fibras parasimpáticos se contrae la pupila, el control simpático se origina en el hipotálamo viaja hacia el tronco del encéfalo, estimulan las fibras simpáticas se dilatan provocando los cambios pupilares (simétricas con respuestas, anisocoria por midriasis derecho e izquierdo, miosis bilateral o puntiformes). Los paciente con ictus proporciona información del deterioro neurológico precoz e intervenir oportunamente para evitar que siga progresando.</p>
<p>4.-Valorar la Escala de Glasgow.</p>	<p>Determina la capacidad del paciente para integrar órdenes con movimientos tanto concientes como involuntarios, evaluando la función cortical examinando la reacción ocular, verbal y motora, la ausencia de reacción puede indicar que existe lesión en el mesencéfalo.</p>

<p>5.-Vigilar la Tensión Arterial.</p>	<p>Ayuda a determinar la cantidad de sangre que circula y el calibre de las arterias, por las que circula a nivel cerebral para poder irrigar las partes que se deterioraron durante el ictus. La autorregulación responsable del control del flujo sanguíneo cerebral suele estar afectado por la isquemia cerebral a medida que aumenta la tensión arterial aumenta el flujo sanguíneo y el volumen sanguíneo cerebral.</p>
<p>6.-Detectar datos de Hipoperfusión.</p>	<p>Ayuda tener signos específicos para determinar cual será el tratamiento más específico dependiendo la sintomatología así como la localización cerebral.</p>
<p>7.-Mantener una Presión Arterial Media(PAM)DE DE 80-90 mmHg, Perfusión Cerebral (PC) 70 mmHg.</p>	<p>La actividad metabólica del cerebro influye en el flujo cerebral cuando la actividad metabólica cerebral lo hace como respuesta al aumento de demanda del flujo sanguíneo, la disminución da lugar a un desequilibrio entre las demandas metabólicas y aporte sanguíneo provocando isquemia cerebral, la perfusión cerebral mantenida de 30 mmHg o inferior da lugar a una hipoxia neuronal o muerte cerebral la perfusión cerebral se debe mantener en 80 mmHg proporciona un aporte sanguíneo adecuado al cerebro.</p>
<p>8.-Mantener la cabecera elevada de 30 a 45°.</p>	<p>Facilita el retorno venoso cerebral así como el mantenimiento del flujo sanguíneo cerebral para evitar ictus cerebral.</p>
<p>9.-Evitar los cambios bruscos de posición.</p>	<p>Los cambios de posición como rotación o flexión, de la cabeza puede obstruir el flujo venoso provocando la compensación especial de los componentes intracraneanos y agotar la reserva en la producción de oxígeno</p>

<p>10.-Mantener una sedación y relajación (Propofol y Vencuronio).</p>	<p>Ayuda a relajar los músculos esqueléticos, con duración intermedio se une a los receptores colinérgicos antagonista, de la placa neuromuscular con la acetilcolina resulta un bloqueo neuromuscular, así como la inhibe de las terminaciones nerviosas para mantener al paciente estable hacia la presencia del ictus.</p>
<p>11.-Hiperventilar al paciente antes y después de la aspiración.</p>	<p>La hiperventilación disminuye las atelectasias causadas por la presión negativa de las aspiraciones convierte una gran proporción de gas del pulmón al 100% residual de oxígeno se interrumpe así como la compensación el volumen perdido durante el procedimiento.</p>
<p>12.-Limitar el tiempo de aspiración a 10 seg.</p>	<p>La aplicación de la presión de aspiración durante la introducción de la sonda de aspiración por tráquea aumenta el riesgo de lesión de la mucosa y de hipoxia al quitar el oxígeno presente en las vías aéreas, la glotis esta abierta en la inspiración lo que facilita la introducción de la sonda en la tráquea.</p>
<p>13.-Mantener la cabeza y cuello alineados.</p>	<p>Se debe mantener una alineación de la cabeza y el cuello para impedir la compresión de la vena yugular ya que puede inhibir el retorno venoso cerebral.</p>
<p>14.-Evitar maniobras de valsalva.</p>	<p>Se produce en la inspiración fuerte, manteniendo el aire contra la glotis cerrada existe una cierta presión, por lo que durante esta maniobra existe un déficit de aire y provoca que disminuye el flujo sanguíneo cerebral la expulsión de aire y relajación de los músculos.</p>

15.-Realizar la movilización pasiva cada 2 horas.	Durante la movilización del paciente debe ser de manera cuidadosa ya que los cambios de posición origina que exista una fuerza que disminuye el aporte de oxígeno al cerebro.
17.-Administrar antihipertensivos preescritos cada 8 horas (Captopril y prazosin).	Producen un descenso de la presión arterial que inhibe la enzima convertidora de Angiotensina I (ECA) disminuye la velocidad de la conversión de angiotensina el cual es potente vasoconstrictor disminuye la resistencia vascular periférica total. Actúan produciendo una disminución en la resistencia vascular periférica total con efecto vasodilatador con bloqueo en los adrenoreceptores. Muchos pacientes con EVC tienen una hipertensión existente y su circulación cerebral con el tiempo han sido presiones altas, el súbito descenso de la presión arterial puede provocar una nueva isquemia.
18.-Administrar Nimodipino 60mg cada 4 horas por SNG.	Indicado para prevención de déficit neurológicos isquémicos consecutivos a vasoespamos cerebral por hemorragia subaracnóidea que atraviesa por la barrera hematoencefálica por la penetración del tejido cerebral ayuda a que exista una vasodilatación de las arterias cerebrales.
19.-Administrar antiedemas preescritos cada 8 horas (Dexametasona)	Se emplea en tratamientos de todas las enfermedades en las que la terapia corticoide. Se emplea frecuentemente en el tratamiento del edema cerebral, para evitar que exista un nuevo ictus cerebral.

Ejecución.

Se monitorizan los signos vitales a través del monitor, así como el estado de conciencia se encontraba en estupor superficial, Valorando la escala de Glasgow apertura ocular que no presentaba, verbal y motora, valoración pupilar con una midriasis bilateral con respuesta, se decide inicia con sedantes y relajantes para evitar que exista un nuevo ictus cerebral isquémico con Propofol y Vecuronio continuo hasta reestablecer la función cerebral. Se monitoriza cada hora la perfusión cerebral con la PAM manteniéndola entre 80 y 90 mmHg. Durante el turno se realizan cambio de posición cada 2 horas, Se administra antihipertensivos cada 8 hrs. de captopril 25 mg y cada 12 prazosina 2 mg para mantener una presión adecuada. Para finalizar se administra nimodipino 60 mg cada 4 horas para favorecer la circulación cerebral por medio de los bloqueadores de calcio 60mg cada 4 hrs. Durante su estancia en el Hospital se realizaron las actividades de Enfermería con dicha precauciones como vigilar la presión arteria cada hora, la temperatura en parámetros normales, vigilar el patrón respiratorio para evitar la hipercapnia, antes de aspirar secreciones se verifico que mantuviera una adecuada saturación de oxígeno para iniciar el aspirado de secreciones por tubo endotraqueal en un tiempo limitado no mas de 10 seg. en cada aspiración, así como la movilización de cambios posturales de manera correcta.

Evaluación

La Señora Juana no presentó deterioro rostro caudal durante su estancia Hospitalaria por lo que se mantuvo una perfusión adecuada mejorando el nivel de conciencia hasta que se le fue retirando los sedantes se le proporciono una adecuada oxigenación así como la administración de medicamentos manteniendo en parámetros normales la PAM y la tensión arterial.

Necesidad de Oxigenación.

2.-Limpieza Ineficaz de la Vía Aérea R/C presencia de vía aérea artificial, broncoespasmo M/P Incapacidad para expectorar las secreciones

Fundamentación.

El acúmulo de secreciones en los conductos respiratorios inferiores se deben ser extraídos por succión con sonda para remover las secreciones de manera natural debido a que puede ocasionar el riesgo de bronco aspiración por la pérdida de la conciencia inhibe el patrón respiratorio por la penetración de secreciones en el árbol bronquial, las secreciones oro faríngeas puede ocasionar la presencia de tubo endotraqueal puede ocasionar la incapacidad de expectorar las secreciones pulmonares. Provoca que en el organismo no exista una adecuada oxigenación en la entrada y salida de aire que se encuentra bloqueada, las secreciones fluidificadas con la aplicación de fisioterapia pulmonar ayuda a mover las del tracto respiratorio.²⁰

Objetivo:

✎ La Sra. Juana mantendrá sus vías aéreas permeables.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación de Científica
1.-Valorar el patrón respiratorio	Ayuda a determinar la expansión pulmonar, durante cada inspiración y expiración, el personal de enfermería realizará los cuidados pertinentes si llega a existir alguna anomalía.
2.-Auscultar los ruidos respiratorio cada 4 hrs.	Ayuda a identificar la localización del sitio de las secreciones en el área pulmonar .Los ruidos normales de la respiración se generan en las vías respiratorias centrales y proximales que transmiten filtraciones hacia las zonas periféricas. Por lo que se producen los broncoespasmo y sibilancias. La respiración difícil al principio puede oírse por todos los campos de los pulmones, durante ambas fases de la respiración, conforme se va

²⁰ MEADOR Billie. *Enfermería en Cuidados Intensivos*2005, Pp, 95.

	<p>restringiendo el flujo del aire por la grave obstrucción y la secreción del moco disminuyen los sonidos respiratorios o incluso desaparecen esto indica un fallo respiratorio inminente,</p>
<p>3.-Valorar las características de las secreciones: cantidad, color, consistencia y olor.</p>	<p>Nos da el indicativo de presencia de infección pulmonar. Si se llegan a observar secreciones sanguinolentas indica que existe infección en el tracto respiratorio, la administración de antihistamínicos y descongestionantes es frecuente para disminuir el moco</p>
<p>4.-Realizar palmopercusión torácico y vibración pulmonar cada 4 horas cada 10 min.</p>	<p>La Percusión Torácico ayuda a movilizar las secreciones gruesas y profundas a lo largo del árbol bronquial favorece el arrastre de secreciones hacia las vías respiratorias altas pueden ser expectoradas o aspirar con mayor facilidad. La vibración son una presión suave que se aplica sacudiendo la pared torácico, solo durante la espiración porque aumenta la velocidad y la turbulencia del aire espirado , facilitando la eliminación de las secreciones, la vibración aumenta la espiración del aire atrapado y puede aflojar el moco e inducir la tos.</p>
<p>5.-Aspirar secreciones de tubo endotraqueal PRN.</p>	<p>Las vías respiraciones debe estar libres de cualquier obstáculo para vigilar una correcta ventilación así mismo se estimula el reflejo de la tos y elimina secreciones.La succión de secreciones a través de una sonda de sistema cerrado con la finalidad de mantenerlas por vía aérea permeable se debe realizar con técnica estéril para evitar el arrastre de M.O al tracto respiratorio. La rotación del tubo favorecerá la eliminación de las secreciones, que se han adherido a los lados del tubo</p>

	endotraqueal. ²¹
6.-Realizar lavado bronquial según necesidades.	Fluidifica secreciones espesas y desprendimiento de tapón mucoso de la cavidad pulmonar proporcionando un despeje de la vía aérea.
7.-Eleva la cabecera a 45°.	Favorece la expansión pulmonar y el drenaje de las secreciones orofaríngeas. Optimiza la contracción diafragmática.
8.-Realizar cambios posturales dos veces por turno (drenaje postural).	Estas medidas ayudan a drenar y eliminar las secreciones de segmentos concretos de los pulmones. Los cambios de posición arrastran las secreciones de segmentos específicos de los pulmones y bronquios hacia la tráquea llamado drenaje postural como en posición fowler elevada, decúbito lateral izquierdo o derecho, decúbito supino elevada la cabeza.
9.-Ministrar nebulizaciones cada 4 hrs. (Pulmicort y Combivent).	Ayudan a fluidificar las secreciones para facilitar la expectoración de secreciones pulmonares. El nebulizador dispersa un broncodilatador en partículas microscópicas que llegan a los pulmones con las inhalaciones. Los antitusígenos se deben administrar ya que la eliminación completa del reflejo tusígeno puede producir atelectasias e impedir el movimiento de las secreciones traqueo –bronquiales.

²¹ NANDA. *Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y Clasificación*. 2006, Pp246

Ejecución:

El día 03 de abril se inicia la exploración de los ruidos respiratorios identificando la presencia de secreciones pulmonares debido a la cantidad de secreciones que contenía a nivel pulmonar, se realiza palmo percusión torácica después del baño se aspiraran secreciones por tubo endotraqueal y por la vía oral de características amarillentas blanquecinas espesas, se mantiene la vía aérea . Durante el turno se realizan cambios posturales de decúbito lateral para favorecer el drenaje de secreciones. Cada 4 horas se administran Nebulizaciones con pulmicort y Combivent .Esto se realizó durante un periodo de 1 mes aproximadamente.

Evaluación:

Después de las medidas aplicadas se auscultan campos pulmonares con ruidos respiratorios claros sin presencia de secreciones, se mantiene así por el resto del turno. La respiración se desarrolla sin dificultad las nebulizaciones fluidifican las secreciones, mantiene la vía aérea durante el turno.

3.-Patrón Respiratorio Ineficaz R/C Lesión Neurológica (Evento Isquémico) y disminución de la expansión pulmonar M/P Falta de Automatismo Respiratorio.

Fundamentación:

El cerebro utiliza el 20% de oxígeno normalmente disponible en el cuerpo cuando el paciente que tiene EVC causa isquemia cerebral, el oxígeno complementario ayudara a prevenir muerte cerebral necesita de una ventilación mecánica para tener un equilibrio en el intercambio gaseoso, los músculo respiratorios no realizan su función de manera adecuada que por consiguiente ocasiona que el paciente no lleve a cabo la oxigenación esperada expansión y retracción de los pulmones se producen de manera pasiva es respuestas de cambios en presiones del interior torácica y de los pulmones y los centros reguladores del bulbo raquídeo y la protuberancia realizan las lesiones del EVC deprimen el sistema nervioso central afectando los centros respiratorios que, ocasionan la falta de automatismo respiratorio en donde existe un aporte de oxígeno, insuficiente para el organismos y para la corteza cerebral por la cual puede generar hipoxia tan sólo durante 3 a 5 min. provocando isquemia cerebral. Cuando el aparato respiratorio del individuo no funciona normalmente en ocasiones es necesario utilizar equipo mecánico para ventilar los pulmones. Según el grado de disfunción respiratoria, pueden utilizarse ventilación ayudada o controlada. La primera se refiere a un flujo de aire producido mecánicamente, iniciado por los esfuerzos respiratorios del paciente y sirve para mejorar la respiración inadecuada. En la ventilación controlada el flujo de aire se proporciona según un ciclo preestablecido que no depende de la respiración del enfermo.²²

Objetivo:

- ✎ La Sra. Juana Mantendrá el oxígeno necesario para su organismo por medio del apoyo ventilatorio mecánico.

²² TORTORA Grabowski . Principios de Anatomía y Fisiología 2003,Pp 768

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación de Enfermería</i>
1.- Valorar el Patrón Respiratorio	Ayuda a determinar la capacidad de expansión pulmonar y valora el patrón respiratorio normal proporcionara información sobre la frecuencia respiratoria
2.- Vigilar Parámetros Ventilatorios (FR,V-C Modalidad Ventilatoria).	Ayuda a determinar el intercambio de oxígeno pulmonar por la cual establecer los parámetros ventilatorios proporcionan gas hasta alcanzar una presión preestablecida sin importar el volumen significa que el volumen de cada respiración puede variar dependiendo de la presión establecida. Fio2, volumen corriente, límite de presión, Frecuencia, Automatismo, Flujo. Los ventiladores pueden dividirse en dos tipos. Unos operan con presión negativa y generan una aspiración (presión negativa) en el exterior del tórax. Por otra parte los ventiladores de presión positiva impulsan aire al interior de los pulmones por medio de una fuente impulsora produciendo en consecuencia una presión intratorácica (positiva) que expande los pulmones y el tórax.
3.- Valorar la entrada del Flujo al campo Pulmonar por medio de auscultación.	La auscultación del campo pulmonar ayuda a determinar los ruidos de inspiración y espiración pulmonar debe realizarse de manera sistemática. Cualquier mal funcionamiento de los pulmones o de los músculos respiratorios a causa de lesiones o el caso de EVC puede inferir la transferencia de oxígeno y bióxido de carbono.

<p>4.- Aspirar las secreciones según se Necesario.</p>	<p>La aspiración de secreciones permite mantener una vía aérea, permeable con la finalidad de valorar adecuadamente el intercambio de oxígeno del ventilador de volumen.</p>
<p>5.- Tomar Gasometría Arterial a diario</p>	<p>La toma de gasometría arterial nos proporcionar los valores normales de la presión de oxígeno y dióxido de carbono que tiene el paciente, del intercambio gaseoso. Así como la presencia de acidosis y alcalosis respiratoria o metabólica. Ayuda a evaluar el nivel de hipoxia con los gases arteriales (PCO₂, PaO₂, Ph, SaO₂), conforme la anormalidad de la perfusion de ventilación desemboca en hipoxia y alcalosis respiratoria continuando con acidosis respiratoria. La hipoxemia es común debido a la ventilación alteraciones en la perfusion, la inhalación del aire y la aceleración del ritmo respiratorio impiden el intercambio gaseoso</p>

Ejecución:

Se realiza la valoración del patrón respiratorio, se realiza cambios en los parámetros ventilatorios por medio de una gasometría arterial se realizan las modificaciones y establecimiento de los parámetros normales por parte del personal de inhaloterapia. Durante el turno se realizan la aspiración de secreciones tráqueo -bronquéales.

