



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

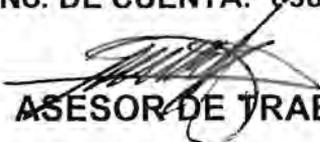
**APLICADO A UN ADULTO JOVEN CON ALTERACION
EN LA NECESIDAD DE OXIGENACION, BASADO EN
LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A .

LAURA IVONNE SANCHEZ SANDOVAL

No. DE CUENTA: 098540303


ASESOR DE TRABAJO

LIC. QUERUBIN ENRIQUEZ GONZALEZ



MEXICO, OCTUBRE DE 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo reespecial.

NOMBRE: Sánchez Sandoval

Laura Ivonne

FECHA: 10-11-05

FIRMA: [Firma]

Agradecimientos...

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por darme la oportunidad de formarme como profesionalista.

A mis abuelos:

† *Adrián Sandoval Núñez*
† *Tomasa Zendejas Orenda*

A mi mamá:

Hermelinda Sandoval Zendejas

A mi Tía:

Celia Sandoval Zendejas

A mi Esposo:

Marco Antonio Arriaga González

A mis hijos:

Fernando Arriaga Sánchez
Alejandro Arriaga Sánchez

A todos ellos infinitas Gracias por haberme apoyado incondicionalmente.

Laura Ivonne

ÍNDICE

| | | |
|------|---|----|
| I | Introducción..... | 1 |
| II | Objetivos..... | 2 |
| III | Metodología..... | 3 |
| IV | Marco Teórico | |
| | 4.1 Proceso de Atención de Enfermería..... | 4 |
| | 4.2 Modelo de Virginia Henderson..... | 6 |
| | 4.3 Oxigenación..... | 9 |
| V | Presentación del Caso Clínico..... | 12 |
| VI | Valoración de las 14 Necesidades Básicas según Virginia Henderson | 13 |
| VII | Diagnósticos de Enfermería..... | 16 |
| VIII | Planeación, Ejecución y Evaluación..... | 17 |
| IX | Plan de Alta..... | 44 |
| X | Conclusiones..... | 50 |
| XI | Glosario..... | 51 |
| XII | Bibliografía..... | 53 |
| XIII | Anexos..... | 55 |

INTRODUCCIÓN

La enfermería partiendo de ser un oficio comienza a ser legalmente reconocida como profesión en los albores del siglo XX. Para esta profesión no ha sido fácil surgir como tal, pues se ha visto opacada por la medicina y ha sido difícil hasta para las enfermeras (os) entender que no somos médicos en pequeño, sino que nuestro objetivo es, el cuidado a la persona sana o enferma; sabemos que muchas de nuestras actividades van ligadas a la medicina, pero nosotros no debemos ver al individuo como una enfermedad, sino como un ser que tiene necesidades y somos los encargados de verificar que estas sean cubiertas, para que recobren su independencia, sepan cuidar su salud o mejoren su calidad de vida.

Se pueden citar a varias teóricas que han contribuido en la profesionalización de la enfermería como Florence Nightingale, Peplau, Orem, etc. Pero es Virginia Henderson quien nos interesa en estos momentos tomando en cuenta sus catorce necesidades ya que en base a estas se elaboró el trabajo que a continuación se presenta, tratando de aportar un granito de arena para que esta "nueva profesión" deje de ser considerada un oficio, principalmente por los que pertenecemos a ella. En este trabajo se muestra como se puede aplicar un Proceso de Atención de Enfermería basado en las catorce necesidades en un paciente cuyas principales necesidades alteradas son de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, movilidad y postura entre otras.

Y dado que la respiración es parte fundamental para la vida, es considerada en este caso como lo prioritario para el paciente y que necesitó atención especial con inclusión del demás personal multidisciplinario, en este trabajo se plasman por escrito las actividades realizadas para devolver al paciente en la medida de lo posible su independencia para satisfacer dicha necesidad y otras.

Es importante para enfermería establecer por escrito las actividades. Aprender, escribir, investigar, hacer; son algunas de las cosas que harán crecer aún más nuestra profesión.

II OBJETIVOS

General:

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, mediante el modelo de Virginia Henderson, en un paciente, cuya principal necesidad alterada, es la de oxigenación, para favorecer su independencia, dando a conocer por escrito las actividades realizadas.

Específicos:

- Identificar en el paciente las principales necesidades a cubrir para llevar a cabo una intervención oportuna y eficaz de enfermería.
- Favorecer la independencia del paciente en torno a las necesidades alteradas, para poder reintegrarlo a su entorno familiar.

III METODOLOGÍA

Lugar: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Manuel Velasco Suárez.
Servicio de Neurocirugía.

Tiempo: Del 20 de mayo al 1º de Julio
Horario: 7:30 a 15:30

Universo: Adulto joven en la segunda década de la vida, cuyas principales necesidades alteradas son: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, movilidad y postura.

Valoración: Los Eventos Vasculares Cerebrales (EVC), se dan principalmente en adultos maduros y mayores, con menos frecuencia en jóvenes. Decidí elegir a José, un paciente de 20 años de edad, con diagnóstico médico de EVC Hemorrágico.

Se recolectaron los datos utilizando el formato de valoración de enfermería: Necesidades Humanas, elaborado por la Academia del Adolescente, Adulto y Anciano (I y II). Los datos fueron validados por el paciente, sus familiares, el expediente y el asesor del presente trabajo.

Diagnósticos: Los diagnósticos de enfermería se elaboraron con base a los criterios de la NANDA y el formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas).

Planeación: Se priorizaron los diagnósticos enfermeros con base a criterios de vida, funcionalidad y calidad de vida. Se plantearon las actividades que se llevaron a cabo en el paciente y se fundamentó cada una.

Ejecución: Se aplicó el plan de atención tanto al paciente como a los familiares.

Evaluación: Se evaluó el logro de los objetivos y revaloró el plan de atención en caso necesario.

Plan de alta: Se dieron a conocer las actividades que el paciente y su familia deberán llevar a cabo en su hogar.

IV MARCO TEÓRICO

4.1.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un método sistematizado basado en reglas y principios científicos que permite a los profesionales de enfermería prestar cuidados en forma racional, lógica y sistemática a necesidades y problemas de salud de un individuo, familia o comunidad, así como la evaluación de los resultados obtenidos.

Para llevar a cabo un proceso de atención de enfermería, es necesario apoyarse en un modelo o teoría para establecer un marco de referencia y comprender al paciente, familia o comunidad ya que un modelo prevé una estructura para el quehacer de la enfermera y cómo hacerlo. Es por ello que este trabajo tiene como sostén a Virginia Henderson y su modelo de las 14 necesidades básicas.

El proceso de atención de enfermería (PAE) consta de cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Estas son flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los individuos, además de proporcionar fundamentos escritos que contribuyen en la profesionalización de la enfermería.

1.- Valoración:

Primera fase de este proceso y es tal vez la más importante, ya que todo el plan de atención gira en torno a las necesidades encontradas en esta etapa.

| |
|---|
| Valoración = Obtención de datos + Organización y análisis de la información = Diagnóstico de Enfermería |
|---|

a) **Obtención de los datos** se logra a través de tres herramientas, que son: la observación, el interrogatorio o entrevista y la exploración física.

Observación: Consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente y el entorno físico o psicodinámico que lo rodea, inicia desde el primer encuentro con el paciente y deberá continuar a través de la relación enfermera-paciente. Requiere de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto).

Interrogatorio o entrevista: La entrevista es una técnica o método observacional que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación dirigida. Puede ser formal o informal. Un interrogatorio formal consiste en la comunicación con un propósito específico, en el cual se realiza la historia clínica del paciente desde un punto de vista enfermero. El interrogatorio informal es la conversación entre el personal de enfermería y el paciente, que se lleva a cabo mientras se brinda atención física al paciente, y es con frecuencia donde expresa sus sentimientos y problemas.

Exploración física: Esta debe realizarse de cabeza a pies, ya sea por aparatos o sistemas, o por la región que el paciente reporte como problema u objeto de interés, utilizando los métodos correspondientes (inspección, palpación, percusión, auscultación y medición).

- b) **Organización y análisis de la información.** Una vez que se ha recopilado la información es momento de organizarlos y analizarlos para poder darles una interpretación y significado, permitiéndonos así elaborar diagnósticos enfermeros.

2.- Diagnósticos de enfermería

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

En esta etapa se identifican los problemas/diagnósticos de enfermería reales o potenciales y estos deberán ser tratados de forma independiente (enfermera) o interdependiente (médico, trabajadora social, etc.)

“Los diagnósticos reales de enfermería, deben seguir el protocolo PES para poder escribir un informe que incluya las siguientes partes: Problema (P), Etiología (E), Signos y Síntomas (S).” Unidas por las palabras “relacionado con” y “manifestado por”.

Ejemplo: Impotencia *relacionado con* la hospitalización, *manifestada por* la afirmación del paciente de que se siente enfadado y deprimido porque no puede hacer nada para evitar la hospitalización.¹

3.- Planeación

En esta etapa se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud. Es el momento de elaborar un plan de atención.

La planeación engloba las siguientes actividades:

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de los objetivos/resultados esperados del paciente
- Determinación de las actividades/acciones de enfermería
- Anotación del plan de cuidados.

4.- Ejecución

Es la aplicación real del plan de atención de enfermería. La familia debe estar incluida como participante activo de los cuidados del paciente.

5.- Evaluación

Es valorar los progresos del paciente

Evaluación = Evaluación del logro de objetivos + Revaloración del plan de atención

¹ Alfaro Rosalinda. *Aplicación del proceso de enfermería*, Pág. 70.

La evaluación nos sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y contribuye en promover la investigación en enfermería.

Es en esta etapa cuando debemos preguntarnos si se han cumplido los objetivos planteados.

4.2.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



Biografía:

- Nació en Kansas City, Missouri el 19 de marzo de 1897.
- En 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del Ejército en Washington D. C.
- En 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- En 1922 inicia su carrera como docente.
- En 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- En 1930 a su regreso al Teachers College se convierte en miembro del profesorado y dicta cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.
- En 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harper publicado en 1939.
- En 1955 se publica la sexta edición de este libro con la definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- En 1960 se publicó su folleto Basic Principles of Nursin Care para la Internacional Council of Nurses, que fue traducido a más de 20 idiomas.
- En 1966 publica su obra The Nature of Nursing donde describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.
- Durante la década de los 80's permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.
- Recibe nueve títulos doctorales honoríficos.
- En 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.
- Virginia Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de noviembre de 1996.

El Modelo de Virginia Henderson

Es considerado como una filosofía y se ubica en los Modelos de las necesidades humanas donde la vida y la salud surgen como núcleo de acción para la enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, pues concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo por sí mismo en determinado momento de su ciclo vital.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia es el trabajo que la enfermera inicia y controla en el que es dueña de la situación.

Establece la relación enfermera-paciente en tres niveles que 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 ayuda 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.

En sus trabajos incorporó principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería y la define 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".

Identifica 14 necesidades básicas que considera componentes importantes del cuidado enfermero y son:

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
5. Descansar y dormir
6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud²

² <http://www.terra.ex/personal/duenas/teorias2.htm>

Metaparadigma de Enfermería según Henderson

Enfermería

Tiene como función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud, su recuperación o una muerte tranquila que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Requiere trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de éste para proporcionar un cuidado holístico al paciente.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades.

Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas.

Salud

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera a la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Salud-Independencia.

Persona

Individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

La persona es una unidad corporal, física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.³

³ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

4.3.- OXIGENACIÓN

“Tomar el primer aliento”, tiene importancia crucial en el nacimiento de todos los individuos y determina si el lactante tendrá o no una existencia viable como ser humano.⁴

La supervivencia humana depende de la capacidad de oxigenación. La respiración es un mecanismo de intercambio de gases entre la atmósfera y la sangre; y la sangre y las células.

La respiración se lleva a cabo mediante tres mecanismos: ventilación, difusión y perfusión.

VENTILACIÓN

La ventilación es el movimiento de gases dentro y fuera de los pulmones.

La ventilación puede valorarse mediante la velocidad, profundidad y ritmo de los movimientos que indicarán la calidad y eficiencia de la ventilación.

Inspiración: Entrada de aire de la atmósfera a los pulmones. Dura de 1 a 1.5 segundos.

Espiración: Salida de aire de los pulmones a la atmósfera. Dura de 2 a 3 segundos.

El diafragma se contrae o se aplana en la inspiración, extendiendo y estirando la cavidad torácica hacia abajo. En la espiración, el diafragma simplemente se relaja o se eleva.

Las pruebas diagnósticas miden los valores de oxígeno y de dióxido de carbono en la sangre arterial, proporcionando así información útil sobre la difusión y la perfusión.

Gases de la sangre arterial:

| | |
|--------------------|-------------|
| pH | 7.35-7.45 |
| PaCO ₂ | 35-45 mmHg |
| PaO ₂ | 80-100 mmHg |
| Sat O ₂ | 94-98% |

Oximetría de pulso (SpO₂) 90-100%

Recuento sanguíneo completo (RSC)

Hemoglobina: 14 a 18 g/100 ml hombres

12 a 16 g/100 ml mujeres

Hematocrito 40-50% hombres

35-45% mujeres

Recuento de glóbulos rojos 4.6 a 6.2 millones/ml hombres

4.2 a 5.4 millones/ml mujeres

Existen varios factores para que pueda darse una ventilación adecuada: oxigenación atmosférica adecuada, vía aérea permeable, flexibilidad pulmonar.