Evaluación:

Por medio del ventilador mecánico logra oxigenarse adecuadamente ya que la descompensación ventilatoria puede generar isquemia cerebral, se cumple el objetivo planteado en el plan de cuidados el paciente se encuentra estable realizando automatismo respiratorios adecuados.

Necesidad de Hidratación y Nutrición

4.-Exceso de Volumen de Líquidos R/C Exceso de aporte de Líquidos y reabsorción Intracelular M/P Edema Generalizado.

Fundamentación:

El organismo retiene agua y sodio en proporción, similares extracelulares debido a la administración demasiado rápido de perfusiones que contiene sodio , así el exceso del volumen de líquidos se alojan en los espacios intracelulares presente aumento de agua y sodio provocando edema en áreas generalizadas o palpebrales o en los tobillos. Se produce cuando el consumo de agua es mayor que su eliminación. Este exceso de agua causa una dilución excesiva del sodio presente en la sangre. Sanguíneo, el cuerpo posee también demasiado sodio y, por consiguiente, no puede desplazar el agua al depósito interno de las células. En las situaciones de sobrecarga de volumen, como la insuficiencia cardiaca, el líquido se acumula alrededor de las células en el tórax, el abdomen y la parte inferior de las piernas.²³

Objetivos:

- ✎ La Sra. Juana Mejorara el nivel normal del volumen de líquidos Corporales.
- ✎ La Sra. Juana Mantendrá un aporte de líquidos aproximadamente iguales.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentacion Científica
1.- Valorar los signos vitales (pulso, frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria cada 4 horas.	Los signos vitales son fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante.
2.- Vigilancia Hemodinámica mediante el catéter de Swan Ganz.	La vigilancia hemodinámica mediante el Swan Ganz la arteria pulmonar y tomar presiones de la arteria pulmonar (PAP), además de las presiones de enclavamiento de la arteria . Proporciona información sobre la recarga hídrica del paciente.

²³ THIBODEAU Patton. Enfermería Mosby. 2004,Pp 347

<p>3.-Pesar diariamente a la Sra. Juana.</p>	<p>El peso diario determina el estado hídrico del paciente el aumento de líquidos indica cambios en el volumen del espacio intravascular.</p>
<p>4.- Valorar diariamente el Edema por medio de la Escala de Fovea</p>	<p>Consiste en aplicar una presión con el dedo sobre las zonas inflamadas que queda una pequeña depresión o fosa en la piel produciendo un desplazamiento de líquido ayudará a determinar el grado de presión que va de 1+ a 4+.</p>
<p>5.-Llevar un control estricto de Líquidos</p>	<p>Indican los ingresos y egresos de líquidos que proporciona información acerca del equilibrio hidroelectrolítico del paciente. La determinación y el registro de la entrada y salida de líquidos durante 24 hrs.</p>
<p>6.-Administrar solución salina al 0.45% + cloruro de potasio para 24 horas.</p>	<p>Ayuda a mantener un balance hidroelectrolítico, de sodio y potasio en el espacio extracelular, ya que el exceso de sodio superior de 145mEq/L debido al aumento de la presión osmótica del líquido extracelular, el líquido se desplaza el espacio intracelular desde las células, como resultado las células se deshidrata. Es una solución isotónica con 500ml de solución salina al 9% + 500 ml de sol inyectable para obtener solutos iguales para compensar el potasio perdido.</p>
<p>7.- Medir la PVC (Presión venosa central) cada hora.</p>	<p>La presión venosa central mide el volumen de líquidos circulantes en sangre. La PVC por sí sola no es un indicador de hipovolemia, pudiendo estar normal o incluso elevada en pacientes con mala función ventricular izquierda. La PVC por lo tanto no refleja el estado de volumen circulante, mas bien indica la relación entre el volumen que ingresa al corazón y la efectividad con que éste lo eyecta.</p>

<p>8.- Valorar los Reflejos Tendinosos por Turno.</p>	<p>Un golpe seco en un tendón produce un estiramiento del músculo, estimula los husos musculares y produce contracción del músculo correspondiente. Valorar los reflejos tendinosos identifica si existe alguna irritabilidad muscular o nerviosa.</p>
<p>9.- Medir el volumen Urinario cada hora.</p>	<p>La excreción urinaria es una manera de medir la perfusión renal si la diuresis es normal se asume que el riñón esta bien perfundido y el flujo esplénico es adecuado, la diuresis normal en el adulto es de 30-40 ml por hora. Cuando existe la sobrecarga de líquidos puede generar que el sistema circulatorio se sobrecargue y colapsarse.</p>
<p>10.- Medir la Densidad Urinaria cada 2 hrs.</p>	<p>La densidad Urinaria es la capacidad de los riñones para diluir y concentrar la orina una densidad disminuida indicará incapacidad de los riñones para excretar solutos a la orina va hacer mas densa la y misma con mas solutos, con una densidad aumentada la orina será concentrada por la disminución de los líquidos.</p>
<p>11.- Cuantificar y registrar los ingresos y egresos de Líquidos.</p>	<p>Los registros exactos de los ingresos y egresos de líquidos ayudan a establecer notablemente a evaluar el estado de balance hídrico del paciente. La eliminación de líquidos se produce a través de cuatro órganos que pierden agua:*Riñones que producen de 1200 a 1500 ml de orina al día.*Piel: se pierde en promedio de 500 a 600 ml. de líquido en forma insensible al día.</p>

<p>12.-Valorar los niveles séricos (sodio y potasio)</p>	<p>Los valores de los electrolitos séricos valoraran si existe la pérdida de líquidos como el sodio y potasio o el aumento de sodio y potasio en el organismo, provocando un desequilibrio metabólico por la mala absorción intracelular o extracelular.</p>
---	--

Ejecución:

Se realizó la toma de signos vitales mediante monitoreo y en forma manual , así como el control hemodinámica con el catéter Swan Ganz para identificar las presiones a nivel pulmonar, para saber si existe una sobre carga de líquidos que pueden generar la disminución del aporte sanguíneo cerebral, se pesa diariamente a la Sra. Juana con un aumento de peso de 2 Kg. diariamente, con la valoración de la escala del Fovea se encuentra de edema tipo 3+ con depresión de la piel ,con llenado capilar de 3 seg. Midiendo la PVC cada hora oscilando con un volumen de 16-18 cmH2O cada hora manteniéndose entre 10-12 cmH2O.Se realiza un control de líquidos por turno calculando las pérdidas insensibles peso x 15 entre 24 hrs. x 8 hrs. Se registran los parámetros normales de los electrolitos séricos se observa un aumento del sodio de 148 mEq/dl.

Evaluación:

La Sra. Juana disminuyó el nivel de edema general de 3+ a 1+ con una adecuada eliminación de líquidos sin descompensarla, con una PVC de 10 cmH2O cada hora, con un peso normal de 100kg. Manteniéndola con volúmenes iguales con balance (-).

5.-Desequilibrio Nutricional por Exceso R/ingesta de Nutrientes Superior a las necesidades Metabólicas M/P Índice de la masa corporal de 3 3.3 Kg/m²

Fundamentación:

La obesidad se debe a un aumento del porcentaje de grasas, triglicéridos, en el tejido adiposo, lo cual determina un exceso de peso. Sin embargo, no todo sobrepeso significa obesidad ya que puede deberse a retención de líquidos, aumento de la masa muscular, etc. Si se ingiere mayor cantidad de energía de la necesaria esta se acumula en forma de grasa, si se consume mas energía que se necesita se utiliza la grasa como energía, por lo que la obesidad se produce por exceso de energía, como el equilibrio de entrada y salida de energía.²⁴

Objetivo:

✎ La Sra. Juana Disminuirá de peso de manera Gradual.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica
1.-Valorar el estado Nutricional.	Ayuda determinar el nivel de nutrición que se encuentra el paciente para poder establecer un protocolo recomendar una dieta durante su estancia Hospitalaria. Permite determinar el estado de nutrición de un individuo, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar en relación con su estado nutricional.
2.-Pesar una vez por semana a la Sra. Juana	El peso es una medida antropométrica evalúa el estado nutricional del paciente midiendo la masa corporal de la persona indicará si su peso es mayor a la de su estatura.

²⁴ CARPENITO L. *Diagnostico de Enfermería*. 2005 Pp 245.

<p>3.-Iniciar una dieta preescrita por vía enteral (Ensure) por SNG</p>	<p>Una dieta preescrita ayudará a mantener un adecuado estado de salud, el Ensure es una fórmula enteral completa y equilibrada que proporciona energía, proteínas y fibra con la finalidad de mantener la salud del paciente en condiciones necesarias cubriendo las necesidades alimenticias.</p>
<p>4.-Elevar la cabecera a 45° durante la dieta.</p>	<p>La posición semifowler contribuye a prevenir la regurgitación del alimento. Una posición adecuada de la SNG evitará una broncoaspiración ya que esta puede deslizarse hacia el pulmón, la posición correcta de la sonda debe estar en estómago ya que nunca esta vacío siempre contiene una pequeña cantidad de jugo gástrico. La peristalsis son contracciones musculares rítmicas y coordinadas que ocurren en el tracto digestivo con la finalidad de movilizar los alimentos sólidos y líquidos provocando sonidos diferentes normales o anormales</p>
<p>7.-Medir el contenido gástrico.</p>	<p>Un residuo elevado (> 100 ml), cuando el extremo de la sonda se ha dejado distal al píloro, puede indicar que ésta se ha desplazado se reduce la infusión a la mitad durante la siguiente hora. Si continúa alto, se debe avisar al Servicio Nutricional.</p>
<p>8.-Tomar glicemia capilar cada 8 hrs.en ayuno.</p>	<p>Ayuda a determinar la cantidad de glucosa circulante en sangre el mantenimiento de glucosa, evitar el aumento del metabolismo del organismo y de alguna manera evitar que sea un factor desencadenante de una nueva isquemia cerebral</p>

<p>9.-Vigilar datos posibles de desnutrición (disminución de peso exagerado y turgencia de la piel).</p>	<p>Será indicativo que la paciente esta bajando de peso de manera exagerada por lo tanto sabremos si se debe continuar con la misma alimentación o proporcionar otra que contenga los nutrientes necesarios para que por medio de procesos físicos y químicos lleguen a las células del cuerpo.</p>
---	---

Ejecución:

Se valora la necesidad de Nutrición encontrándose con obesidad extrema con IMC de 33.3 Kg./cm² posteriormente se pesó la Sra. Juana con peso de 100 Kg, por consiguiente se proporciona Ensure por SNG rico en fibra que contiene proteínas y energía debido a su estado se mantendrá el peso, durante la administración de la dieta se mantiene en posición semifowler para evitar que se broncoaspire, se verificó la permeabilidad de la SNG auscultando los ruidos intestinales se mantiene con sonidos normales previo al alimento se mide el residuo gástrico que fue de 20 ml , se toma la glicemia capilar de 150 mmHg con aplicación de insulina de 3UIEIRS. Aunque se mantiene con peso extrema es necesario vigilar su estado nutricional continuamente, ya que durante su estancia hospitalaria puede existir pérdida de peso de manera exagerada.

Evaluación:

La Sra. Juana mantuvo un IMC de 33.3 kg/m² de, se le recomendó qué alimentos puede consumir a los familiares, debido a su enfermedad se le recomienda una dieta hiposódica e hipocalórica, la Sra. Juana disminuyó su peso de manera gradual hasta llegar a pesar 90 Kg. en dos semanas.

6.-Deterioro de la Eliminación Urinaria R/C La disminución de la Función Renal Para Excretar y regular Productos de Desecho, Agua y Electrólitos M/P Oliguria.

Fundamentación:

La eliminación se encuentra alterada por la reducción de la perfusión renal por medio de la que existe una disminución de la filtración glomerular que conduce a ciertos cambios degenerativos con la pérdida de proteínas principalmente la albúmina a nivel del sistema renina angiotensina originando vasoespasmo renal que se produce en los espacios intravasculares provocando oliguria menos de 30 ml/hr y la presencia de proteínas en la orina lo que genera que se vea descompensada al intentar de aumentar el flujo renal.²⁵

Objetivo:

- ✎ La Sra. Juana Mantendrá un nivel lo mas cercano posible a los patrones de normalidad del volumen de líquidos excretados (evidenciándose por ausencia de nuevas alteraciones renales).

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica
1.- Valorar la Necesidad de Eliminación	Ayudará a saber si no existe problema en cuanto su eliminación el riñón pierde parte de su capacidad de concentración y de formar la orina normal
2.- Verificar las características de las micciones cada hora	Identifica algún tipo de problema renal en 24 hrs. así como sus características proporcionara datos relevantes para el control y el registro.
3.- Controlar la Diuresis cada Hora	Una disminución de la orina normal de orina indica la disminución de la filtración glomerular al final provoca una diuresis insuficiente y estimula la producción de renina provocando una vasoconstricción renal provocando el flujo de orina sanguinolenta.
4.-Medir densidad urinaria cada 2 horas.	Ayuda a determinar la concentración de orina de solutos en la orina es de alta densidad urinaria aumenta y en la orina diluida con pocos solutos de densidad disminuida.

²⁵ BEARE /Myers. Enfermería Medico-Quirúrgico. 2003, Pp678 -679

5.-Verificar resultado del EGO.	Indica si existe el descenso de la función renal deteriorando la eliminación de urea y creatinina
7.-Administrar infusión continua de dopamina a 10 ml por hora.	La dopamina a dosis bajas es el fármaco de elección, ya que estimula los receptores dopaminérgicos vasculares y dilata los vasos esplénicos, mesentéricos y renales mejorando la diuresis. También incrementan la contractilidad cardiaca
8.-Administrar diuréticos o carga de Gelafundin cada 8 horas.	Cristaloides solución salina) y coloides (expansores del volumen del plasma), debido a la pérdida de líquido vascular y su secuestro en los tejidos. La administración debe de realizarse con precaución para evitar una insuficiencia cardiaca.

Ejecución:

Se valora la necesidad de Eliminación Urinaria se observa que elimina 50 ml por hora con características de orina concentrada con densidad de 1025 cm. no concuerda su eliminación con el peso, se decide infundir una infusión de Dopamina con solución salina de 250 ml. continua de 10 ml/hr la función renal se suspende se decide infundir cargas de Gelafundin de 300 ml para 1 hora y ministración de diuréticos 20mg de furosemide cada 8 horas, recolectando orina de 24 hrs. de 500 ml.

Evaluación:

Se evalúa que la Sra. Juana mantuvo volúmenes de 80ml a pesar de que ya no tenia infusión de dopamina, por lo tanto se mantiene con diuréticos cada 8 horas.

7.-Estreñimiento R/C Movilidad Prolongada M/P Heces duras, secas y distensión abdominal.

Fundamentación:

El intestino grueso se extiende desde la válvula ileocecal se encuentra en el intestino delgado y el intestino grueso, implica la eliminación de heces duras y secas o la ausencia de eliminación de heces se producen cuando los movimientos, de las heces a través del intestino es lento lo que da tiempo a una reabsorción adicional de liquido del intestino grueso asociados al estreñimiento se encuentra la dificultad de evacuación de las heces. La acumulación de heces fecales duras, abundantes y el esfuerzo que se tiene para desalojarlas aumenta la presión sobre las paredes del intestino y entorpecen la circulación normal de la sangre en la parte inferior del cuerpo.²⁶

Objetivo:

✎ La Sra. Juana Mejorará su Patrón de Eliminación.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentacion de Enfermería
1.-Valorar la necesidad de Eliminación fecal.	Ayuda a personal de Enfermería a tener más información mas clara y precisa sobre las evacuaciones y así tomar las medidas necesarias para ayudar a mejorar su estado de eliminación.
2.-Proporcionar líquidos en cantidad adecuada por SNG.	El suministro de líquidos por sonda nasogástrica debe ser 2 lt. de agua ayudan a mantener las heces blandas facilitando su evacuación.
3.-Inspeccionar las características de las evacuaciones.	Las heces normales están compuestas por un 75% de agua y un 25% de materiales sólidos, son blandas, pero tienen consistencia, si las heces son propulsadas muy rápidamente a través del intestino grueso, no hay tiempo para que se reabsorba la mayor parte del agua del quimo, por lo que las

²⁶ LONG B..Enfermería Medico Quirúrgica. Un Enfoque del Proceso de Enfermería, 2003,Pp 567.