- Oxígeno atmosférico adecuado. Las concentraciones de oxígeno son más bajas en altitudes altas, que al nivel del mar.

⁴ Roper Logan Tierney. Modelo de enfermería. Pág. 127

- b) **Vía aérea permeable.** Durante la inspiración el aire pasa a través de nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios y bronquiolos hasta los alvéolos. La espiración es a la inversa.
La nariz realiza tres funciones importantes: calienta, humedece y filtra el aire. El aire seco sin filtrar puede traer consigo infecciones pulmonares. Los cilios son proyecciones de pelillos de las membranas mucosas respiratorias que ayudan a "barrer" la vía aérea, arrastrando moco u otros materiales extraños hacia la faringe. La tos y el estornudo son reflejos cuyos mecanismos son esenciales para la limpieza de la vía aérea. Se activan cuando por medio de irritantes se envían impulsos nerviosos a través del nervio vago a la médula. Cualquier materia extraña situada en la laringe, tráquea o bronquios provoca este reflejo. La Carina es una zona muy sensible.
- c) **Flexibilidad y retracción pulmonar adecuadas.** Es la expansión y dilatación de los pulmones. Una flexibilidad inadecuada puede producirse debido a un edema o a tumores, pero también a cualquier circunstancia que impida la expansión de la caja torácica, como la parálisis o la cifosis.
La retracción pulmonar en cambio, es el momento en que se colapsan las paredes torácicas siendo dos factores los responsables. El primero es la presencia de fibras elásticas en el tejido pulmonar y el segundo es la tensión superficial de los líquidos que revisten los alvéolos.
Equilibrando la tensión superficial de los alvéolos hay una mezcla lipoproteína llamada agente tensoactivo. Cuando no hay agente tensoactivo, la expansión pulmonar es excesivamente difícil y el pulmón se colapsa. Normalmente, la secreción del agente tensoactivo por los alvéolos, se estimula varias veces por hora, en bostezos, suspiros o respiración profunda.
- d) **Regulación de las respiraciones.** El regulador principal es el centro respiratorio de la médula oblonga (el bulbo). Esta zona mantiene el ritmo normal uniforme de la respiración. El centro respiratorio recibe impulsos a través de otros receptores especializados que están por todo el cuerpo, con la finalidad de que el bulbo realice los cambios necesarios en la respiración. Estos son: Receptores de dilatación, los quimiorreceptores, receptores de presión, y los propioceptores.
Los receptores de dilatación están situados en las paredes de los bronquios y bronquiolos. Se activan cuando los pulmones están insuflados sobradamente. Se transmiten del nervio vago-tronco cerebral-centro respiratorio.
Los quimiorreceptores se encuentran en el centro respiratorio, a lo largo del cayado de la aorta y escasamente en los senos carotídeos. Responden a los cambios en la composición química de la sangre y de los líquidos tisulares, específicamente a los cambios de oxígeno, dióxido de carbono o de concentraciones de iones hidrógeno.
Un nivel bajo de oxígeno estimula los quimiorreceptores, los cuales a su vez estimulan el centro respiratorio para aumentar la ventilación.
Los receptores de presión son receptores de dilatación. Controlan las variaciones diarias de la presión arterial. Los barorreceptores se estimulan con presiones por encima de 60 mmHg produciendo vasodilatación y disminuyendo la frecuencia cardíaca.
Los propioceptores se encuentran en los músculos y en los tendones de las articulaciones móviles, se estimulan mediante movimientos corporales pasivos y

ejercicio vigoroso. Transmiten impulsos al centro respiratorio y estimulan el aumento de la intensidad de la respiración.

DIFUSIÓN

La difusión es el movimiento de gases y de dióxido de carbono entre los alvéolos y los glóbulos rojos, es la segunda fase del proceso respiratorio.

Los factores que influyen en la difusión de gases a través de la membrana respiratoria son:

- a) grosor de la membrana
- b) área de superficie de la membrana
- c) coeficiente de difusión de gas
- d) diferencia de presión a cada lado de la membrana.

PERFUSIÓN

Es la tercera parte del proceso respiratorio. En esta etapa el oxígeno es transportado a los tejidos y el dióxido de carbono de los tejidos a los pulmones.

Los factores que pueden afectar el transporte de oxígeno de los pulmones a los tejidos son principalmente.

- a) el gasto cardíaco
- b) el número de eritrocitos
- c) el ejercicio
- d) el hematocrito de la sangre.

V PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

José F. V. S. de 20 años de edad, soltero. Inicia su padecimiento cuando sale a pasear con su hermano y unos amigos, después de un rato les refiere sentir dolor de cabeza, pero no hacen mucho caso, José se desmaya, ellos piden ayuda y es llevado al hospital del Edo. De Morelos, donde le diagnostican Evento Vascular Cerebral (EVC) hemorrágico, permanece ahí dos semanas, es intubado y adquiere neumonía nosocomial, se decide su traslado a la Ciudad de México al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Se ingresa al servicio de Terapia Intensiva, donde se le inicia Nutrición Parenteral Total (NPT), se opta por realizarle una traqueostomía, se instala catéter largo, se cambia la sonda vesical, se deja pendiente para cirugía dependiendo de su evolución. A pesar de ser Testigos de Jehová los familiares aceptan que José sea transfundido en caso necesario. Después de quince días se les informa a los familiares que “no hay nada más que hacerle”, pues su pronóstico era malo. Sin embargo, permanece en la Terapia Intensiva por dos meses, comienza a evolucionar favorablemente, por lo que se decide extubarlo y subirlo al primer piso de hospitalización de neurocirugía, donde conozco a José; encontrándose en ese momento aún con dependencia de oxígeno suplementario, trastorno de la comunicación y de la movilidad principalmente. Por lo que decido tomar su caso para elaborar el presente trabajo.

VI VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos de independencia:

Tiene automatismo ventilatorio. Su Frecuencia respiratoria es de 18x'. Ritmo y profundidad normales. Llenado capilar de 2", F. C. 70x', T. A. 100/60 mmHg.