	<p>heces serán mas fluidas, conteniendo heces de un 95% de agua, las heces que tienen menos agua pueden ser duras y difíciles de expulsar.</p>
<p>4.-Auscultar ruidos intestinales.</p>	<p>Valorar la presencia de aire. El carácter del sonido determina la localización, el tamaño y la densidad de las estructuras subyacentes, comprobando las anomalías mediante la palpación y la auscultación.</p>
<p>5.-Proporcionar masaje abdominal .</p>	<p>Proporcionar masaje abdominal en sentido a las manecillas del reloj sirve como estímulo favoreciendo el tránsito intestinal y generar la evacuación</p>
<p>6.-Ministrar laxante prescrito cada 8 horas 10cc.</p>	<p>El lactulax esta indicado en el tratamiento de constipación intestinal que gracias al mecanismo de acción se logra un aumento del peristaltismo colónico y reblandecimiento de las heces, es un disacárido sintético no absorbible que son degradados por las bacterias colónicas ácido orgánicos de bajo peso molecular, estos productos retiene agua y aumenta el volumen fecal produce la motilidad colónica. Produce un efecto osmótica la acumulación de líquidos produce distensión a su vez facilita el aumento del peristaltismo y la evacuación disminuye las concentraciones sanguíneas acción de 24 a 48 hrs. desde su administración.</p>

Ejecución:

Se procedió a valorar la necesidad de Eliminación pudiendo detectar que la Sra. Juana Evacua cada 3er día sus características de las heces son de aspecto sólido, se identifican ruidos intestinales normales con depresión de abdomen depresible, se palpa dureza en la región abdominal. Se proporciona líquidos libre por SNG 350 ml. por turno, se administra lactulax para favorecer el peristaltismo. cada 8 horas.

Evaluación:

Durante sus estancia Hospitalaria la Sra. Juana evacua por los menos 2 veces por turno por la cual la heces se identifican más suaves e hidratadas.

Necesidad de de Moverse y Mantener una Buena Postura.

8.-Deterioro de la Movilidad Física R/C Debilidad Muscular M/P Movimientos espasmódicos descoordinados, limitación de la amplitud de movimiento y dificultad para girarse en cama.

Fundamentación:

Los músculos son formaciones anatómicas capaces de extenderse, contraerse, reaccionar frente a un estímulo y recuperar su forma y tamaño originales. Las fibras y filamentos de proteínas funcionan sincronizadas, están contenidas en las fibras musculares, la capacidad para desplazarse es esencial para poder realizar las actividades de la vida diaria .Al producirse un EVC isquémico resulta afectada en menor grado la corteza cerebral motora y en especial las fibras del haz piramidal que transmite los impulsos nerviosos motores a la musculatura, tales fibras provocan el entrecruzamiento a nivel del tronco encefálico, la musculatura afectada será contralateral al hemisferio cerebral afectado, por medio de movimientos espasmódicos y limitación de la amplitud de movimientos.²⁷

Objetivos:

- ✎ La Sra. Juana a través de un plan de ejercicio mejorará la movilidad física y la amplitud de movimiento durante su estancia hospitalaria.
- ✎ La Sra. Juana evitará espasticidad Muscular.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentacion Científica
1.- Valorar el Grado de Movilidad	Identificar el deterioro que existe y valorar que tipo de ejercicios podemos iniciar para que el personal de enfermería y el personal de rehabilitación pueda planear un plan de ejercicios para su recuperación de la fuerza muscular.
2.- Realizar la Valoración Distal Neurocirculatoria	Ayuda a determinar si existe alguna alteración cerebral tisular que provocan algunas lesiones.

²⁷ LOZA Hortensia . *Diagnósticos de Enfermería* . 1999, Pp98-99

<p>3.- Realizar cambios de Posición cada 2 horas.Enseñando al familiar mecánica corporal</p>	<p>Previendo en todo momento el aumento del deterioro de la movilidad. La mecánica corporal, es la buena posición de su cuerpo cuando usted está parado, sentado, acostado, caminando, levantando o cargando cosas pesadas. Esto es importante tanto en las personas saludables como en las que se encuentran enfermas. Mantener su cuerpo en buena posición ayuda a proteger su espalda y a usar su cuerpo en una forma segura. Los músculos de la espalda permiten que ésta se doble y mantenga el equilibrio. Estos músculos no son para usarlos levantando objetos pesados.</p>
<p>4.- Realizar movimientos amplitud en miembros torácicos y pélvicos.</p>	<p>Son ejercicios isotónicos para que el paciente mueva las articulaciones del cuerpo hasta posición mas extremas conservando la fuerza y la resistencia muscular, ayuda a mantener la función cardiorrespiratoria de los pacientes inmovilizados.</p>
<p>5.- Aplicar Masaje en Prominencias Óseas cada 2 horas.</p>	<p>Favorece la circulación sanguínea para evitar alguna lesión o contracturas músculo esqueléticas ,que ponga en riesgo lesiones musculares</p>
<p>6.-Realizar movimiento pasivos y activos cuando sea posible.</p>	<p>Los ejercicio pasivos ayudan a mantener el tono muscular y establece nuevas vías de impulso y a la regeneración neuronal, las células cerebrales adyacentes pueden asumir la función de las células dañadas nuevas células de fibras nerviosas pueden extenderse colateralmente o funcionan como vías nerviosas alternativas para reanudar la actividad.</p>

<p>7.-Mantener el cuerpo alineado y evitar posiciones incorrectas.</p>	<p>Se evita en gran medida el riesgo de lesiones en las articulaciones por la mala postura del cuerpo. El mantenimiento de una posición funcional previene las contracturas y deformidades que complican aun mas el proceso de recuperación, el peso del brazo sino se apoya puede provocar dislocación del hombro, inflamación articular o ambos.</p>
<p>8.-Proporcionar medias antiembolicas.</p>	<p>Las medias antiembólicas promueven el retorno venoso disminuyendo así el riesgo de la formación de trombos relacionado con la inmovilidad y la estasis venosa, los signos y síntomas señalados pueden indicar una embolia pulmonar o tromboflebitis</p>

Ejecución:

La Sra. Juana fue valorada por el personal de enfermería y rehabilitación para saber el grado de movilidad que tenía, encontrando se debilidad muscular con movimientos espasmódicos de lado izquierdo. Durante el turno se realizan movimientos pasivos y de arco para favorecer el movimiento, manteniendo el cuerpo alineado para evitar lesiones músculo esqueléticas.

Evaluación:

La Sra. Juana no sufrió ninguna lesión de contracturas o deformidades músculo-esqueléticas por lo que facilitará de manera adecuada su recuperación muscular y motora.

Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuada.

9.-Déficit de Autocuidado: Vestido R/C Disminución de la fuerza músculo-esquelética M/P Incapacidad de ponerse la ropa hospitalaria.

Fundamentación:

El deterioro de la capacidad funcional es un fenómeno frecuente asociado a la edad, una enfermedad aguda puede presentarse como declive brusco de la capacidad funcional, un cambio en el estado de la capacidad funcional es el indicador más sensible para identificar una nueva enfermedad. Las personas con algún padecimiento experimentan progresivas dificultades en el compromiso independiente de las actividades de la vida diaria, arrastrando una triple reducción de las capacidades del individuo, con desintegración de las funciones cognitivas, desorganización motriz y alteración del comportamiento, que trae consigo un desajuste en su desempeño ocupacional. Por ello, es importante favorecer los niveles de seguridad, readaptación y suplencia de las carencias, así como el mantenimiento y reentrenamiento de las capacidades restantes. Las personas que sufren alguna enfermedad pueden necesitar ayuda con las actividades de rutina relacionadas con el aseo personal e higiene. El conocimiento acerca de cómo cuidarse y las habilidades de cómo hacerlo: aumentan la capacidad de las personas y familias para evaluar su estado de salud y determinar la necesidad de buscar atención profesional, de esta manera transfieren confianza desde el personal de salud hacia ellos mismos.²⁸

Objetivo:

✂ La Sra. Juana desempeñara actividades autocuidado por si misma.

²⁸ Ibid.Pp.403.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
<i>1.-Valorar el grado de autocuidado.</i>	Ayuda a saber el grado de independencia o dependencia del paciente y a saber que las personas que sufren alguna enfermedad pueden necesitar ayuda con las actividades de rutina relacionadas con el aseo personal e higiene.
<i>2.-Realizar cambio de bata después del baño.</i>	El cambio de ropa favorece un estado de limpieza de la piel. Además de que provoca un estado de bienestar y ayuda a la apariencia. La ropa esta cerca de la piel están estrecho contacto son sudor , grasa, células epiteliales muertas y microorganismos.
<i>3.-Cambiar el pañal de tela en caso necesario.</i>	Ayuda a evitar posibles rozaduras ya que las heces son acidas, e irritan la piel.
<i>4.-Enseñar a la Sra. Juana al autocuidado.</i>	El autocuidado fomenta la independencia del paciente

Ejecución:

Se realizo la valoración de autocuidado identificando de que la Sra. Juana tiene disminución de la fuerza muscular, depende del personal de enfermería para realizar el cambio de ropa, por la cual se realiza diariamente el cambió de bata y pañal, se le enseña como realizar el cambio de ropa.

Evaluación:

Después de un mes y medio la Sra. Juana pudo realizar el cambio de ropa por si misma, aunque existe un poco de dificultad y tarda tiempo en realizarlo.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

10.-Déficit de Autocuidado: Baño /Higiene R/C Inmovilidad M/P incapacidad para realizar el baño por sí misma.

Fundamentación:

La acumulación excesiva de sebo en la piel es irritante en si que facilita la proliferación, bacteriana por tanto el baño se eliminan el sebo acumulado por el sudor, las células cutáneas muertas y bacteriana. La higiene personal es importante para el estado de salud general del individuo los paciente con EVC .La incapacidad para bañarse debido a la debilidad muscular que presenta por su larga estancia hospitalaria pierda en gran medida la fuerza para realizar cualquier movimiento, por cual depende del personal de enfermería para realizar cualquier actividad se manifiesta incapacidad para realizar el baño por si mismo.²⁹

Objetivo:

- ✎ La Sra. Juana Mantendrá un aseo corporal adecuado así como el cuidado de encías.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentacion Científica
1.- Respetar su privacidad e intimidad de la Sra. Juana.	Al mantener la privacidad y la intimidad al cubrirla con una sabana impide la exposición innecesaria de partes del cuerpo, al cubrir con una toalla mantiene el calor y cubre la intimidad.
2.-Preparar el equipo necesario para el baño.	El agua caliente tiende a relajar los músculos y aumenta la circulación tisular por la dilatación de los vasos capilares, el calor excesivo puede causar quemaduras, la temperatura dependerá si el paciente se encuentre normotermico será de 40 a 45° C ayudara

²⁹ NUÑEZ Balboa. *Enfermería Medico Quirúrgica*. 2006,Pp345-346

<p>3.-Realizar Baño de Esponja a Diario</p>	<p>La limpieza corporal brinda bienestar ayuda a eliminar sudor acumulado secreciones de MO y desechos para evitar infecciones y mantener una adecuada integridad de la piel, El baño estimula la acumulación del tono muscular por ejercicio activo y pasivo³⁰.Las prácticas higiénicas implican el cuidado de la piel, pelo, uñas, dientes áreas perineales y genitales.</p>
<p>4.-Valorar el estado de la piel y la frecuencia de los baños.</p>	<p>La disminución de secreciones sebáceas aumenta la sequedad y la escamosidad y como consecuencia la gente de edad avanzada soporta menos el jabón que los adultos jóvenes.</p>
<p>5.-Realizar la higiene del área perineal después de defecar.</p>	<p>Las heces generan mal olor provocando sensación de incomodidad en el paciente , los desechos corporales pueden irritar la piel causando rozaduras que ponen en peligro la integridad de la misma.</p>
<p>6.-Realizar cambios de posición a la Sra. Juana durante el baño.</p>	<p>Los cambios de posición ayudan a evitar la congestión pulmonar al estimular la expulsión de las secreciones con los cambios de posición.También favorecen la circulación y evita contracturas.³¹</p>

³¹ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

<p>7.-Secar la piel y pliegues Cutáneos.</p>	<p>La humedad en contacto con la piel por un periodo prolongado puede causar irritación y predisposición bacteriana.</p>
<p>8.-Realizar higiene Bucal.</p>	<p>La cavidad oral normalmente es un lugar en donde se acumula microorganismos con gran frecuencia ya que las personas inmunosuprimidas son susceptibles de adquirir infecciones agudas o crónicas, propensa a la formación de hongos como la candida albicans.</p>

Ejecución:

Diariamente se prepara el equipo para el baño, con temperatura de 40 a 45° C procurando cubrir su privacidad su intimidad, se realiza el baño de esponja, inspeccionando la frecuencia de los baños, realizando cambios posturales durante el baño, al termino del baño se seca con una sabana la piel y pliegues cutáneos como axilas, ingles y , espacios interdigitales de manos y pies, se realizara hasta que la paciente se pueda bañar sola, se realiza cambios de posición durante el baño, así como el aseo diario de cavidades orales para el mantenimiento de las encías y el cambio de ropa de cama.

Evaluación:

Durante el planteamiento del objetivo se cumple el objetivo establecido, se da un adecuado baño manteniéndola una adecuada higiene así como el cuidado de encías.

11.-Riesgo de aspiración R/C nivel de conciencia disminuido, depresión de reflejos nauseosos y tusígenos.

Fundamentación:

La aspiración es más frecuente en pacientes con alteración de conciencia, que reciben sedantes y relajantes musculares, están en posición supina, son alimentados a través de sonda de forma intermitente .Se dan los alimentos de sonda cuando una persona es incapaz de comer o tolerar bastante comida y suplementos orales. Las instrucciones del alimento específicas dependen de la cantidad y tipo de sonda que se usa. La aspiración pulmonar puede ser clínicamente silenciosa o presentar un cuadro de atragantamiento, seguido de broncoespasmo. Posteriormente la aspiración del contenido gástrico es un evento terminal durante el proceso de muerte de una persona, con independencia de la causa de la misma, la aspiración es una causa de muerte .³²

Objetivo:

✧ La Sra. Juana se mantendrá libre de signos de aspiración.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentacion Científica
1.-Valorar el nivel de conciencia.	Nos orienta sobre el grado de participación / colaboración que podrá mostrar el paciente. Este parámetro se refiere al grado de alerta y orientación respecto al medio que lo rodea.
2.-Vigilar al paciente para signos de aspiración (tos, disnea, cianosis).	Ayudará a evitar las posibles complicaciones para poder tomar las medidas necesarias.
3.-Auscultar ruidos respiratorios.	Para evaluar la existencia de aspiración y detectar la presencia de secreciones que puedan ocasionar una obstrucción en las vías aéreas. El flujo de aire a través de las vías aéreas causa turbulencias, que originan las vibraciones que percibimos como ruidos.

³²MUÑOZ Domínguez Miryam. *Cuidados Intensivo de Enfermería. 2004,Pp. 478*

<p>4.-Realizar percusión torácico cada 4 horas.</p>	<p>Ayuda a movilizar y desalojar tapones de moco y secreciones bronquiales.</p>
<p>5.-Aspirar cavidad bucal y nasal.</p>	<p>Para mantener la permeabilidad de las vías respiratorias.</p>
<p>6.-Percutir el abdomen.</p>	<p>Valorar la presencia de aire. El carácter del sonido determina la localización, el tamaño y la densidad de las estructuras subyacentes, comprobando las anomalías mediante la palpación y la auscultación.</p>
<p>7.-Auscultar sonidos intestinales cada 4 horas.</p>	<p>Los ruidos abdominales de cada cuadrante se producen de forma normal por el movimiento de aire y liquido a través de los intestinos. Lo que se trata de auscultar son ruidos que derivan de la movilidad del intestino. Se efectúa antes de la percusión y la palpación, ya que éstas pueden alterar los ruidos intestinales. La auscultación debe ser metódica y cubrir los distintos cuadrantes del abdomen. Las características de los ruidos normales para poder distinguir cuándo están aumentados y cuándo disminuidos. Como todos los sonidos, se puede distinguir frecuencia, intensidad, tono y timbre.</p>
<p>8.-Comprobar que SNG esté en posición correcta mediante la aspiración de residuo gástrico.</p>	<p>El residuo gástrico es normal cuando es la milésima parte del peso. Determina si se puede administrar o no la dieta. Un residuo elevado (> 100 ml), cuando el extremo de la sonda se ha dejado distal al píloro, puede indicar que ésta se ha desplazado se reduce la infusión a la mitad durante la siguiente hora. Si continúa alto, se debe avisar al</p>

	Servicio Nutricional.
9.-Medir residuo gástrico previa a la alimentación (Ensure).	Medir con una jeringa de 50 ml aspirar suavemente el contenido gástrico; una vez medido, reintroducirlo por la sonda; se considera buena tolerancia si dicho residuo no sobrepasa el 100% del volumen que se infunde por hora. Si el residuo gástrico sobrepasa el 100% del volumen infundido, o 100 ml en la última hora .Un residuo elevado (> 100 ml), cuando el extremo de la sonda se ha dejado distal al píloro, puede indicar que ésta se ha desplazado se reduce la infusión a la mitad durante la siguiente hora. Si continúa alto, se debe avisar al Servicio Nutricional.
10.- Mantener en posición semifowler a 45°.	Reduce el riesgo de aspiración, favorece la contracción del diafragma, permitiendo de esta forma la expansión pulmonar durante la inspiración
11.- Colocar cánula de Guedel.	Es un dispositivo de material plástico que, introducido en la boca del paciente, evita el desplazamiento de la lengua hacia la vía aérea y la consiguiente obstrucción de la misma. Se utiliza para mantener la vía aérea permeable y evitar que se broncoaspire el paciente.

Ejecución:

El día 15 al 30 de mayo valoré el estado de conciencia del paciente, se auscultan sonidos respiratorios, al término de esté ausculte sonidos abdominales y procedí a percutir el abdomen así como residuo gástrico que fue de 20 ml. Realicé palmopercusión 2 veces al día y a su vez le enseñé al familiar la técnica para que ella lo hiciera cuando el paciente lo requiriera. Procedí a realizar la aspiración de secreciones 3 vez al día, coloque al paciente en posición semi-fowler para alimentarlo por SNG.

Evaluación:

La Sra. Juana no manifestó signos de aspiración por lo que se mantuvo una adecuada aspiración de secreciones y se coloca en posición semifowler para evitar el reflujo gástrico durante su alimentación.

12.-Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea R/C La inmovilidad y presencia de humedad.

Fundamentación:

La piel es la primera barrera de protección, la presión prolongada en ciertas zonas del cuerpo provoca un inadecuado riego sanguíneo que produce insuficiencia vascular, anoxia y muerte histica. La piel intercambia oxígeno, nutrientes y líquidos con los vasos sanguíneos subyacentes, sintetiza nuevas células y elimina las células muertas no funcionantes. Las células necesitan una nutrición e hidratación suficientes para resistir a la lesión y la enfermedad. Es necesaria una circulación adecuada para la supervivencia de las células. La piel refleja los cambios del estado físico de una persona mediante alteraciones del color, grosor, textura, turgencia, temperatura e hidratación.³³

Objetivo:

✧ La Sra. Juana se Mantendrá libre de lesiones secundarias, llevando a cabo las medidas preventivas

Intervenciones de Enfermería	Fundamentacion Cientifica
1.-Inspeccionar la piel en busca de lesiones (ampollas, escaras).	Ayuda a detectar las características normales o signos físicos importantes en las regiones corporales.
2.-Buscar signos de presión en zonas de apoyo.	La presión excesiva es el factor desencadenante de las úlceras por decúbito. La presión daña los tejidos al ocluir los vasos sanguíneos y ocasionar necrosis isquemia.
3.-Mantener seca la piel y limpia especialmente en pliegues como: axilas e ingles. Así como aseo de genitales por turno después de cada evacuación.	Es importante evitar que la piel se macere por humedad continúa con medidas higiénicas meticulosas.Proporciona higiene, comodidad y bienestar al paciente.

³³ P13.-R Perry. Fundamentos de Enfermería , 2001,Pp:235

<p>4.-Realizar cambios de posición cada 2 horas.</p>	<p>Una posición correcta permite la realización óptima de la exploración física. Alivian y alternan las zonas de presión corporal</p>
<p>5.-Protección especial en prominencias óseas colocando almohadillas como protectores. En zonas susceptibles como: rodillas, cabeza de peroné, maléolos, tobillos y codos.</p>	<p>La presión es el principal factor causal en la formación de las úlceras por presión. El uso de dispositivos proporciona un sostén al cuerpo, no restringe la circulación de la sangre, ni origina puntos de presión. Las prominencias óseas que soportan peso solo están cubiertas por piel y pequeñas cantidades de grasa subcutánea.</p>
<p>6.-Evitar posiciones que causen presión excesiva.</p>	<p>Estas medidas sirven para prevenir el bloqueo duradero de flujo sanguíneo, que obstaculiza la nutrición de la piel.</p>
<p>7.-Asegurar una adecuada ingesta de líquidos y nutrientes.</p>	<p>Si la dieta es insuficiente en calorías, proteínas y líquidos, la tolerancia tisular disminuye y los tejidos se hacen mas vulnerables a presiones menores</p>
<p>8.-Mantener una higiene estricta de la piel.</p>	<p>El baño proporciona al paciente la limpieza general, favorece su comodidad y descansa y hace la función de retirar secreciones e impurezas de la piel.</p>
<p>9.-Humectar la piel con loción emoliente o una capa fina de crema.</p>	<p>Para conservar la piel suave y flexible</p>
<p>10.-Realizar cambio de pañal cada que sea necesario.</p>	<p>Sustituir un pañal mojado o evacuado por uno limpio se mantiene cubierta y limpia la zona de los genitales y glúteos, protege la piel fría y sensible y proporciona comodidad al paciente.</p>

<p>11.-Elevar los Miembros pélvicos.</p>	<p>El edema retarda la difusión de oxígeno y el transporte metabólico desde los capilares a las células.</p>
<p>12.-Aplicar vendajes compresivo en miembros pélvicos.</p>	<p>Son vendajes blandos realizados con venda elástica que se utilizan para realizar presión. La finalidad del vendaje compresivo es aumentar el gradiente de presión en la zona de aplicación con el objeto de conseguir una disminución de la salida de líquidos del interior vascular a la zona intersticial . Las bacterias proliferan en las zonas húmedas y sucias, así como los vendajes limpios y bien aplicados proporcionan bienestar, de la cual favorece la circulación sanguínea de las extremidades.</p>
<p>13.-Proporcionar masaje y golpear con suavidad en las zonas que rodean las prominencias óseas.</p>	<p>Se estimula el retorno venoso, se aminora el edema y mejora el tono vascular.</p>
<p>14.-Evitar cuerpos extraños y mantener la ropa de cama bien estirada evitando pliegues.</p>	<p>Los cuerpos extraños en el colchón pueden irritar la piel al igual que las arrugas de la ropa. El colchón tiene poca ventilación.</p>

Ejecución:

Del 13 al 27 de abril procedí a inspeccionar la piel en busca de cualquier alteración que se presentara en ella. El 25 de abril a las 9:00 a.m. realicé un baño de esponja e inmediatamente después le apliqué en su piel aceite. Durante la aplicación de aceite se le proporciona un masaje de las prominencias óseas para favorecer la circulación. A las 10 a.m. al paciente colocado en posición semi-fowler le coloqué 2 almohadas en miembros superiores e inferiores. A partir de las 8:30 a.m. hasta la 1:00 p.m. con un espacio de cada 2 horas procedí a realizar cambios de posición chocando al paciente decúbito lateral derecho e izquierdo, posición semi-fowler y cada 2 horas. El cambio de pañal se realizaba una vez por turno, procurando restirar muy bien las sabanas procurando que no quedaran arrugas.

Evaluación:

Durante su estancia Hospitalaria de la Sra. Juana se mantuvo sin datos de lesiones de la integridad de la piel por lo que se logró de los objetivos pues estableciendo una rutina de inspección diariamente se pudo llevar a cabo el cuidado eficaz de la piel así como conductas y técnicas para evitar lesiones en la piel manifestando el paciente de manera no verbal entender el régimen de tratamiento y terapia. La piel se conserva íntegra durante su estancia hospitalaria.

13.-Riesgo de infección R/C Procedimientos Invasivos (Tubo Endotraqueal, catéter venoso central, SNG y Sonda Vesical) y defensas secundarias inadecuadas.

Fundamentación:

Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento. El control de infecciones reducen en gran medida o eliminan la fuente de infección para evitar el riesgo de entrada y multiplicación de microorganismos invasivos, provocando así daño en las células de los tejidos de la cual existe una menor resistencia, así como los procedimientos que se realicen con el paciente debe ser completamente con técnica estéril esto evitara el riesgo de surja alguna complicación .³⁴

Objetivo:

✂ La Sra. Juana se mantendrá sin evidencias de signos de infección.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica
1. Realizar inspección de la piel diariamente el sitio de punción de rubor, calor o secreciones en la entrada de catéteres.	Ayudara identificar algún riesgo de infección evitando ciertas complicaciones.
2.-Utilizar las precauciones estándar en todo momento.	Mantendrá una barrera protectora para los microorganismos .las medidas estándar tiene como objetivo evitar la trasmisión de microorganismos de la sangre o líquidos corporales, ayuda a evitar la entrada de microorganismos patógenos en sitios de inserción evitando la introducción.
3.-Realizar cambio de apositos diariamente sobre herida quirúrgica.	Los apositos húmedos establecen un medio de cultivo para la proliferación de microorganismos esto se debe evitar.

³⁴ SWERRINGE P.. *Manual de Enfermería Intervenciones de Enfermería, Tratamiento*, 1998 Pp 789

<p>4.-Realizar cambio de SNG sonda foley en caso necesario.</p>	<p>Todo procedimiento invasivo puede llegar a obstruirse o filtrarse por lo que se debe realizar el cambio cuando lo amerite llevando las técnicas necesarias.</p>
<p>5.- Auscultar en busca de focos neumónicos y observar la presencia de secreciones respiratorias.</p>	<p>Permite valora si existe problemas de neumonía u otra patología ya que en tracto respiratorio permanecen en los pulmones o en las vías respiratorias favorecen el crecimiento de bacterias que pueden producir infección la aspiración continua de secreciones.</p>
<p>7.-Realizar aseo de la cavidad oral con antiséptico o solución bicarbonatada.</p>	<p>Para disminuir la incidencia de neumonía nosocomial.</p>
<p>8.-Realizar la toma de urocultivos, hemocultivos y secreción bronquial según indicación medica.</p>	<p>Los cultivos ayudan a identificar el microorganismos causante de la infección con la finalidad de indicar cual es el antibiótico correcto para destruir al microorganismo patógeno ya sea gram + y gram -.</p>
<p>9.-Vigilar características de la orina color, olor y presencia de sedimento.</p>	<p>Ayudan a identificar las posibles infecciones por medio de la observación de las características de la orina.</p>
<p>10.-Ministración de antibióticos (Ceftriaxona), 1 gr. Cada 12 horas.</p>	<p>Ayudan a destruir los microorganismos de las infecciones de las vías respiratorias, neumonía. Inhibiendo la síntesis de la pared bacteriana al unirse específicamente a unas proteínas.</p>

Ejecución.

El día 12 de abril se realizó la valoración de la piel en busca de enrojecimiento u otras lesiones, inspeccionando los puntos de inserción de catéteres y inserciones de SNG, sonda Foley, las curaciones se realizan cada 7 días, así como el recambio de sonda vesical por infiltración. Sin presentar ningún problema, se realiza la curación de catéteres cada 7 días o cuando lo amerite así mismo teniendo en cuenta las medidas estándar de protección en cada procedimiento. Se realiza también la infección de hemocultivos y urocultivos para descartar algún grado de infección.

Evaluación

El paciente se mantuvo sin datos de infección por lo cual se cumple el objetivo establecido se mantiene estable.

14.-Riesgo de Deterioro de la Integridad de la Mucosa Oral R/C La presencia de Tubo Endotraqueal.

Fundamentación:

La mucosa bucal está constituida por un epitelio de recubrimiento y por tejido conectivo laxo que lo sostiene y nutre, llamado lámina propia. Ilustración. De acuerdo a características funcionales se pueden observar variaciones histológicas y podrán encontrarse mucosas queratinizadas en paladar o encías y con gran variedad papilar, como acontece en lengua cubierta por una mucosa especializada. La mucosa bucal, es muy parecida a la piel, en el sentido que también esta formada por epitelio, siendo su gran diferencia que la piel es queratinizada, mientras que en la mucosa es paraqueratinizada, es decir, que la mucosa no posee la capa de queratina. Con respecto al estrato basal de la mucosa bucal, este es más próximo al tejido conectivo, teniendo estas la capacidad de dividirse; responsabilizando de la adición de las células nuevas. La Alteración física considerando que esta pueda ser causa de una enfermedad característica⁷, aparece en la piel y la mucosa bucal sanas, teniendo diversas causas. En este estadio se puede encontrar lesiones sólidas, líquidas y aquellas que están destinadas a eliminarse.³⁵

Objetivo:

- ☞ La Sra. Juana Disminuirá el grado de Lesión de la cavidad oral durante su estancia en el Hospital.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica
1.-Valorar la integridad Oral.	Ayuda a identificar las lesiones presentes en la cavidad oral con la finalidad de realizar los cuidados pertinentes.
2.-Hidratar la mucosa con gasas húmedas cada 2 horas.	El cuidado adecuado de la cavidad oral y labios hace que permanezcan hidratadas evitando así la resequeidad.
3.-Realizar aseo bucal diariamente.	Permite mantener en un buen estado la cavidad oral y sus anexos encías, dientes y mucosa oral evitando la formación de úlceras e infecciones.

³⁵ ROPPER H. Allan. *Principios de Neurología. Ed: Mc Graw- Hill 2001, Pp. 1004-1005.*

4.-Realizar la aspiración de secreciones de manera gentil.	La aspiración de secreciones permite mantener una vía aérea permeable con la finalidad de valorar adecuadamente el intercambio de oxígeno del ventilador de volumen.
5.-Rotar el tubo endotraqueal cada turno.	Comprobar la colocación del tubo endotraqueal, marcándolo a nivel de la comisura labial con un rotulador. Los cambios en el tubo endotraqueal evita la formación de laceraciones en la cavidad oral el cambio cada turno favorecerá la integridad oral
6.-Cambiar telas de fijación de tubo endotraqueal PRN.	Cambiar la cinta de sujeción del tubo endotraqueal evitando los puntos de presión continuos. Ya que es un medio susceptible para la entrada de microorganismos en la vía aérea.

Ejecución:

Se valora la integridad de la mucosa oral por lo que se observo con sangrado de la v.o por el tubo endotraqueal por lo que se procedió a humedecer los labios y limpiar el resto del sangrado, se realiza el aseo diario de la cavidad oral así como su inspección, cuando es necesario aspirar al paciente se realiza de manera correcta introduciendo la sonda de aspiración por los carrillos para evitar alguna lesión.

Evaluación:

La Sra. Juana se mantuvo sin datos de lesión de la cavidad oral por, lo que se le explicó al los familiares como realizar el aseo de la vio oral y como identificar las lesiones.

Necesidad de Evitar Peligros

15.-Riesgo de Manejo Ineficaz del régimen Terapéutico R/C La complejidad y el coste del régimen terapéutico o falta de información del tratamiento y barreras de comprensión (visual, déficit cognoscitivo, lingüístico).

Fundamentación:

El incumplimiento del tratamiento por parte de los familiares por la complejidad de la enfermedad puede generar la conducta de la persona como el familiar efectuar cambios en el estilo de vida dependerá de las recomendaciones de Enfermería y el medico o higiénico-sanitarios para poder llevar a cabo y evitar el riesgo de que tanto el paciente como los familiares dejen de cumplir las indicaciones del tratamiento de la enfermedad de EVC isquémico. La ausencia total de conocimientos indica una importante fuente de dificultades tanto físicas como psicológicas comprometiendo su estado de salud trayendo como consecuencia la angustia que se representa en incertidumbre frente a lo nuevo, lo desconocido. La angustia, produce un estado emocional de inestabilidad psíquica, que se desata en el individuo ante la incertidumbre del futuro trae como consecuencia una falta de atención relacionado con la enfermedad. Si esto perdura y se repite de manera recurrente, como suele suceder, el daño en la autoestima se irá incrementando paulatinamente. El individuo se desmotiva, se repliega en sí mismo y pierde el interés, y a consecuencia el problema aumenta y se complica.³⁶

Objetivos:

- ✧ La Sra. Juana y su familia podrán en practica las medidas necesarias para prevenir complicaciones.
- ✧ Describirán las causas y factores que contribuyen a la aparición de EVC tratamiento de la enfermedad y control de síntomas.
- ✧ La paciente Juana y su familia referirán menor ansiedad, con temor a lo desconocido.

³⁶ www.exactas.unlpam.edu.ar/academia/carreras/enfermeria/documento/introalmodelos

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Científica</i>
<i>1.- Valorar el grado de Conocimientos de los Familiares</i>	Ayuda a identificar los factores que desencadenan la enfermedad de EVC así mismo desarrollar un programa de aprendizaje pueden interferir que el paciente o la familia no alcancen los objetivos de aprendizaje necesitara un especialista para asistencia .
<i>2.-Orientar al paciente y ala familia sobre el riesgo de un nuevo evento de EVC.</i>	Ayuda a disminuir el grado de ansiedad por el conocimiento de la enfermedad y así mismo enfrentarla de una manera adecuada teniendo conocimiento de los signos de alarma.
<i>3.-Identificar los factores de influencia el aprendizaje.</i>	La capacidad de aprender del paciente y6 de los familiares se ve afectada por un numero de variables que deben ser consideradas, la negación sobre la enfermedad la falta de recursos económicos y la depresión pueden afectar la capacidad y motivación del paciente para aprender.
<i>4.-Explicar los efectos secundarios del tratamiento.</i>	Ayudara a detectarlos y comunicarlos inmediatamente al medico si que se produzca miedo o ansiedad. La pronta detección del problema facilita una rápida intervención para prevenir complicaciones mas serias
<i>5-Proporcionar al paciente y a la familia información sobre la utilización de servicios sanitarios.</i>	La información sobre como manejarse dentro del área hospitalaria ayuda al paciente y a la familia a sentirse más tranquilos y aun mejor control del cuidado del paciente.