Datos de dependencia:

Por varios periodos presenta dificultad para respirar debido al acumulo de secreciones, estas son en moderada cantidad, hialinas. Su tos es productiva. Depende aún del oxígeno que se le administra junto con un nebulizador en forma continua debido a la disnea. Cuenta con una traqueostomía. No presenta cianosis distal.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos de independencia:

No se observan

Datos de dependencia:

José requiere de alimentación enteral, la cual se le proporciona durante 5 hrs. continuas por una de descanso, que inicia a las 6:00 y concluye a las 22:00. Desde el inicio de su padecimiento hasta ahora ha perdido 8Kg. Su cabello esta reseco, su piel ligeramente pálida y mucosas secas. Peso de 48Kg. Talla 1.56m.aprox. IMC (índice de masa corporal) 19. A pesar de estar dentro de los rangos normales, los datos subjetivos indicaban bajo peso.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos de independencia:

Controla esfínteres, deposición una vez cada dos días.

Datos de dependencia:

Ingresa con sonda vesical. Para poder evacuar necesita la ministración de un laxante, sus ruidos intestinales están disminuidos. Le cuesta trabajo evacuar en el cómodo y manifiesta querer privacidad para poder evacuar. Sus heces son secas y duras. Se observa distensión abdominal y dificultad para expulsar flatos.

4.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos de independencia:

Temperatura corporal de 36.8°C. Piel templada.

Datos de dependencia:

No se observan.

5.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos de independencia:

No se observan.

Datos de dependencia:

Debido a hemiparesia derecha y hemiplejia izquierda, necesita de ayuda para cambiar de posición o girar en la cama. Sus familiares le ayudan a realizar ejercicios pasivos. No puede sostener bien los objetos. Sus movimientos son sin coordinación.

6.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos de independencia:

En su hogar duerme regularmente ocho horas por la noche, siendo su sueño tranquilo.

Datos de dependencia:

Desde su ingreso al servicio siente que no descansa, debido a que por la noche el personal de enfermería lo despierta para checarle sus signos vitales o aspirarlo. Manifiesta "no sentirse bien descansado".

7.- NECESIDAD DEL USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos de independencia:

No se observan.

Datos de dependencia:

Requiere de ayuda para ponerse el camisón a causa de la debilidad de lado derecho y la inmovilidad de lado izquierdo.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Datos de independencia:

No se observan.

Datos de dependencia:

José coopera poco para el baño de esponja, pues intenta tallarse el cuerpo, refiere no agrada mucho este aseo porque siente frío y al cambio de sabanas, mientras lo mueven, siente caerse. El aseo bucal es de 3 veces al día, al igual que la curación del estoma de traqueostomía. No presenta úlceras por decúbito.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos de independencia:

Alerta, orientado en sus tres esferas (tiempo, lugar y persona).

Datos de dependencia:

Hemiparesia derecha, hemiplejia izquierda.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos de independencia:

Utiliza el lenguaje no verbal.

Datos de dependencia:

No puede hablar, trata de comunicarse escribiendo pero se cansa mucho. Se comunica a señas. A veces siente desesperación y miedo de no poder volver a hablar.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos de independencia:

Pertenece a la religión Testigos de Jehová, acudía normalmente a su templo con su familia. Actualmente sus hermanos de religión lo visitan frecuentemente.

Datos de dependencia:

No se observan.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos de independencia:

Trabaja como obrero, planea con su hermano abrir un taller de reparación de zapatos.

Datos de dependencia:

No se observan.

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos de independencia:

Tiene varios amigos, el principal es su hermano. Acostumbran reunirse por las tardes. Les gusta participar en actividades de su templo.

Datos de dependencia:

No se observan.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos de independencia:

Conoce su diagnóstico, contribuye en las actividades que sabe van a ayudar en su mejora. Tiene gran interés en aprender sobre su padecimiento y cómo recobrar su salud. Su escolaridad es de primaria.

Datos de dependencia:

No se observan.

VII DIAGNÓSTICOS

| Necesidades | Diagnósticos de enfermería |
|--|--|
| 1.- Oxigenación | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con dificultad para expectorar secreciones manifestada por agitación, ojos muy abiertos y disnea. ♦ Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por disnea. |
| 2.- Nutrición e Hidratación | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para ingerir alimentos debido a la traqueostomía manifestado por pérdida de peso, palidez, mucosas secas y cabello reseco. |
| 3.- Eliminación | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Estreñimiento relacionado con disminución de la actividad física y falta de intimidad manifestado por heces duras y secas. |
| 4.- Termorregulación | <ul style="list-style-type: none"> ♦ No se observan |
| 5.- Moverse y Mantener una buena postura | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza de lado derecho del cuerpo manifestado por dificultad para girarse en la cama, movimientos descoordinados y limitación para las habilidades motoras finas. |
| 6.- Descanso y Sueño | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Deterioro del patrón del sueño relacionado con interrupciones para procedimientos terapéuticos manifestado por despertarse por la noche y quejas de no sentirse bien descansado. |
| 7.- Uso de prendas de vestir adecuadas | <ul style="list-style-type: none"> ♦ No se observan |
| 8.- Higiene y protección de la piel | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Déficit de autocuidado: Baño/Higiene relacionado con debilidad de lado derecho de su cuerpo manifestado por incapacidad para lavar totalmente su cuerpo, obtener agua, obtener los artículos de baño y secarse el cuerpo. ♦ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización física. |
| 9.- Evitar peligros | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Riesgo de infección relacionado con vía aérea artificial (traqueostomía), catéter central, sonda nasogástrica y sonda vesical. |
| 10.- Comunicarse | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Trastorno de la comunicación verbal relacionado con una barrera física (traqueostomía) manifestado por no poder hablar. |
| 11.- Vivir según sus creencias | <ul style="list-style-type: none"> ♦ No se observan |
| 12.- Trabajar y Realizarse | <ul style="list-style-type: none"> ♦ No se observan |
| 13.- Jugar/participar en actividades recreativas | <ul style="list-style-type: none"> ♦ No se observan |
| 14.- Aprendizaje | <ul style="list-style-type: none"> ♦ No se observan |

VIII PLANEACIÓN

Necesidad de Oxigenación

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionada con dificultad para expectorar secreciones manifestada por agitación, ojos muy abiertos y disnea.

Fundamentación: El acúmulo de secreciones provoca que el organismo no oxigene adecuadamente, ya que la entrada y salida de aire se encuentra bloqueada, generando estados de angustia en el paciente. Unas secreciones fluidificadas, la fisioterapia pulmonar y la tos ayudan a moverlas del tracto respiratorio para poder sacarlas.