<p>6.-Explicar los cambios que se producirán en la vida diaria del paciente a los familiares.</p>	<p>La explicación de los cambios necesitan tiempo para ser integrado proporcionara tranquilidad al paciente ya que vera que no se producirían todos al mismo tiempo.</p>
<p>7.- Proponer a la Sra. Juana y a la familia que asistan al centro de apoyo del INNN así como la proporcionarles material de apoyo para el manejo de la enfermedad.</p>	<p>Estos recursos podrían proporcionar una mayor información y apoyo tanto para el paciente para los integrantes de la familia</p>

Ejecución:

El día 31 de mayo se valoro el grado de conocimientos que presentaba la familia sobre su enfermedad de su paciente indicando que no sabia nada al respecto con la enfermedad, se le dio una orientación a los familiares sobre la enfermedad. Los signos de alarma para cuando se de de alta tengan conocimientos sobre su cuidado en su domicilio.

Evaluación:

De acuerdo al objetivo establecido en la etapa de planeación se orientó a los familiares sobre la enfermedad de EVC haciéndoles saber los signos de alarmas, que deben hacer en caso de volver a presenta un EVC.

Necesidad de Comunicación

16.-Deterioro de la comunicación Verbal R/C Efecto de la Lesión Neurológica M/P Incapacidad para Hablar.

Fundamentación:

La comunicación es un proceso social básico, que significa la acción y efecto de hacer a otro participe la comunicación es la necesidad de satisfacer las necesidades básicas, Comunicarse es hacer conocer a otras personas nuestros conocimientos o pensamientos. Para que exista comunicación debe existir un emisor, un receptor, un mensaje y un canal a través del cual se enviará el mensaje. Si alguno de estos elementos falla, se dice que se ha producido una interferencia y no podrá establecerse la comunicación. Debido a la lesión cerebral lesiona una el área motora del lado frontal ya que el lado que lo controla y si es deteriorado no podrá llevarse acabo la comunicación.³⁷

Objetivo:

- ☞ La Sra. Juana se comunicará en forma aceptable (comunicación Enfermera-paciente, paciente- familiar).

Intervenciones de Enfermería	Fundamentacion Científica
1.-Valorar el grado de conocimientos.	La identificación de los problemas de comunicación es el primer paso para poder iniciar una rehabilitación que el paciente es incapaz de recibir la información pero la interpretación de los estímulos y la formación de respuestas son lentas.
2.-Llevar a cabo con la Sra. Juana una comunicación terapéutica por medio de la vista.	La comunicación es el intercambio de información entre dos o mas personas esta clase de comunicación incluye hablar escuchar o escribir y leer. Los pensamientos se expresan a otros no solo con hablar sino con gesto y acciones del cuerpo para llevar la comunicación de paciente- enfermera.

³⁷ RIOPLELLE. Cuidados de Enfermería Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. Pp 675

<p>3.-Transmitir el deseo de comunicación con la Sra. Juana.</p>	<p>La incapacidad de comunicarse en forma verbal o escrita reduce la capacidad de establecer contacto con otros humanos y por lo tanto hace desaparecer un aspecto importante de la estimulación sensitiva</p>
<p>4.-Crear un medio estimulante y comodidad.</p>	<p>El ambiente tranquilo cómodo y afectuoso debido a sus capacidades limitadas del lenguaje promueve una atmósfera de comunicación entre dos personas</p>
<p>5.-Mantener un ambiente tranquilo (con luz aceptable, temperatura y comodidad).</p>	<p>Las distracciones se reducen al mínimo para optimizar la capacidad de atención del cliente</p>

Ejecución:

Se valora la necesidad de Comunicación por la cual se identifica que existe una nula interacción social tanto como el personal de Enfermería y sus familiares. Durante mi estancia con la Sra. Juana llevaba una comunicación cuando le realizaba algún procedimiento así como la ubicación del día, mes y año así como el lugar en donde se encuentra en estos momentos, pude observar que tenía dificultad para poder expresar lo que se le preguntaba, tomé la decisión de comunicarme con los ojos si los cerraba era un si y si los mantenía abiertos era un no, se proporciona un ambiente tranquilo y cómodo según necesidades.

Evaluación.

La Sra. Juana a través de los días fue emitiendo sonidos de si y no cuando algo no le parecía, se canaliza una especialista de lenguaje para poder iniciar con su rehabilitación poco a poco.

11.-PLAN ALTA.

Al concluir la estancia Hospitalaria se debe proporcionar por escrito una serie de acciones que deben realizarse en el hogar con el apoyo de su familia para preservar la salud integral del cliente.

****Acudir a sus consultas médicas cada 15 días, posteriormente al mes, a los dos, cuatro y seis meses y a citas de control cada año al Instituto Nacional de Neurología.***

****Trabajar con ello el régimen terapéutico debido a que el paciente es hipertenso tratando con captopril y una dieta baja en Sodio.***

NUTRICIÓN.

- Dieta: Blanda, debe incluir de los tres grupos de alimentos solo se le recomienda que sea dieta hiposódica e hipocalórica.

Grupo 1: 50% cereales y tubérculos.

Grupo 2: 20% leguminosas y oleaginosa.

Grupo III: 30% frutas y verduras

La dieta debe ser completa, equilibrada, variada, suficiente e inocua.

Dieta hipocalórica: Ideal para controlar el peso o perder esos kilos de mas con moderación, dan prioridad a los alimentos naturales poco elaborados. Basadas en el control y la limitación de las calorías consumidas, las dietas hipocalóricas han sido empleadas desde siempre para perder peso de una forma saludable.

Dieta Hiposódica: El sodio que ingerimos en la alimentación habitual procede del contenido en el propio alimento, es el sodio de constitución; y el cloruro sódico (*sal común*) que añadimos en la mesa o en la cocina, es sodio de adicción. En la alimentación habitual consumimos de 10 a 15 g de cloruro sódico (*sal común*) que equivalen a 3.900 a 5.900 mg de sodio.

Reglas para una buena nutrición:

- 1.-Incluir por lo menos un alimento de cada grupo en desayuno, comida y cena.
- 2.-Variar lo mas posibles de alimentos que se consumen a diario.
- 3.-Destinar a la preparación de la comida, tiempo, interés e imaginación para que sea agradable.
- 4.-Procurar consumir alimentos de temporada.
- 5.-Inocuidad (en cantidades que no causen daño).

Dieta Hipocalórica.

7 AM: Café con leche (descremada o semi) con 6 galletitas (de las chicas) .

9:30 AM: Una manzana o un yogur dietética.

12 AM: ALMUERZO

15 PM: Una manzana

17:30: Café con leche (descremada o semi) con 6 galletitas (de las chicas).

CENA

* 200g carne roja magra o pollo o pescado

* Pasta, arroz, Pone de papas.

* Tarta de verdura 1 porción (1/4 plato)



Recomendaciones:

- Consumir abundantes Líquidos.
- Aumentar el consumo de fibra en la alimentación como verduras y frutas con cáscara, cereales integrales, tortilla de maíz, amaranto, avena, salvado de trigo, fríjol, haba, lenteja, garbanzo, etc.
- Los alimentos deben ser picados en trozos pequeños.
- Asistirlo durante la comida para evitar el riesgo de aspiración.
- Aumentar el consumo de agua mínimo 2 litros por día, y si es posible 3, evitando el refresco y café.
- Disminuir el consumo de harinas refinadas (pastas, hot-cakes, bolillo, tortilla de harina, etc.).

MEDICAMENTOS.

****Instruir al familia sobre los medicamentos, dosis, vía y forma de administración y efectos secundarios.***

Omeprazol

El omeprazol, es un fármaco que reduce la secreción de ácido gástrico a través de un mecanismo altamente selectivo. Actúa rápidamente y produce un control mediante la inhibición reversible de la secreción ácida del estómago, con sólo una dosis diaria.

Efectos Secundarios.

El omeprazol puede provocar efectos secundarios. Dígale a su doctor si cualquiera de estos síntomas se vuelve severo o si no desaparece:

- dolor de estómago
- diarrea
- mareos
- salpullido leve (erupciones en la piel)
- estreñimiento
- tos

Dosis: 1 tableta cada 24 horas por v.o preferentemente antes de las comidas

***Metoclopramida**

La metoclopramida se usa para aliviar las náuseas y los vómitos; la pirosis (calor estomacal), el dolor de estómago y la hinchazón abdominal; y la sensación persistente de hinchazón después de las comidas.

Este medicamento también puede ser prescrito para otros usos; pídale más información a su doctor o farmacéutico.

Efectos secundarios

Aunque los efectos secundarios de este medicamento no son comunes, podrían llegar a presentarse. Dígale a su doctor si cualquiera de estos síntomas se vuelve severo o si no desaparece:

- somnolencia (sueño)
- agitación
- fatiga
- estreñimiento (constipación)
- diarrea

Dosis: Adultos: 10 mg I.V. en una dosis única

***Captopril**

El captopril pertenece al grupo de medicamentos llamados inhibidores ECA. Se usa para tratar la presión alta (hipertensión).

Efectos secundarios

- Tos
- Fiebre
- Escalofrío
- Dolor de estomago
- Comezón de la piel u ojos
- Hinchazón de cara, boca, manos, pies
- Mareo
- Náusea
- Vómito
- Dolor de cabeza
- Dificultad para respirar
- Cansancio.

Dosis: 25 mg por V.O cada 24 horas.

***Nimodipino**

El nimodipino se usa para tratar los síntomas secundarios provocados por la rotura de un vaso sanguíneo cerebral (hemorragia). Aumenta el flujo sanguíneo al tejido cerebral dañado.

Efectos secundarios:

- Mareos o náuseas
- Bochornos (sofocamiento por calor)
- Pirosis (acidez estomacal)
- Frecuencia cardíaca más rápida que lo usual

Dosis: 60mg V.O cada 4hrs.

***Prazosin.**

La prazocina es utilizada para el tratamiento de pacientes que presenten hipertensión arterial, tratamiento de la insuficiencia cardíaca. La encontramos en el mercado en forma de cápsulas de 1 mg y 2 mg. La dosis que inicialmente se sugiere es de 1 cápsula de 1 mg al momento de acostarse, después 1 mg una vez al día y luego, si su médico lo considera necesario, una cápsula de 2 mg una vez al día.

****Efectos Secundarios:***

. Durante la lactancia debe ser muy cauteloso con su uso. Un número reducido de personas responden de una manera brusca y exagerada a la dosis inicial de prazocina, presentando bajas de la tensión arterial en forma significativa, que se evidencia por mareos, debilidad, y en raras ocasiones, pérdida de la conciencia.

Dosis: 2mg cada 8 hrs.

****Dar un Breve explicación a la familia sobre la importancia de los cambios frecuentes de posición, de los signos tempranos de lesión de los tejidos y los sitios más probables de las lesiones.***

➤ DECÚBITO SUPINO .

- **Cabeza y cuello:** El cuello debe quedar recto para que la cabeza y el tronco queden a la misma altura de manera que la cabeza no quede levantada ni caída. Para ello colocaremos una almohada con la altura adecuada.
- **Brazos:** Los colocaremos algo separados del cuerpo, con los codo estirados y las palmas de las manos mirando hacia el cuerpo o hacia arriba, con los dedos estirados como si agarraran un vaso. También podemos colocar los brazos en cruz, con los codos flexionados y las manos apoyadas sobre la cama. En ambas posiciones colocamos una almohada bajo los brazos para que queden a la altura del pecho.

- **Piernas:** Estiradas o con la rodilla ligeramente flexionada. Los pies deben quedar en ángulo recto. Para ello colocamos un tope al final de la cama para que la planta del pie quede apoyada y otra almohada bajo las rodillas para que queden en semiflexión. También podemos colocar almohadas a ambos lados de los pies para que miren hacia el techo.

➤ **DECÚBITO LATERAL**

- **Lado apoyado:** Brazo hacia delante, con el codo doblado y la mano apoyada en la almohada de la cabeza con la palma hacia arriba, o brazo estirado con palma de la mano mirando hacia arriba. La pierna queda estirada con el pie mirando hacia delante.
- **Lado libre:** Brazo hacia delante, con el codo doblado y la palma de la mano hacia abajo. La pierna se colocará doblada hacia delante y con el pie recto mirando hacia delante.
- Para que brazos y rodillas no choquen debemos colocar una almohada entre ellos y así queden rectos y apoyados en la almohada. Además colocaremos una almohada en la espalda para que quede algo inclinado hacia delante y no caiga hacia atrás.

➤ **DECÚBITO PRONO**

- Es una postura poco utilizada puesto que se oprimen los pulmones y en esta respirar. Se utiliza en casos en que hay lesión de espalda, glúteos o cualquier parte posterior del cuerpo.
- **Brazos:** Estirados a lo largo del cuerpo con la palma de la mano mirando al techo, o en cruz, con los codos doblados y palmas apoyadas en la almohada de la cabeza.
- **Piernas:** Estiradas, se pueden colocar los pies por fuera de la cama o por dentro pero con una almohada bajo los tobillos para que queden en ángulo recto. Colocaremos además una protección (algodón, gasa...) en la garganta de los pies para evitar roces. Además colocaremos una almohada bajo la tripa para evitar dolores de espalda.

➤ **SENTADO**

- **Piernas:** Alternaremos rodillas flexionadas y estiradas.
- Debemos colocar una almohadilla bajo las rodillas y otra bajo los tobillos. Además debemos colocar un tope para las plantas de los pies, para que éstos no queden caídos.
- **Espalda:** Debe quedar bien recta, colocando almohadas tras la zona lumbar y dorsal.
- **Brazos:** Pueden quedar sobre el vientre.
- La cabeza queda apoyada y recta sobre una almohada.



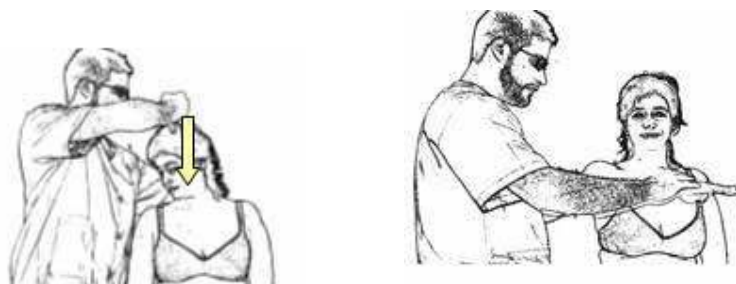
***Realizar Ejercicio Pasivos en su Hogar se mostró a la familia como Realizarlos de forma segura y eficaz.**

REHABILITACION.

Ejercicios de arco de movimiento - fuerza – movilidad-abducción y aducción del hombro:

- **ROTACIÓN INTERNA Y EXTERNA DEL HOMBRO:** Con el brazo a la altura del hombro, el codo flexionado en un ángulo de 90 grados y la palma mirando a los pies, se gira el brazo hasta que la palma y el antebrazo miren hacia atrás. Se vuelve a la posición de inicio y se gira el brazo hasta que la palma y el antebrazo miren hacia delante.
- **FLEXIÓN DEL HOMBRO HACIA ADELANTE:** Se desplaza el brazo hacia delante y arriba hasta quedar junto a la cabeza.
- **PRONACIÓN Y SUPINACIÓN DEL ANTEBRAZO:** Con el codo en el nivel de la cintura y flexionado en un ángulo de 90 grados se gira la mano de manera que la palma mire hacia abajo y luego hacia arriba.
- **FLEXIÓN DEL CODO:** Se flexiona el codo llevando el antebrazo y la mano hacia el hombro, después se No vuelven las dos a su posición neutra (brazo estirado).
- **FLEXIÓN DEL CARPO:** Se flexiona el carpo de manera que la palma quede hacia el antebrazo y luego se devuelve a la posición neutra.
- **EXTENSIÓN DEL CARPO:** Se estira el carpo de manera que la palma quede hacia fuera.
- **POSICIÓN DEL PULGAR:** Se desplaza el pulgar hasta ponerlo en contacto con el meñique y los otros dedos.
- **DESVIACIÓN CUBITAL:** Se desplaza la mano a uno y otro lado para que el lado en que está el meñique se desplace hacia el antebrazo.

- **DESVIACIÓN RADIAL:** Se mueve lateralmente la mano, de manera que el lado en que está el pulgar se desplace hacia el antebrazo.
- **ABDUCCIÓN Y ADUCCIÓN DE LA CADERA:** Se mueve una pierna de manera que se aleje del cuerpo hasta donde sea posible. Se egresa dicha extremidad de la abducción a la posición neutra y se efectúa el mismo ejercicio con la otra pierna.