Objetivo:

➔ José mantendrá permeables sus vías aéreas.

| Acciones de Enfermería | Fundamentación científica |
|---|--|
| 1.- <u>Realizar palmopercusión torácica periódicamente (cada 4hrs. durante 15 minutos).</u> | Con la fisioterapia ayudamos a limpiar la vía aérea. La palmo percusión (ver Fig. 1), vibración y si es posible el drenaje postural (ver anexo, cuadro 1), favorecen el arrastre de secreciones hacia las vías respiratorias altas y de ahí pueden ser expectoradas o aspiradas con mayor facilidad.  Fig. 1 Para la percusión torácica, la mano se coloca en forma de cúpula. |
| 2.- <u>Proporcionar nebulizaciones</u> | Las nebulizaciones ayudan a fluidificar las secreciones para facilitar su expectoración. |
| 3.- <u>Aspirar secreciones por razón necesaria</u> | La aspiración es la succión de secreciones a través de una sonda de sistema cerrado (ver Fig. |

2), con la finalidad de mantener la vía aérea permeable en pacientes con dificultad para expectorar secreciones. La técnica debe ser estéril para evitar arrastrar microorganismos patógenos al tracto respiratorio.



Fig.2 Sistema de sonda de aspiración Traqueal cerrada.

4.- Enseñarle a toser en forma efectiva

La tos mueve las secreciones desde las vías aéreas más pequeñas hacia las más grandes, facilitando su eliminación. La expectoración es la salida de secreciones dejando libre la vía aérea.

Ejercicios para Toser:

Tos en cascada. Se le pide al paciente que haga respiraciones profundas y tosa varias veces hasta que sienta como si no tuviera aire en los pulmones.

Tos de paleta. Se hace una respiración profunda, después se lleva a cabo una serie de "bufidos" espiratorios con la boca abierta.

EJECUCIÓN

Después del baño de esponja se le realizaba la palmopercusión torácica para posteriormente aspirar secreciones, se le dejaba descansar y se le volvía a aspirar si era necesario.

EVALUACIÓN

Al paso de los días se pudo observar que José expectoraba con mayor facilidad las secreciones, reduciendo los episodios de aspiración hasta solo dos o tres veces al día, hasta que por fin no fue necesario aspirarlo.

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por disnea.

Fundamentación: Después de haber estado conectado a un ventilador mecánico por tiempo prolongado, los músculos respiratorios no han realizado su función como debieran, debido a que su trabajo lo a realizado dicho aparato, por tanto, cuando se separa de este, los músculos necesitan recobrar "su condición física" para llevar a cabo su actividad en una ventilación pulmonar óptima.

Objetivo:

→ José mantendrá una oxigenación adecuada y fortalecerá los músculos respiratorios

| Acciones de Enfermería | Fundamentación científica |
|--|--|
| <p><u>1.- Mantener el oxígeno y el nebulizador (Ver Fig. 3) en forma continua con el FIO₂ indicado.</u></p> <div data-bbox="217 723 482 1268" style="text-align: center;"><p>Nebulizador</p></div> <p>Fig. 3</p> <p><u>2.- Colocar un oxímetro de pulso</u></p> <p><u>3.- Enseñarle ejercicios que contribuyan a evitar la fatiga de los músculos respiratorios</u></p> | <p>La vía aérea superior tiene tres funciones principales: calentar, filtrar y humidificar el aire inspirado. Suministrar oxígeno no humidificado puede secar e irritar la mucosa de la vía aérea. El paciente con traqueostomía no cuenta con dicha función por lo que es necesario humidificar los gases inspirados. El FIO₂ (Concentración de oxígeno inspirado), es necesario para lograr una oxigenación adecuada.</p> <p>El oxímetro de pulso es un instrumento no invasivo que nos permite vigilar la Saturación de oxígeno.</p> <p>Los ejercicios respiratorios están proyectados para promover la ventilación óptima (Ver Fig. 4 y 5) y el buen intercambio gaseoso.</p> |

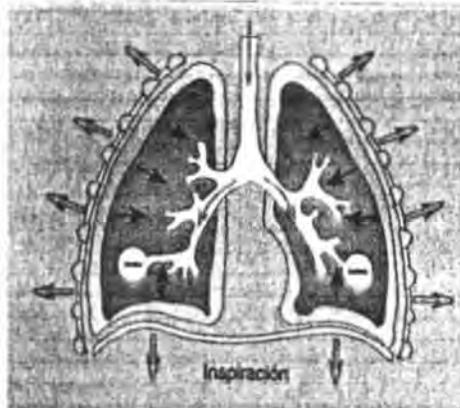


Fig. 4 Inspiración

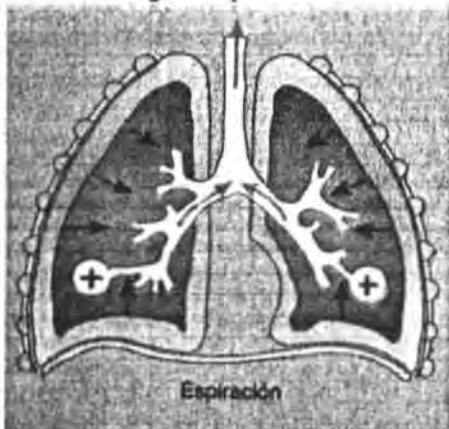


Fig. 5 Espiración

La inspiración es un proceso activo: los músculos respiratorios se contraen, la caja torácica se distiende y la presión intraalveolar se vuelve negativa, con lo que el aire entra en los pulmones. La espiración es un proceso pasivo: los músculos respiratorios se relajan, los pulmones se retraen y la presión intraalveolar supera la presión atmosférica, con lo que el aire sale de los pulmones.

Están indicados en pacientes con patrones respiratorios ineficaces manifestados por falta de aliento, disnea en reposo o con la actividad, aleteo nasal, y/o la utilización de músculos accesorios (cuello, intercostales, hombros, abdomen).

A continuación se mencionan algunos de esos ejercicios:

Respiración diafrágica. Se coloca al paciente en posición de semi-Fowler o sentado, la enfermera coloca la mano sobre la zona epigástrica, se le pide al paciente que respire profundamente y espire por la boca. La mano sirve de indicación visual para confirmar el movimiento efectivo del diafragma durante la inspiración y la espiración.

Respiración frente a resistencia (estimulación de los receptores de distensión), el paciente adopta una posición semi-Fowler o sentado y el ayudante coloca las manos sobre la parte lateral del tórax. El paciente hace una respiración profunda, tratando de empujar las manos de la persona que le ayuda hacia fuera. El ayudante ejerce una resistencia suave sobre la pared del tórax durante la inspiración.⁵

Contención inspiratoria "bostezo". El paciente puede estar en cualquier posición. Se le pide que haga una respiración profunda y mantenga el aire entre 3 a 5 segundos, posteriormente que espire. Es frecuente que la espiración produzca tos.

⁵ Beare/Myers. *Enfermería MédicoQuirúrgica*. Pág. 499

EJECUCIÓN

A José y a sus familiares se les enseñó como llevar a cabo estos ejercicios, el oxígeno con el nebulizador se siguió administrando con el FIO₂ indicado por alrededor de mes y medio más.

EVALUACIÓN

José tardó mas o menos veinte días para poder estar desconectado del oxígeno por periodos de tiempo más largo. Al final fue posible quitarle totalmente este gas, pues pudo respirar adecuadamente sin él, a través de la traqueostomía. Su saturación de oxígeno oscilaba por lo regular entre 94 y 96%.

Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para ingerir alimentos debido a la traqueostomía manifestado por pérdida de peso, palidez, mucosas secas y cabello reseco.

Fundamentación: Los pacientes que han estado intubados con una sonda endotraqueal durante mucho tiempo antes de la traqueostomía pueden tener un reflejo de deglución atenuado, por lo que se instala una sonda nasogástrica para proporcionarle los nutrientes a través de ella e ir valorando dicho reflejo para poder iniciar la vía oral.

Debido a que es difícil administrar todos los nutrientes por medio de una sonda, el paciente puede llegar a perder peso y verse reflejado en su piel, mucosas o el cabello.

Objetivo:

- ➔ José mejorará su estado nutricional
- ➔ José demostrará si es capaz de controlar secreciones orales, la comida y la bebida sin problema.

| Acciones de Enfermería | Fundamentación científica |
|---|---|
| <p><u>1.- Administrar la dieta indicada (Ensure), por sonda nasogástrica (se le proporciona durante 5 hrs. continuas por una de descanso, que inicia a las 6:00 y concluye a las 22:00). (Ver Fig. 6)</u></p>  <p>Fig. 6 Alimentación por sonda nasogástrica.</p> | <p>La alimentación con sonda nasogástrica se administra a los pacientes que no pueden o no quieren consumir cantidades adecuadas de alimentos por la boca, pero que siguen teniendo una cierta capacidad para digerir y absorber los nutrientes. Las sondas nasogástricas son fáciles de introducir y económicas, su extremo proximal es visible, pero, puede resultar difícil administrar todos los nutrientes necesarios a través de esta.</p> <p>El Ensure, se utiliza como complemento o suplemento de la dieta. Para personas que no cubren con sus requerimientos nutrimentales y presenta alta tolerancia gastrointestinal. Fórmula enteral completa y equilibrada. Proteína de alto valor biológico. Libre de lactosa. Libre de gluten. Variedad de presentaciones y sabores.</p> |

2.- Mantener la cabecera de la cama elevada durante las comidas

La elevación de la cabecera previene la aspiración. (Fig. 7)



Fig. 7 Posición de Fowler 90° y Semi-Fowler 45°

3.- Valorar los reflejos de deglución y del vómito antes de iniciar la vía oral

Valorar estos reflejos previos al inicio de la vía oral reduce el riesgo de bronco aspiración.

4.- Iniciar la vía oral con líquidos según sea conveniente

La ingesta se inicia con pequeños sorbos de agua para asegurarse que el paciente puede controlar sus secreciones.

5.- Avanzar en la dieta según la tolerancia del paciente

La forma gradual de continuar con la vía oral evita aspiraciones. Se recomienda dar alimentos blandos ya que son más fáciles de digerir que los líquidos.

EJECUCIÓN

A José se le proporcionaba su dieta a través de la sonda nasogástrica, después se le proporcionaban pequeñas probaditas de alimento para valorar el inicio de la vía oral, hasta que al fin se retiró la sonda. José continuó con vigilancia durante sus alimentos para verificar que no tuviera problemas de aspiración.

EVALUACIÓN

No fue necesario reinstalar la sonda nasogástrica, pues José continuó comiendo por la boca sin complicaciones. No fue posible saber el peso correcto de José al momento de ser dado de alta para calcular su IMC final, pero su mejora nutricional pudo notarse en sus mucosas hidratadas, la fortaleza en su mano derecha y el aumento de tejido subcutáneo.

Estreñimiento relacionado con disminución de la actividad física y falta de intimidad manifestado por heces duras y secas.

Fundamentación: Cuando la peristalsis esta disminuida a causa de algunos medicamentos, disminución de la actividad física, falta de intimidad, estrés o deshidratación, se provoca un tránsito lento a través del colon, lo que hace que el intestino absorba los líquidos, produciendo heces mucho más duras con dificultad para desplazarse.

Objetivo:

- ➔ José mejorará su patrón de eliminación intestinal
- ➔ José logrará evacuar sin dificultad

| Acciones de Enfermería | Fundamentación científica |
|--|---|
| <p><u>1.- Proporcionar líquidos en cantidad adecuada</u></p> | <p>La ingesta normal de líquidos es de ocho vasos al día, pues ayudan a mantener las heces blandas facilitando su evacuación.</p>  |
| <p><u>2.- Dar masaje abdominal para favorecer el peristaltismo</u></p> | <p>El masaje en sentido de las manecillas del reloj sirve como estimulante (Ver Fig. 8), favoreciendo el tránsito intestinal y finalmente la evacuación.</p>  <p>Fig. 8 El masaje ayuda a mover el</p> |

3.- Proporcionar la mayor privacidad posible en el momento en que José tenga deseo de defecar

4.- Proporcionar el cómodo en el momento que sienta necesidad de evacuar

5.- Proporcionar los laxantes indicados en caso necesario (lactulax cada 8hrs 15ml)

contenido intestinal del colon ascendente al transversal y de este al descendente para llegar finalmente al sigmoides y de ahí lograr más fácilmente la evacuación de heces.

La necesidad de evacuar requiere de privacidad como norma social (tener vergüenza), por lo que se hace imposible poder defecar u orinar en un área concurrida.

Cuando no se atiende en el momento la necesidad de defecar se "enseña" al intestino a necesitar un grado mayor de estimulación. "La mucosa y el músculo rectal se hacen inmunes a las señales de defecación, y el cuerpo necesita una estimulación mayor. Esto irrita el intestino y el paciente puede sentir inicialmente espasmos o dolor cólico abdominal tras las comidas".⁶

Lactulax está indicado en el tratamiento de la constipación intestinal crónica, ya que gracias a su mecanismo de acción se logra un aumento en el peristaltismo colónico y reblandecimiento (rehidratación), de las heces.⁷

Se trata de disacáridos sintéticos no absorbibles que son degradados por las bacterias colonicas a ácidos orgánicos de bajo peso molecular (especialmente el lactato). Estos productos retienen agua y electrolitos (reblandeciendo y aumentando el volumen fecal) y además aumenta la acidez de las heces, lo que produce una suave irritación que favorece la motilidad colónica.⁸

⁶ Ibidem Pág. 1525

⁷ Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. DEF

⁸ Bustamante Estreñimiento. 100 preguntas más frecuentes Pág. 40

EJECUCIÓN

Se aumentó la ingesta de líquidos en su dieta, los familiares fueron los encargados de realizarle el masaje abdominal previa explicación por parte del personal de enfermería, se procuró darle la mayor privacidad posible, un familiar se quedaba las 24hrs del día para cuidarlo y participar en su recuperación, lo que facilitó proporcionarle el cómodo en el momento que lo requería.