****Instruir a la familia sobre el manejo de secreciones y limpieza de la cánula con técnica limpia.***

- Debidos a que las bacterias pueden penetrar la vía aérea siempre que se tenga que manipular el estoma hay que lavarse las manos.
- Curación de cánula a diario (Se capacita a la familia para realizar la curación de esta y aspirar secreciones en caso necesario).
- Observar el estoma a diario para detectar oportunamente signos de infección (Enrojecimiento, tumefacción, dolor, salida de secreción purulenta y Fiebre) y Acudir de inmediato al Hospital.
- Evitar humo aerosoles, perfumes u otras partículas que puedan penetrar directamente al estoma-.
- Al toser o estornudar cubrir la cánula y no la nariz y la boca.
- Durante el baño vigilar que el agua y el jabón penetren la cánula.
- Realizar el cambio de cinta utilizada para fijar la cánula puede ser un medio de infección.

****Informar y educar al familiar sobre la enfermedad de EVC, los signos y síntomas de alarma y los factores de riesgo que tiene que modificar el paciente.***

- Hacerse un examen para presión sanguínea alta al menos cada dos años, especialmente si hay antecedentes familiares de esta condición.
- Se debe tratar la hipertensión, la diabetes, colesterol alto y la enfermedad cardíaca si se presentan .
- Se recomienda hacerse un chequeo para colesterol .
- Se debe seguir una dieta baja en grasas
- Se debe suspender el hábito de fumar.

- Se debe evitar el consumo excesivo de alcohol (no más de 1 a 2 tragos por día)
- Se debe perder peso en caso de tener sobrepeso
- Se debe hacer ejercicio de manera regular.

***Animar al familiar asistir a las sesiones de los grupos de apoyo que ofrece el INNN para paciente con EVC.**

***Trabajar en la independencia de la realización de las actividades de la vida diaria de acuerdo a sus limitaciones.**

13.-CONCLUSIÓN

La profesión de Enfermería se ha hecho cada vez mas útil y responsable para una implementación basada en una sólida valoración de enfermería; los diagnósticos médicos y las intuiciones sirven ahora como pistas para la obtención de datos puesto que la práctica de enfermería se enfoca a la conservación, restablecimiento y fomento a la salud. El Proceso del Cuidado de Enfermería constituye una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del personal de enfermería, debido a que mediante esta metodología de trabajo con pasos relacionados, el profesional interactúa con el paciente para conseguir los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el usuario.

Así la obtención es el fundamento del proceso de atención de enfermería incluyendo una valoración exacta que nos conducirá a la identificación del estado de salud del paciente y al diagnóstico de enfermería logrando así mejorar las condiciones del paciente relacionado con su estado de salud. De esta manera puedo concluir que el proceso de atención de enfermería es de gran importancia, debido a que es un método sistematizado, de presentación, de asistencia de enfermería que consiste en valorar e identificar los problemas, ejecutar las acciones y valorar el resultado de la asistencia al paciente, pero que también permite tomar decisiones intelectuales basadas en los conocimientos.

Al realizar el PAE me lleva a confirmar que actualmente la enfermera debe estar preparada dentro de su profesión en el área del conocimiento y la práctica para así proporcionar los cuidados necesarios de acuerdo a la atención a necesidades alteradas. Cabe resaltar que para la aplicación de este proceso es necesario mantener un elevado grado de interacción con el usuario, y, con el familiar del mismo, como fue el caso de este estudio. Para concluir, vale destacar que se lograron los objetivos propuestos al iniciar este estudio de caso, y así mismo, los objetivos propuestos al iniciar la realización de los planes de cuidado

13.-GLOSARIO DE TÉRMINOS

Accidente Cerebrovascular: Un accidente cerebrovascular es una interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro y, algunas veces, se le denomina "ataque cerebral".

Abducción: Acto de separar una parte del eje del cuerpo.

Aducción: Movimiento por el cual un miembro o un órgano cualquiera se acerca al plano del cuerpo

Afasia: Imposibilidad o dificultad de habla.

Amina: Compuesto químico relacionado con el amoníaco.

Analéxico: Medicamento aliviando o haciendo desaparecer el dolor.

Angiografía Cerebral: Normalmente, las arterias no se ven en una radiografía, por lo que se inyecta material de contraste en una o más arterias para hacerlas visibles. Para la angiografía cerebral, se inyecta el material de contraste en una o en ambas arterias carótidas o vertebrales que se localizan en el cuello

Antihipertensivo: Sustancia que disminuye la presión sanguínea.

Arco de Movilidad: Máxima extensión con lo que se mueve una articulación desde la extensión total hasta la flexión total.

Aspiración: Acción de inhalar, extracción de líquidos o gases.

Cánula: Tubo que se introduce en el organismo.

Coma: Estado mental disminuido; pérdida de la agudeza mental; disminución del estado consciente; agudeza mental disminuida; cambios en el estado consciente; coma.

Contractura: Contracción involuntaria duradera o permanente de uno o más grupos musculares.

Decorticación: La postura de decorticación es una postura anormal caracterizada por rigidez, flexión de los brazos, puños cerrados y piernas extendidas. La persona sostiene los brazos doblados hacia adentro y hacia el cuerpo con las muñecas y los dedos doblados y puestos sobre el tórax. La

presencia de este tipo de postura implica un daño severo en el cerebro y requiere asistencia médica inmediata.

Derrame Cerebral: También llamado ataque cerebral: se produce cuando la célula del cerebro muere, debido a un flujo insuficiente de sangre en el encéfalo.

Descerebración: La postura de descerebración es una postura corporal anormal que se manifiesta por extensión rígida de los brazos y piernas, inclinación de los dedos de los pies hacia abajo y arqueado hacia atrás de la cabeza, causada generalmente por una lesión cerebral severa a nivel del tronco encefálico.

Edema: Angioneurotico: forma de edema violento o breve. Acumulación de líquido anormal en los espacios intercelulares de los tejidos o en distintas cavidades corporales de las articulaciones.

Ejercicios Pasivos: Es el ejercicio en el cual los músculos no se contraen en forma activa.

Embolia: Obstrucción brusca de un vaso, especialmente una arteria por un cuerpo arrastrado por la corriente sanguínea, consigue una obstrucción del flujo sanguíneo.

Escara: Es un tejido cutáneo desvitalizado cuyo componente principal es la piel y a veces el tejido subyacente, que se tornan duros, secos y de un color blanco perlado, grisáceo o negrozco.

Escala de Glasgow: es una escala que se usa para medir el nivel de conciencia de un paciente con traumatismo craneoencefálico. Para determinarlo se utilizan como indicadores la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

Espasmo: Contracción involuntaria de uno o más músculos o fibras musculares.

Estoma: Abertura u orificio natural o artificial en el cuerpo (Traqueostomía).

Estupor: El paciente atiende momentáneamente a estímulos vigorosos volviendo a su estado cuando este cesa, respuestas lentas e incoherentes.

Electrolitos: Compuesto químico que se disuelven y separa en moléculas individuales con una carga eléctrica.

Hiperventilación: Respiración anormalmente durable, rápida y profunda, aumento en el volumen de aire que entra a los pulmones.

Hipoxemia: Contenido bajo de oxígeno en la sangre.

Hipoxia: Disminución del suministro de oxígeno en los tejidos

Ictus: El ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se la conoce como Accidente Cerebro Vascular (ACV), embolia o trombosis. Los dos últimos términos, no obstante, se refieren más a bien a distintas causas del ictus. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre que necesita. La consecuencia es que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

Infección Nosocomial: Infección que es adquirida dentro del Hospital.

LCR: Es una prueba que se utiliza para medir la cantidad de glóbulos rojos y de leucocitos en el líquido cefalorraquídeo, el cual es un líquido claro que circula en el espacio que circunda la médula espinal y el cerebro.

Letárgico: Estado de somnolencia y confusión donde el paciente le cuesta pensar con fluidez, aunque sale de su estado al estimularlo verbalmente o sensitivamente.

Líquido Extracelular: Agua corporales aquella que esta en el interior de las células.

Líquido Intracelular: Agua que circunda a la parte externa de las células una categoría de líquido intracelular.

Norepinefrina: Neurotransmisor que se encuentra fundamentalmente en las zonas del encéfalo.

Peristaltismo: Contracciones en forma de ondas que impulsan los alimentos a lo largo del tubo digestivo.

Pupila: Esencialmente es un orificio en el iris, su tamaño es controlado por los músculos del iris.

Perfusión Cerebral: Circulación artificial en un órgano de un líquido de composición apropiada para mantener las funciones de aquel en la experimentación fisiológica

Reflejo plantar (raíces L5, S1): el estímulo se aplica con un objeto como por el borde lateral de la planta del pie, desde el talón hacia arriba, tomando una curva hacia medial a nivel de la cabeza de los metatarsianos. . Cuando existe una lesión de la vía piramidal el reflejo se altera y ocurre una dorsiflexión, del primer dedo, pudiendo los otros dedos presentar una separación como abanico. Esta alteración se conoce como signo de Babinski.

Resonancia Magnética: Procedimiento de diagnóstico que utiliza una combinación de imágenes, grandes, radiofrecuencias y una computadora para producir imágenes detalladas de los órganos y estructuras dentro del cuerpo

Rigidez espástica o "en navaja": se caracteriza por un tono mayor al iniciar el movimiento que luego disminuye. Es propio de lesiones de la vía piramidal.

Tomografía Computarizada: Procedimiento diagnóstico, por imágenes que utiliza una combinación de radiografías, para obtener cortes transversales del cuerpo como horizontales como verticales incluyendo los huesos, músculos, tejidos y órganos.

Saturación de Oxígeno: Método de exploración de oxígeno. La saturación de la hemoglobina se expresa en porcentaje siendo lo normal superior al 95% al respirar aire ambiente.

Secuela: Complicación más o menos tardías y duraderas de una enfermedad

Sedimento: Materia habiendo estado suspenda en un líquido, se posa en el fondo.

Trombosis Cerebral: Es la forma más frecuente de ataque cerebral y se produce cuando se forma un coágulo y obstruye el flujo de sangre de una arteria, que riega parte del encéfalo.

Vasoconstricción: Estrechamiento de los vasos sanguíneos.

Vasodilatación: Dilatación de los vasos sanguíneos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
NECESIDADES HUMANAS

Ficha de identificación:

Nombre del paciente: Juana V. M. Edad: 50Años Peso: 100 kg.
Talla: 1.50 Fecha de nacimiento: 18 de Enero 1957 Sexo: Femenino

Ocupación: Ama de casa.

Escolaridad: Primaria Incompleta Fecha de Admisión : 31 DE Marzo

Edo. Civil: Casada Procedencia: Estado de México.

Información: Familiares y por medio del expediente.

Fiabilidad (1-4): 4 Miembro de la familia/persona significativa: 2

No de cama: 05 Servicio: Terapia Intensiva.

1. Necesidad de oxigenación:

Subjetivo: (información que proporciona el paciente/familia)

Dificultad para respirar, debido a: Tubo Endotraqueal por la presencia de
Boncoespasmo y Sibilancias.

Tos productiva/seca: no presenta. Características de las secreciones: Amarillo-
Verdosas de consistencia espesas.

Dolor asociado con la respiración: No Manifiesta

Fumador: negado Tiempo: No fuma Cantidad de cigarrillos: Negado

¿De acuerdo al estado emocional varía la cantidad de cigarrillos? Negado

Objetivo: (valoración que realiza el alumno)

Presencia de :Disnea: No presenta Sin esfuerzo: _____x_____ Con
esfuerzo: _____

Tos: productiva/seca: No presenta

Características de las secreciones: Hialinas:_____ Amarillo-
Verdosa:_____x_____ Hemoptisis:_____ Otras:_____

FR: 20 x min. TA: 160/90 mg Hg FC: 86 X min. PVC: 16-20 cmH2O

Dolor asociado a la inspiración o espiración: No lo Manifiesta

Tabaquismo positivo/negativo: negado Síndrome de abstinencia: No presenta.

Uso de O2 puntas nasales: _____ x _____ Ventilador: Ventilador de Volumen Asisto controlado con Fio2 100%.

Presencia de : de Traqueostomía

Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal: piel rosada, lo demás normales.

Palidez: x Cianosis: _____ Rubicundez: No presenta. Otros: _____

Llenado capilar: 2 a 3 segundos.

2. Necesidad de nutrición e hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual: Polimérica de 2000 Kcl 5x 1, 100 cc de líquidos, con volumen residual No. de comidas: 3 al día.

Trastornos digestivos: rara la vez presenta estreñimiento.

Intolerancia alimentaria/alergias: No es intolerante a la dieta

Problemas de masticación y deglución: No se Valora Aumento de peso: Con obesidad

Pérdida de peso: presenta perdida durante su Estancia Hospitalaria.

Uso de suplemento alimenticio: No utiliza. Uso de fármacos: Nimodipino y antiagregantes Plaquetario.

Ingestión de sustancias que reducen el apetito: No utiliza

Otros: Negados.

Objetivo:

Dieta indicada: Polimérica

Coloración de piel: Ictérica: _____ Pálida: generalizada.

Grisácea: _____.

Estado de la piel: Turgente: _____ Hidratada: Normal. Seca: no presenta

Estado de mucosas Integras: Si. Hidratadas: _____ Deshidratadas: Si.

Constitución:

Características de cabello y uñas: Implantación del cabello normal, coloración de las uñas normal. Aspectos de dientes y encías: Adoncia: No presenta .

3. Necesidad de eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: 1 vez al día. Características de las heces: Blandas.

Orina: Concentrada amarilla turbia. Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: No tiene.

Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina: No utiliza.

Presencia de hemorroides: No presenta. Evacuar: 1 vez al día
_____ Prurito: No Sangrado: No

Dolor al orinar: No presenta. Otros: _____

Objetivo:

Características del abdomen (ruidos intestinales): Peristalsis: Normal

Estomas: Ausentes.

Palpación de vejiga urinaria: Normal, no presenta globo.

Volumen urinario: 60 ml por hora por turno al día 800ml.

Características de la orina: Concentrada sin sedimento. amarilla turbia

Presencia de Edema: Generalizado 4 + Características de la Sonda Foley: Sonda vesical, permeable y limpia. EGO.

4. Necesidad de termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Presenta aumento de la temperatura corporal

Temperatura ambiental que le es agradable: Calor.

Objetivo:

Temperatura corporal: 38 °C

Características de la piel: Fría: _____ Caliente: _____ Húmeda: Si Diaforesis

Transpiración: Escasa

Pruebas Febriles: No picos Febriles.

5. Necesidad de moverse y mantener buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: No Valorable

Funcionamiento neuro-muscular y esquelético: Disminución de la fuerza en las extremidades torácicas e inferiores. Ejercicio, tipo y frecuencia: No realiza_ Uso de prótesis y ortesis: No utiliza.

Objetivo:

Nivel de conciencia: Glasgow de 7.

Fuerza: 2/5

Tono: Disminuido

Motricidad: No valorable

Sensibilidad: Presenta

Postura:

Ayuda para la deambulación: No deambula

Presencia de temblores: No

6.- Necesidad de descanso y sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: De 3 a 4 de la tarde. Horario de sueño: De 10:00 pm a 8:00 am.

Siesta: Media hora al día. Alteración del sueño: No presenta.

¿A que considera que se deba la alteración del sueño?: _____ No _____

¿Se siente cansado al levantarse? No.

Objetivo:

Actitud: ansioso _____ angustiado _____

irritable: _____ Ojeras: No presenta.

Atención: Completa. Bostezos: No.

Concentración: Apatía: No presenta Cefalea: No

Respuesta a Estímulos: Presenta respuesta a estímulos.

7.- Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

Elige su vestuario en forma personal: Si. Necesita ayuda para vestirse y desvestirse: No.

Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos: Si. Utiliza pañal: No.

Objetivo:

Acepta el uso de bata hospitalaria: Si.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Se coloca la bata sin pedir opinión al paciente debido a su enfermedad

Capacidad Psicomotora para vestirse y desvestirse: No valorable

Utiliza Pañal: De tela y Desechable

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel:

Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: El baño es diario. Cuántas veces se lava los dientes al día: Dos veces al día.

Aseo de manos: Antes de comer y después de ir al baño. Cada cuanto realiza corte de uñas: Por lo regular cada 2 semanas.

Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos: No.

Objetivo:

Aspecto general con relación a su higiene: Limpio. Olor corporal: No presenta mal olor. Presencia de halitosis: No. Higiene y características de las uñas: Cortas y limpias.

Estado del pelo y cuero cabelludo: Limpios. Lesiones dermicas: úlceras por decúbito: No presenta.

Micosis: No presenta. Puntos de presión en salientes óseas: No presenta.

9.- Necesidad de evitar peligros:

Subjetivo:

¿Vive solo o con su familia? Con su familia. ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si.

En caso de ser afirmativo, mencione cuáles: Hogar: Cerrar las llaves del gas.

Trabajo: Evitar correr por pisos resbalosos. Vía pública: Respetar el semáforo.

Hospital: No bajar los barandales de la cama.

¿Realiza controles periódicos de salud cada año? Si.

Mencione las causas que considera que le puedan provocar peligro: dificultad para:

Escuchar: _____ Hablar: afasia _____ Ver: _____

Desplazarse: _____

Objetivo:

Afecciones corporales Detectadas y Grado de Afección: Inconciencia

Condiciones del ambiente de la unidad del paciente:

Iluminación: Adecuada.