EVALUACIÓN

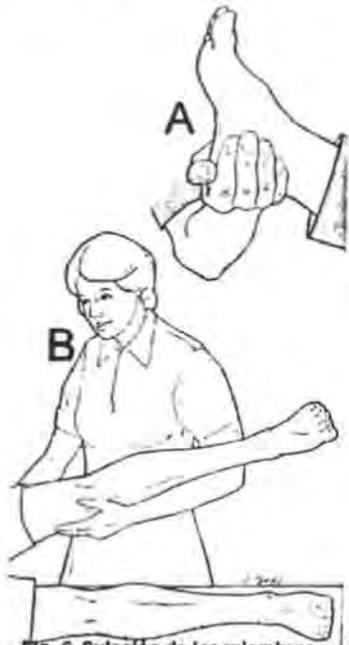
A pesar de llevar a cabo las medidas pertinentes, José continuó estriñéndose, pero las heces ya no fueron tan secas y duras como en un principio.

Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza de lado derecho del cuerpo y hemiplejía izquierda manifestado por dificultad para girarse en la cama, movimientos descoordinados y limitación para las habilidades motoras finas.

Fundamentación: Al producirse un accidente vascular, resulta afectada en mayor o menor grado la corteza cerebral motora y, en especial, las fibras del haz piramidal que transmiten los impulsos nerviosos motores a la musculatura. Dado que tales fibras se entrecruzan a nivel del tronco encefálico, la musculatura afectada será contralateral al hemisferio cerebral lesionado.

Objetivo:

- ➔ José mantendrá su sistema músculo-esquelético sin deformidades ni contracturas
- ➔ José aumentará la tolerancia a la actividad física
- ➔ José remitirá progresivamente la función músculo-esquelética

| Acciones de Enfermería | Fundamentación científica |
|--|---|
| <p><u>1. Realizar ejercicios pasivos</u></p>  <p>Fig. 9 Sujeción de los miembros durante el ejercicio pasivo: A, ahuecándolo; B, acunándolo</p> | <p>Los ejercicios pasivos ayudan a conservar el arco de movimiento articular en el mayor grado posible, mantiene la circulación, conserva y mejora la potencia muscular y la función articular, previene deformidades, se obtiene fuerza y resistencia. (Ver Fig. 9)</p> <p>Los sistemas del cuerpo funcionan con mayor eficiencia cuando están activos. El desuso del sistema neuromuscular causa rápidamente degeneración y la consiguiente pérdida de la función. Si se inmovilizan los músculos, el proceso degenerativo se inicia casi de inmediato. Se estima que la fuerza y el tono de músculos inmovilizados puede disminuir hasta 5% cada día cuando no hay contracción alguna. El restablecimiento de la fuerza y el tono muscular es un proceso lento que puede tardar meses o años.¹⁰</p> |

2.- Realizar ejercicios isométricos.

Producen cambios de tensión, conservando la misma longitud.

Algunos ejemplos son:

Mover la palma de la mano hacia arriba y hacia abajo.

Mantenga su codo doblado a 90 grados cerca de su costado y voltee la palma hacia abajo (Fig. 10 a) Empuje sólo hasta el punto de tensión y mantenga esta posición durante diez segundos. Luego, voltee la palma hacia arriba (Fig. 10 b), empujando hasta el punto de tensión y mantenga esta posición durante diez segundos.



Fig. 10

Doblar y extender la muñeca.

Con su brazo apoyado en un respaldo o una almohada, doble sus dedos hasta formar un puño flojo, mueva su muñeca hacia arriba tanto como pueda extenderla y mantenga esta posición durante diez segundos (Fig. 11 a) Luego, mueva su muñeca hacia abajo con lentitud, mientras separa los dedos ligeramente y empuja hasta el punto de tensión (Fig. 11 b).

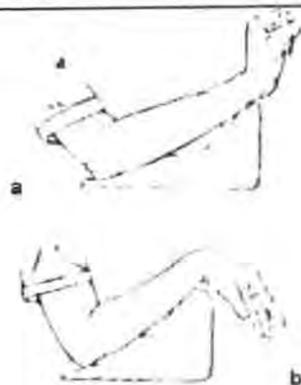


Fig. 11

Flexión

Coloque su antebrazo sobre una mesa apoyando los dedos justo en el borde. Mantenga sus dedos flojos; suavemente, presione la palma de su mano hacia la base de su dedo medio, de manera que pueda sentir los músculos de su antebrazo contraídos. Mantenga la contracción durante seis segundos; luego relaje los músculos durante seis segundos (Fig. 12).¹¹

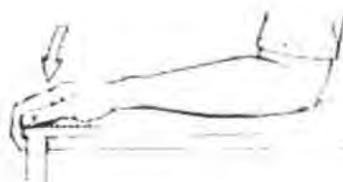


Fig. 12

3.-Utilizar dispositivos externos que proporcionen apoyo y alineación (como almohadas, férulas de mano, tenis, etc.)

La hemiplejía da lugar a posturas anormales, codo, muñeca y dedos flexionados; antebrazo pronado con el brazo afectado pegado al cuerpo; cadera en rotación interna, extensión y aducción; rodilla extendida; dedo de los pies flexionados y tobillo en flexión plantar, supinación e inversión. Para prevenir contracturas y deformidades permanentes,

| | |
|--|---|
| <p><u>4.-Mantener una alineación corporal correcta</u></p> | <p>hay que colocar al paciente utilizando métodos que favorezcan una postura correcta.</p> <p>Con frecuencia las deformidades y las contracturas se evitan mediante un posicionamiento adecuado. Cuando el cuerpo está bien alineado, se logra el equilibrio sin tensión indebida en las articulaciones, músculos, tendones o ligamentos. La correcta alineación corporal promueve un equilibrio óptimo del cuerpo en cualquier posición que asuma el paciente ya sea de pie, sentado o acostado.</p> |
|--|---|

EJECUCIÓN

José fue valorado por rehabilitación. Este servicio capacitó a sus familiares para que fueran ellos quienes realizaran los ejercicios pasivos a su paciente. El personal de enfermería intervenía en caso necesario, como por ejemplo: mantener la alineación correcta del paciente, recordarle a los familiares realizar los ejercicios pasivos, sugerencias de cómo improvisar las férulas que rehabilitación les pedía.

EVALUACIÓN

José no sufrió de contracturas ni deformidades lo que facilitaría su pronta recuperación muscular y motora. Cuando fue dado de alta aún no lograba sostenerse en pie, pero sí podía permanecer sentado por más tiempo sin apoyo, su rehabilitación aún continua.