Ventilación: Adecuada Humedad del piso: No hay.

Higiene: Adecuada.

Riesgos que Puede Presentar durante su Estancia Hospitalaria de Acuerdo a Su Enfermedad: Riesgo de Aspiración de Secreciones , riesgo de no llevar un cuidado adecuado a su tratamiento,

10.- Necesidad de comunicarse:

Subjetivo:

Estado civil: Casada.

Causas de preocupación/estrés: Su enfermedad

¿Manifiesta estas preocupaciones? Si. ¿A quién? Principalmente con su familia.

Rol en la estructura familiar: Funcional.

¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado? Si. ¿Cuánto tiempo pasa solo? De 2 a 3 horas.

¿Tiene contactos sociales en la actualidad? Si. ¿Con frecuencia? Si

Objetivo:

Habla claro: Si. Confuso:

Dificultad en la visión: No tiene. Dificultad en la audición: No presenta.

Comunicación verbal / no verbal: Ambas son normales.

Con la familia: Todos los días.

Otras personas significativas: Sus amigos.

11.- Necesidad de vivir según creencias y valores:

Subjetivo:

Creencias religiosas: Católico.

¿Sus creencias le generan conflictos personales? No. De que tipo? Ninguno.

Principales valores personales: La fidelidad, la confianza, el amor al prójimo.

¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir? Si.

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y de la muerte? La vida es un tiempo de oportunidad y la muerte es algo que no se puede evitar.

Objetivo:

¿Permite la exploración física? Si.

¿Demanda la atención de algún guía espiritual? No.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo:

Fuente de ingreso: (jubilado, pensionado, otro) Depende de sus papás.

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas? Si.

¿Qué actividades le hace sentirse útil y satisfecho? Ayudar en los quehaceres de la casa.

¿Cómo influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar? Le preocupa que se presente la convulsión en su trabajo, por lo que es el motivo por lo cual perdido sus anteriores empleos.

Objetivo:

Estado emocional del paciente: calmado: Si. Ansioso: No. Enfadado: No. Temeroso: No. Irritable: No. Inquieto: No. Eufórico: No.

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Leer y escuchar música.

¿Cómo influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación? Cuando esta estresado no puede concentrarse para hacer las cosas.

Objetivo:

¿Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas? No.

¿Rechaza las actividades recreativas? No, al contrario le agradan.

14.- Necesidad de aprendizaje:

Subjetivo:

Grado académico: Preparatoria terminada. Problemas de aprendizaje: No tiene

Limitación cognitiva: No tiene._____ Preferencias: Leer:

¿Conoce/utiliza, las fuentes de apoyo de aprendizaje? Si.

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud? Si.

Objetivo:

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje?

No.

Estado de los órganos de los sentidos: Normales.

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje?

Ansiedad: Lo tensa mucho. Dolor: No le permite concentrarse. Apatía: _____

Enfermedad vascular cerebral Isquémico Transitorio.

Enfermedad cerebro vascular (ECV) es el conjunto de alteraciones focales o difusas de la función neurológica de origen eminentemente vascular (hemorrágico o isquémico), sin consideración específica de tiempo, etiología o localización. El espectro de la enfermedad es muy amplio y heterogéneo, razón por la cual hay que tener esquemas de diagnóstico y manejo bien definidos para cada subgrupo y cada momento de la enfermedad.

Un accidente cerebrovascular ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente o cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales. De la misma forma que se dice que una persona que sufre una pérdida de flujo sanguíneo al corazón tiene un ataque cardíaco, puede decirse que una persona con una pérdida de flujo sanguíneo al cerebro o una hemorragia repentina en el cerebro tiene un "ataque cerebral" o sufre un accidente cerebrovascular.

Las células cerebrales mueren cuando dejan de recibir oxígeno y nutrientes de la sangre o cuando son dañadas por una hemorragia repentina en el cerebro y alrededor del mismo. Isquemia es el término utilizado para describir la pérdida de oxígeno y nutrientes en las células cerebrales cuando no existe un flujo adecuado de sangre. La isquemia conduce finalmente a un infarto, la muerte de células cerebrales que con el tiempo son sustituidas por una cavidad llena de fluido en el cerebro lesionado.

Cuando se interrumpe el flujo de sangre al cerebro, algunas células cerebrales mueren inmediatamente, mientras que otras permanecen sometidas a riesgo de morir. Estas células dañadas constituyen la penumbra isquémica y pueden permanecer en un estado de riesgo por varias horas. Con tratamiento oportuno, estas células pueden salvarse.

Accidente Cerebrovascular isquémico

Un accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando una arteria que suministra sangre al cerebro queda bloqueada, reduciendo repentinamente, o interrumpiendo el flujo de sangre y, con el tiempo, ocasionando un infarto en el cerebro. Los coágulos de sangre son la causa más común de bloqueo arterial y de infarto cerebral. El proceso de coagulación es necesario y beneficioso en todo el cuerpo debido a que detiene la hemorragia y permite reparar las áreas dañadas de las arterias o de las venas. Sin embargo, cuando los coágulos de sangre se forman en el lugar incorrecto dentro de una arteria, ocasionan una lesión devastadora al interferir con el flujo normal de sangre. Los problemas de coagulación se hacen más frecuentes a medida que las personas avanzan en edad.

Los coágulos de sangre pueden ocasionar isquemia e infarto de dos formas. Un coágulo que se forma en una parte del cuerpo fuera del cerebro puede trasladarse a través de los vasos sanguíneos y quedar atrapado en una arteria cerebral.

Este coágulo libre se denomina émbolo y a menudo se forma en el corazón. Un accidente cerebrovascular ocasionado por un émbolo se denomina accidente cerebrovascular embólico. La segunda clase de accidente cerebrovascular isquémico, llamado accidente cerebrovascular trombótico, es ocasionado por una trombosis. Una trombosis es la formación de un coágulo de sangre en una de las arterias cerebrales que permanece fijo a la pared arterial hasta que aumenta de tamaño, lo suficiente para bloquear el flujo de sangre al cerebro.

Epidemiología

La enfermedad vascular cerebral (EVC) constituye la tercera causa de muerte en los países industrializados, y es considerada como la primera causa de invalidez a nivel mundial. Según la estadística de mortalidad en México, la enfermedad vascular cerebral forma parte de las diez primeras causas de mortalidad general en nuestro país.

Según la O.M.S., "la enfermedad cerebrovasculares el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global, con síntomas que persisten 24 horas o más que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular".³ El daño cerebral por isquemia e hipoxia es resultado de la reducción del riego sanguíneo al cerebro de manera local o difusa, lo cual provoca hipoxia al tejido cerebral y glucólisis anaeróbica. La isquemia inhibe la transmisión sináptica como resultado de la membrana depleta de neurotransmisor por falta de ATP. Dicho trastorno puede revertirse.

A continuación ocurren cambios estructurales de la membrana neuronal durante los cuales se agotan los fosfatos de alta energía y se pierde el equilibrio iónico dentro de la célula. Se presentan cambios bioquímicos complejos que contribuyen al aumento de volumen celular y a la muerte de las neuronas.

Factores de Riesgo.

Dentro de los principales factores de riesgo descritos se encuentran a los siguientes:

Factores de riesgo no modificables:

- Edad.
- Sexo.
- Historia.
- Familiar.
- Raza.

Factores de riesgo modificables

- Hipertensión arterial.
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatía, .
- Tabaquismo,
- Alcoholismo,
- Sedentarismo.
- Ataques transitorios isquémicos previo

Etiopatogenia

El 80% de los casos de ECV son de tipo isquémico, aterotrombótico de grandes, medianos o pequeños vasos (lacunar), embólico a partir del corazón o de arterias extra o intracraneales (carótidas o vertebrales) y hemodinámico, cuando factores que comprometen la perfusión local o sistémica generan isquemia cerebral.

El 20% restante de la ECV es de tipo hemorrágico, ya sea por hemorragia subaracnoidea (HSA) o hemorragia intracerebral espontánea(HIC). El principal factor de riesgo para HIC, que habitualmente compromete los ganglios basales (putamen y tálamo), es la hipertensión arterial no controlada; otras causas menos frecuentes.

Las causas principales del desarrollo de EVC isquémico son:

- Trombosis (preponderante la existencia de arterosclerosis).
- Vasoconstricción.
- Embolia.

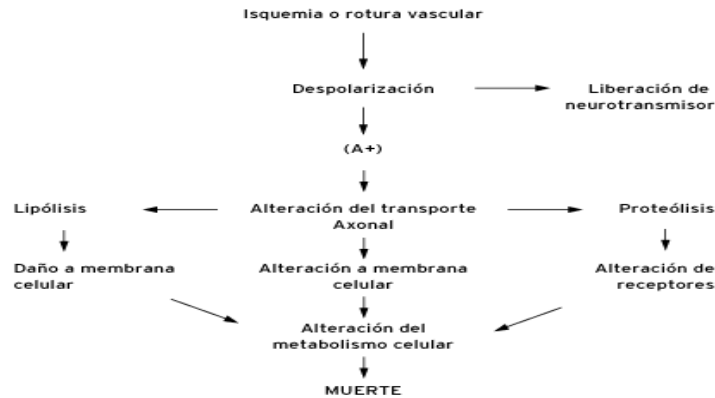
Las causas principales del desarrollo EVC hemorrágico:

- Malformaciones arteriovenosas
- Aneurismas de la vasculatura cerebral.
- Hipertensivas.

Fisiopatología

Inicia con la oclusión vascular como evento central en el EVC isquémico, con disminución del flujo de oxígeno y glucosa al área involucrada. En el área de isquemia existe una parte central donde hay disminución del flujo sanguíneo cerebral a menos del 25% y circundando esta área se encuentra la llamada “zona de penumbra” donde el flujo sanguíneo cerebral va del 25 al 50% de lo normal, que es suficiente para preservar el metabolismo energético en esta área y mantener la viabilidad tisular solo por algunas horas. En los de tipo hemorrágico, la rotura de la vasculatura precipita toda la serie de eventos que conducen a daño neuronal.

Los mecanismos que conducen a la muerte neuronal



Los fragmentos de materia grasa y de calcio que se forman en la pared arterial (denominados placas de aterosclerosis) se pueden desprender e incrustarse en un pequeño vaso sanguíneo del cerebro, lo cual puede producir una obstrucción temporal de la circulación y, en consecuencia, un AIT. La acumulación de plaquetas o de coágulos puede también obstruir un vaso sanguíneo y producir un AIT. El riesgo de un AIT está incrementado si la persona padece hipotensión, aterosclerosis, una enfermedad del corazón (especialmente en los casos de anomalía en las válvulas o en la conducción cardíaca), diabetes o un exceso de glóbulos rojos (policitemia). Los AIT son más frecuentes en la edad media de la vida y su probabilidad aumenta a medida que se envejece. En ocasiones, los AIT se manifiestan en adultos jóvenes o niños que padecen una enfermedad del corazón o un trastorno sanguíneo.

Cuadro Clínico:

Un AIT es de inicio súbito, y por lo general dura entre 2 y 30 minutos; rara vez se prolonga más de 1 a 2 horas. Los síntomas son variables en función de la parte del cerebro que haya quedado desprovista de sangre y oxígeno.

Cuando resultan afectadas las arterias que son ramas de la arteria carótida, los síntomas más frecuentes son la ceguera de un ojo o un trastorno de la sensibilidad junto a debilidad. Cuando se afectan las arterias que son ramas de las arterias vertebrales (localizadas en la parte posterior de la cabeza), son frecuentes el mareo, la visión doble y la debilidad generalizada. Sin embargo, pueden manifestarse muchos síntomas diferentes, tales como:

- Pérdida de la sensibilidad o trastornos de la misma en un brazo o una pierna, o en un lado del cuerpo.
- Debilidad o parálisis en un brazo o una pierna, o en todo un lado del cuerpo.
- Pérdida parcial de la visión o de la audición.
- Visión doble.
- Mareo.
- Lenguaje ininteligible.
- Dificultad para pensar en la palabra adecuada o para expresarla.
- Incapacidad para reconocer partes del cuerpo.
- Movimientos inusuales.
- Incontinencia urinaria.
- Desequilibrio y caída.
- Desmayo.

DIAGNÓSTICO DEL ACV ISQUÉMICO

Exploración Neurológica:

En la exploración física se evalúa el nivel de conciencia, función motora, ojos y pupila, el patrón respiratorio y las constantes vitales.

Nivel de conciencia

Alerta: Responde inmediatamente a mínimos estímulos externos.

Letargia: Estado de somnolencia o inactividad en el cual se necesita aumentar el estímulo para despertar al paciente

Embotamiento: Indiferencia a los estímulos externos, manteniéndose la respuesta brevemente

Estupor: El paciente sólo despierta por estímulos externos vigorosos y continuos

Coma: La estimulación enérgica no produce ninguna respuesta nerviosa voluntaria.

La escala de Coma de Glasgow: Es una escala numérica que evalúa 3 categorías:

Apertura de los ojos (4 puntos), respuesta verbal (5 puntos) y respuesta motora (6 puntos). La mejor puntuación en esta escala es 15 puntos y la más baja es 3 puntos, una puntuación de 7 puntos o menos, indica coma.6

Función motora

La valoración de la función motora se centra en 3 aspectos fundamentales
Observación de los movimientos motores involuntarios

a) Evaluación del tono muscular (hipotonía, flaccidez, hipertonía, espasticidad, rigidez)

b) Estimulación de la fuerza muscular: Serie de movimientos de resistencia la fuerza del movimiento se gradúa en una escala de 6 puntos.

Las extremidades superiores pueden ser evaluadas pidiendo al paciente que agarre, apriete y suelte los dedos.

Función pupilar

El control parasimpático de la reacción pupilar se realiza a través de la inervación del nervio oculomotor (III par craneal) procede del tronco cerebral, situado en el mesencéfalo.

Valoración de las pupilas incluye valoración del tamaño, forma circular, irregular u oval y el grado

de reacción de la luz.

Función respiratoria

a) Observar el patrón respiratorio

b) Evaluar las vías aéreas

La evaluación del patrón respiratorio incluye valoración efectiva del intercambio gaseoso para mantener los niveles adecuados de oxígeno y dióxido de carbono

La valoración de los signos vitales consta de 2 aspectos fundamentales, monitorización de la presión sanguínea y observación de la frecuencia y ritmos cardiacos.

Patrón respiratorio Cheyne Stokes, hiperventilación, apnéustica, respiración de biot, respiración atáxica.

Presión arterial: Hipertensión sistémica.

Frecuencia y ritmo: bradicardia, extrasístoles.

ventriculares, bloqueo auriculoventricular o fibrilación auricular o ventricular.

A la palpación sin datos específicos.

A la percusión: reflejos osteotendinosos profundos hiperactivos.

A la auscultación se puede escuchar roces sobre carótidas.

Diagnostico de ECV de presentación aguda (ACV) es esencial para el estudio y manejo subsiguiente. En el perfil clínico hay que considerar la semiología del territorio vascular comprometido (carotídeo o vertebrobasilar), el tiempo de evolución, forma de instauración, enfermedades.

La semiología básica de los territorios neurovasculares puede resumirse así:

***Arteria cerebral media:** hemiparesia y/o hemianestesia contralateral, afasia en hemisferio dominante, trastorno en orientación espacial, desviación conjugada de la mirada y alteración de la conciencia.

***Artéria cerebral anterior:** paresia distal, apraxia ideomotora, afasia motora e incontinência urinaria.

***Artéria cerebral posterior:** hemianopsia homónima, alexia (dominante).

***Territorio vertebrobasilar:** compromiso de pares craneales, nistagmus, ataxia, síndrome de Horner, déficit motor y/o sensitivo cruzado, alteración del estado de conciencia, cefalea, náusea, vómito y vértigo.

Laboratorios de Rutina: Toma de muestras de sangre para hemograma, glicemia, electrolitos, creatinina y tiempos de coagulación.

Tomografía Axial Computarizada (TAC) Crea una serie de imágenes transversales de la cabeza y del cerebro. Debido a que está inmediatamente disponible a toda hora en la mayoría de los hospitales principales y a que produce imágenes con rapidez, la tomografía computarizada es la técnica preferida para hacer el diagnóstico de un accidente cerebrovascular agudo. La tomografía computarizada también tiene beneficios diagnósticos únicos. Descarta rápidamente una hemorragia, puede mostrar ocasionalmente un tumor que pudiera presentar síntomas similares a un accidente cerebrovascular o puede incluso presentar evidencia de un infarto precoz. Los infartos aparecen generalmente en una exploración de tomografía computarizada unas 6 a 8 horas después de la aparición de los síntomas del accidente cerebrovascular.

Si el accidente cerebrovascular es ocasionado por una hemorragia, una tomografía computarizada puede mostrar pruebas de hemorragia en el cerebro casi inmediatamente después de que aparecen los síntomas del accidente cerebrovascular.

Resonancia Magnética. El estudio de imágenes de resonancia magnética utiliza campos magnéticos para detectar cambios sutiles en el contenido de tejido cerebral. Un efecto del accidente cerebrovascular es un aumento en el contenido de agua en las células del tejido cerebral, condición llamada edema citotóxico. Las imágenes de resonancia magnética pueden detectar el edema a las pocas horas después de la aparición del accidente cerebrovascular.

Detectar isquemia en la fase aguda, como en la identificación de lesiones antiguas de tipo lacunar, infartos del territorio vertebro basilar o hemorragias

pequeñas. Permite visualizar la circulación cerebral arterial y venosa, con lo cual se puede hacer una excelente correlación clínico-radiológica y un diagnóstico diferencial más amplio y rápido.

El **ultrasonido**: indicado para descartar fuentes cardio embólicas o disección arterial, principalmente en individuos menores de 45 años con isquemia cerebral o en mayores con antecedentes sugestivos de embolismo, como infarto de miocardio reciente, fibrilación auricular, cardiopatía dilatada o valvulopatía. De su resultado depende el inicio temprano de la anticoagulantes.

TRATAMIENTO DEL ACV ISQUÉMICO

El tratamiento del ACV isquémico agudo tiene un objetivo fundamental, que es defenderla zona de penumbra isquémica. Las medidas esenciales de soporte vital, aplicadas desde el ingreso del paciente a urgencias, están encaminadas a detener el daño primario y a prevenir la cascada nociva de eventos químicos y metabólicos en la zona de lesión, que determinan el daño secundario.

Administración de oxígeno

No se recomienda de manera rutinaria, excepto en casos donde se demuestre por gases arteriales la presencia de hipoxemia o desaturación en el oxímetro. Se indica la protección de la vía aérea, principalmente en pacientes con deterioro del estado de conciencia; uso de oxígeno por cánula a 2 a 4 L/min para casos leves de hipoxemia y la intubación temprana en casos de hipoxemia severa de origen neurológico, o secundaria a condiciones médicas que comprometan la oxigenación.

En Normovolemia. Usar solución salina isotónica al 0,9%. Tratar agresivamente la deshidratación.

Manejo de la hipertensión.

Durante el episodio agudo de isquemia cerebral hay una reacción de defensa sistémica que busca mejorar la perfusión en el lecho comprometido, con aumento de la presión arterial; por lo tanto la tolerancia a cifras tensionales elevadas debe ser la norma y pocas veces se requiere de hipotensores. Cifras tensionales de 220/120 mmHg o menores o presión arterial (PA) media menor o igual a 130 mmHg no se deben tratar farmacológicamente. Estas cifras disminuyen progresivamente en la primera semana.

Las únicas excepciones para tratamiento farmacológico parenteral, fácilmente titulable con nitroprusiato a 0.5 ug/kg/min o labetalol en bolos IV de 10-20 mg cada 20 minutos, son la presencia de disección aórtica, infarto de miocardio, falla cardíaca, falla renal aguda, encefalopatía hipertensiva o que el paciente se sitúe dentro de la ventana terapéutica para hacer trombólisis intravenosa.

En estos casos el margen de tolerancia a la hipertensión es menor, debiéndose considerar manejo con labetalol o nitroprusiato si la PA es igual o mayor de 185/110 mmHg. Si la PA disminuye dentro del tiempo de tres horas de haber iniciado el evento, puede aplicarse el trombolítico y, por supuesto, debe hacerse un seguimiento estricto en el periodo posttrombólisis y tratarse agresivamente en caso que la PA se aumente.

El uso de antihipertensivos vía sublingual (antagonistas de calcio o captopril) no se recomienda, por la incapacidad de titular la respuesta hipotensiva; deberán usarse en casos excepcionales, cuando no se disponga de la terapia parenteral. En caso de presentarse hipotensión, también debe manejarse agresivamente con cristaloides y soporte vasoactivo, con el fin de mejorar la presión de perfusión cerebral.

Antiagregación en la fase aguda.

Aspirina (ASA) oral, 160-325 mg en las primeras 48 horas, produce disminución de la recurrencia temprana y de la mortalidad. No se recomienda como terapia combinada en las primeras 24 horas post-trombólisis. Aún no se sabe de las ventajas de la terapia combinada de ASA con clopidogrel en la fase aguda del ACV, como sí se ha demostrado en lesiones cardíacas.

Trombolisis intravenosa con activador tisular del plasminógeno rt-pa.

La terapia trombolítica intravenosa aplicada en las tres primeras horas de iniciado el evento isquémico, demostró beneficiar el pronóstico funcional de los pacientes. La reproducción de los resultados benéficos solo se conserva si se respeta estrictamente el protocolo con los criterios de inclusión y exclusión. Debidos

a que se requiere disponibilidad de recursos humanos, técnicos y logísticos, su aplicación solo es posible en escasos centros de urgencias. El objetivo sería establecer centros de referencia rápida ubicados estratégicamente dentro de la ciudad, para que puedan referirse a ellos los pacientes dentro del tiempo.

Fiebre.

Debe manejarse eficazmente la fiebre y sus causas, debido a que están asociadas con mayor morbimortalidad. Aún no hay recomendación específica para el uso de hipotermia como protector en estos pacientes.

Hiperglucemia.

El incremento de la glicemia está claramente asociado a mayor compromiso neurológico y mayor mortalidad, al favorecer el daño tisular secundario. Esquemas para administrar insulina cristalina y un monitoreo estrecho de las fluctuaciones de la glucemia se deben emplear durante los primeros días del evento agudo.

SopORTE nutricional y alteraciones Hidroelectrolíticas.

Los pacientes que, como resultado del tipo de lesión neurológica, tengan alteración del estado de conciencia o disfunción deglutoria con riesgo de broncoaspiración, deben ser alimentados por vía enteral mediante sonda gástrica, transitoriamente o de manera definitiva en algunos casos. Deberá mantenerse un adecuado balance hidroelectrolítico, suministrando solución salina isotónica en volúmenes de acuerdo con el estado hemodinámico y cardiovascular.

Pronóstico.

La mortalidad durante el evento agudo llega a ser del 30%, durante el primer año hasta del 25% y del 60% a los cinco años. Finalmente un 25 a 40% de los pacientes presentan secuelas que los hacen completamente dependientes posteriormente. Es importante considerar que en esta entidad se presenta una alta incidencia de recurrencias que van hasta del 15% durante el primer año y hasta del 40% a los cinco años.

Muchas de las personas afectadas de un ictus recuperan la mayoría de las funciones normales, o casi todas ellas, y pueden llevar una vida normal. En otras se produce un profundo deterioro físico y mental, que las incapacita para moverse, hablar o alimentarse de modo normal. En general, durante los primeros días los médicos no pueden establecer un pronóstico acerca de la recuperación o del empeoramiento de la situación del paciente. Aproximadamente el 50 por ciento de las personas con una parálisis de un lado del cuerpo y la mayoría de las que tienen síntomas menos graves consiguen una recuperación parcial en el momento de ser dadas de alta del hospital y al final serán capaces de atender por sí mismas sus necesidades básicas.

Pueden pensar con claridad y caminar adecuadamente, aun cuando puede haber una limitación en el uso de una extremidad afectada. La limitación del uso de un brazo es más frecuente que el de una pierna. Alrededor del 20 por ciento de las personas que han tenido un ictus mueren en el hospital; la proporción es mayor entre las personas de edad avanzada. Revisten especial gravedad los ictus que producen una pérdida de conciencia y los que deterioran la función respiratoria o cardíaca. Cualquier pérdida neurológica que persista después de 6 meses es probable que sea permanente, aunque algunas personas continuarán presentando una lenta mejoría.

Rehabilitación

La rehabilitación intensiva puede ser eficaz por cuanto ayuda a muchas personas a sobreponerse al deterioro de una parte del tejido cerebral. Otras partes del cerebro pueden hacerse cargo de las tareas que antes realizaba la parte lesionada.

La rehabilitación se inicia en cuanto se hayan estabilizado la presión arterial, el pulso y la respiración. Médicos, terapeutas y enfermeras combinan su experiencia para mantener a un nivel adecuado el tono muscular del paciente, prevenir las contracciones musculares y las úlceras cutáneas por presión (que pueden resultar de la permanencia prolongada en cama en una misma postura) y enseñarle a caminar y a hablar de nuevo. La paciencia y la perseverancia son fundamentales.

Después del alta hospitalaria muchas personas se benefician de la rehabilitación continuada en un hospital o en un centro de cuidados de enfermería, en un centro de rehabilitación a horas convenidas o en el propio hogar.

Los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales pueden sugerir formas de comportamiento y actitudes para hacer que la vida y la seguridad en el hogar resulten más fáciles para la persona discapacitada.

Terapia de rehabilitación

La incapacitación producida por los accidentes cerebrovasculares es devastadora para el paciente y para su familia, pero se dispone de terapias que ayudan a rehabilitar a los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular.

Para la mayoría de los pacientes, la terapia física es la piedra angular del proceso de rehabilitación. Un terapeuta físico utiliza el adiestramiento, los ejercicios y la manipulación física del cuerpo del paciente con la intención de restaurar el movimiento, el equilibrio y la coordinación. El objetivo de la terapia física es lograr que el paciente que sufre un accidente cerebrovascular vuelva a aprender actividades motoras simples, tales como caminar, sentarse, ponerse de pie, acostarse, y el proceso de cambiar de un tipo de movimiento a otro.

Otro tipo de terapia que incluye volver a aprender actividades del diario es la terapia ocupacional.

La terapia ocupacional también incluye ejercicios y adiestramiento para ayudar a los pacientes a volver a aprender actividades cotidianas, tales como comer, beber y tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer y escribir, y el cuidado personal. El objetivo de terapia ocupacional es ayudar al paciente volverse independiente o alcanzar el nivel más alto posible de independencia.

Los problemas del habla y del lenguaje surgen cuando se produce daño cerebral en los centros del lenguaje del cerebro. Debido a la gran capacidad que tiene el cerebro para aprender y cambiar (cualidad conocida como plasticidad cerebral), otras áreas del cerebro pueden adaptarse para asumir las funciones perdidas.

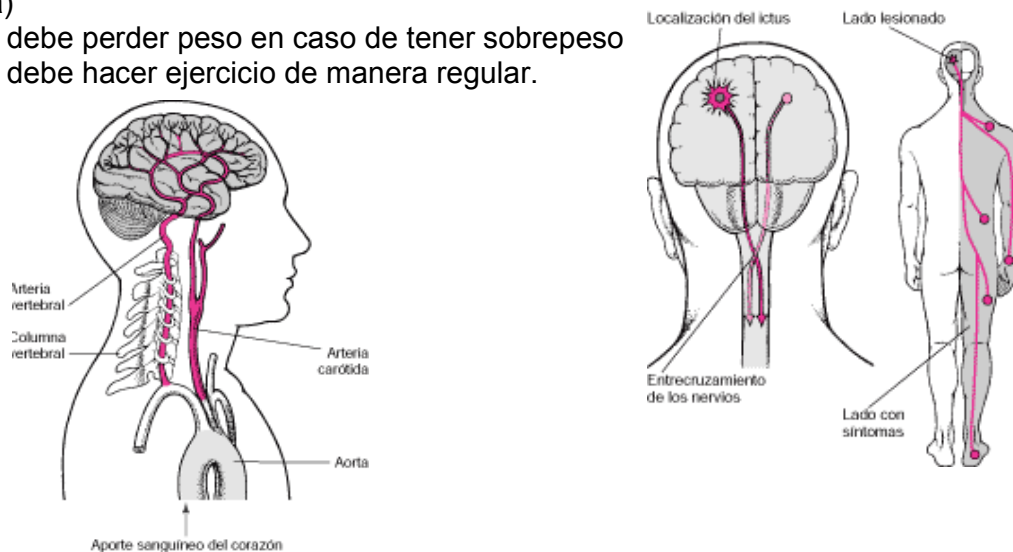
La terapia del habla ayuda a los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular a volver a aprender el lenguaje y la dicción o aprender otras formas de comunicación. La terapia del habla es apropiada para los pacientes que no tienen déficit cognoscitivos o de pensamiento, pero que tienen problemas en comprender las palabras habladas o escritas o problemas en como formar frases.

Un terapeuta del habla ayuda a los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular a ayudarse a sí mismos trabajando por mejorar las destrezas del lenguaje, encontrar otras formas posibles de comunicación y adquirir otras aptitudes para hacerle frente a la frustración de no ser capaz de comunicarse plenamente. Con tiempo y paciencia, una persona que sobrevive a un accidente cerebrovascular debería poder recuperar algunas de las capacidades del lenguaje y del habla y, a veces, todas ellas.

Muchos de los pacientes requieren ayuda psicológica o psiquiátrica durante el proceso de rehabilitación. Los problemas psicológicos, tales como la depresión, la ansiedad, la frustración y el coraje, son condiciones comunes después de ocurrir un accidente cerebrovascular. La terapia del habla, junto con medicación apropiada, puede ayudar a aliviar algunos de los problemas mentales y emocionales que resultan como consecuencia del accidente cerebrovascular. Muchas veces, también es beneficioso que los miembros de la familia del paciente reciban ayuda psicológica.

Para ayudar a prevenir un accidente Cerebrovascular.

- Hacerse un examen para presión sanguínea alta al menos cada dos años, especialmente si hay antecedentes familiares de esta condición.
- Se debe tratar la hipertensión, la diabetes, colesterol alto y la enfermedad cardiaca si se presentan
- Se recomienda hacerse un chequeo para colesterol
- Se debe seguir una dieta baja en grasas
- Se debe suspender el hábito de fumar
- Se debe evitar el consumo excesivo de alcohol (no más de 1 a 2 tragos por día)
- Se debe perder peso en caso de tener sobrepeso
- Se debe hacer ejercicio de manera regular.



15.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ♣ ACARIN Tusell N, Enfermedades Vasculares del Sistema Nervioso Central. Diagnostico y Tratamiento.Ed: Doyma. Barcelona España, 1999.
- ♣ AFIFI Adel. Neuroanatomía Funcional: Síndromes Vasculares Cerebrales. Ed: Mc Graw- Hill- Interamericana, Mex 1999.
- ♣ ALFARO Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed: 2da, Editorial, Doyma- Barcelona, España, 1998
- ♣ BEARE/ Myer Brenda G. y Colos. Enfermería Practica de Lippincott. 5ta edición Vol: II Ed: Interamericana MC-Graw Hill Méx. 2001.
- ♣ BRUNNER Y Suddartah. Enfermería Medico Quirúrgica 7 edición. vol: II Ed: Interamericana- Hill. 2000.
- ♣ CARPENITO Linda .Planes de Cuidados y Documentación Clínica de Enfermería: Diagnostico de Enfermería y Problemas Asociados. Ed: 5ta, Editorial. Interamericana-Mc Graw- Hill. Madrid 2003.
- ♣
- ♣ COLLIERE Marie. Promover la Vida: de la Practicas de las Mujeres Cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Ed: Interamericana- Mc Graw- Hill. Madrid 2003.. 12 edicion. Salvat Editores S.A Barcelona 1999.
- ♣ DICCIONARIO Terminológico de ciencias medicas
- ♣ FERNANDEZ Ferrin. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed: Masson Salvat. BarcelKOZIER, Bárbara. Enfermería Fundamental Concepto, procesos y Practica. 4ta edición, Ed: Graw Hill- Interamericana, 1999 México.
- ♣ LONG Bárbara..Enfermería Medico Quirúrgica. Un Enfoque del Proceso de Enfermería. Ed: Harcourt- Brace. 3era Edición Vol: 2 2003.
- ♣ NANDA. Diagnósticos de Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.Madrid: Ediciones Harcourt, 2001.
- ♣ POTTER Perry. Fundamentos de Enfermería. Ed: Harcourt . 5ta edición.
- ♣ ROPPER H. Allan. Principios de Neurología. Ed: Mc Graw- Hill 7 edición 2001.
- ♣ TORTORA ,G. J .Principios de Anatomía y Fisiología. 9 Edición. Oxford University Press. México 2001.
- ♣ SWEARINGE Pamela. Manual de Enfermería Intervenciones de Enfermería, Tratamiento Intervenciones. 4ta Edición. Ed: Hacourt Mosby 2002.

- ♣ Normas de Cuidados del Paciente Guía de Planificación de la Practica Asistencial Conjunta. 6ta edición Ed: Harcourt- Brace 1997.
- ♣ Vademécum PLM. Ed: 3ERA. Vademécum de Genéricos Intercambiables. Editorial. Thomson PLM. Méx. D.F. 2005.
- ♣ ZARRANZA Juan J. Compendio de Neurología Ed. Harcourt. 2005

Paginas de Internet.

- ⌘ <http://www.fisterra.com/Salud/2dietas/dietaSosa1.asp>.
- ⌘ <http://www.midieta.com.mx/dietas/dieta13.htm>
- ⌘ <http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/hipocalorica.htm>
- ⌘ <http://www.seeiuc.com/profesioncriticos.pdf>
- ⌘ www.exactas.unlpam.edu.ar/academia/carreras/enfermeria/documento/introalosmo
delos
- ⌘ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>