¹⁰ DuGas Tratado de Enfermería Práctica Pág. 443

¹¹ <http://www.tusalud.com.mx/220902.htm>

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilización física

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 finalmente muerte hística. Los factores que influyen en el desarrollo de las úlceras por presión consisten en la cantidad de presión (intensidad), la duración de la presión ejercida sobre la piel (duración), y la capacidad del tejido para tolerar la presión externa aplicada. Además las llamadas fuerzas de compartimento (presión que se ejerce sobre la piel cuando se adhiere a la cama y las capas cutáneas se deslizan en dirección al movimiento del cuerpo), fricción y la humedad excesiva. (Ver Anexo. Escala de Braden)

Los principales factores de riesgo para las úlceras por presión son: Edad avanzada, anemia, contracturas, diabetes mellitus, elevación de la temperatura corporal, inmovilidad, alteración de la circulación, incontinencia, obesidad, cirugía prolongada.

Objetivo:

➔ José tendrá la piel íntegra, limpia y humectada

| Acciones de Enfermería | Fundamentación científica |
|---|---|
| <p><u>1.- Mantener la piel limpia, y humectada</u></p> <p><u>2.- Realizar cambios de posición cada dos horas y valorar condiciones de la piel</u></p> | <p>La humedad puede macerar la piel rompiendo esta barrera de protección permitiendo la colonización bacteriana. La piel lubricada disminuye el riesgo de que se lacere y pierda su función de barrera.</p> <p>Los pacientes deben girarse o levantarse al menos cada dos horas para evitar la presión prolongada. (Ver anexo. Cuadro 2 Escala de Braden)</p> <p>Si un paciente desarrolla zonas enrojecidas que no desaparecen en 10 minutos tras un cambio de posición, hay que moverle con más frecuencia.¹²</p> <p>Las zonas habituales de lesión cutánea (ver Fig. 13), deben valorarse al menos cada dos horas en pacientes de riesgo. (Occipucio, oído, escápula, codo, sacro, tuberosidades isquiáticas, trocánter mayor, cóndilo medio de la tibia, cabeza fibular, maléolo medio, maléolo lateral, tobillo).</p> |

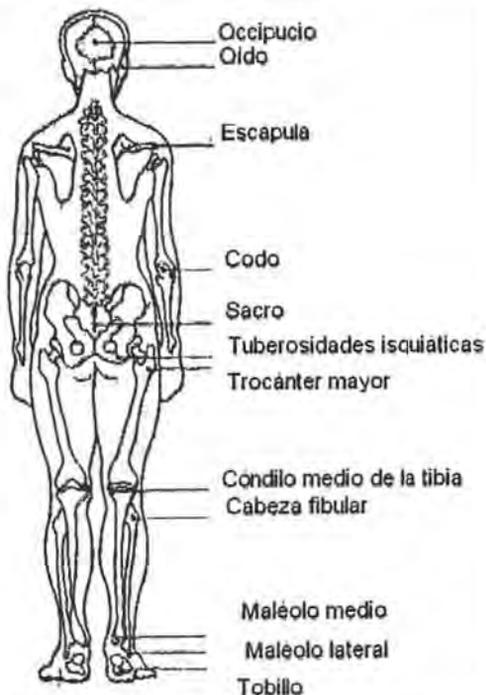


Fig. 13 Áreas susceptibles a las úlceras por presión

3.- Colocar almohadillas en zonas de presión

Las almohadillas ayudan a aliviar la presión

4.- Mantener la posición anatómica

La posición adecuada reduce la incidencia de úlceras. Si es necesario se pueden utilizar almohadones como ayuda.

5.- Colocar medias antitromboembólicas

Las medias favorecen el retorno venoso evitando así trombosis o embolias en cualquier órgano.



Medias antitromboembólicas

EJECUCIÓN

El personal de enfermería de los tres turnos cumplió con la labor de cambiar a José de posición y valorar las condiciones de la piel. No fue posible movilizarlo cada dos horas por falta de personal y carga de trabajo. Su familia contribuyó, le llevaron pequeñas almohadillas rellenas de alpiste, las cuales se utilizaron en las zonas de presión.

EVALUACIÓN

José no desarrolló úlceras por presión, fue dado de alta sin complicaciones en este sentido.

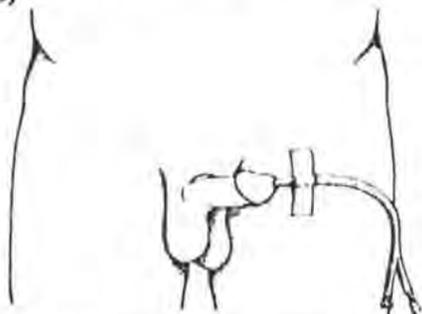
Necesidad de Evitar Peligros

Riesgo de infección relacionado con vía aérea artificial (traqueostomía), catéter central, sonda nasogástrica y sonda vesical.

Fundamentación: Todo procedimiento invasivo sugiere una puerta de entrada para microorganismos patógenos.

Objetivo:

➔ José recibirá medidas de protección adecuadas, que contribuyan a evitar infecciones nosocomiales.

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación científica |
|---|---|
| <p><u>1.- Realizar curación y/o aseo de las zonas de riesgo (El área de la sonda nasogástrica, del estoma, incisión del catéter largo y sonda vesical)</u></p> <p><u>2.- Cambios de catéter y/o sondas en caso necesario.</u></p> | <p>La ausencia de sangre, secreciones y humedad limita el crecimiento de microorganismos patógenos. Aún cuando las barreras protectoras, piel y mucosas se hayan roto.</p> <p>Todo material externo (sonda vesical, sonda nasogástrica y catéter largo) puede llegar a obstruirse o a infiltrarse, por lo que deben ser cambiados oportunamente. (Ver Fig. 14, 15, 16)</p>  <p>Fig. 14 La sonda se debe cambiar cuando se obstruya, se salga o los tubos de drenaje estén cubiertos con suciedad o sedimentos. (Se recomienda hacerlo cada 4 semanas)</p> |

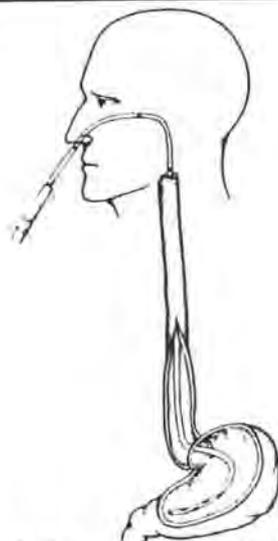


Fig. 15 La sonda nasogástrica debe ser cambiada cuando se tape o sea necesario.

Anotar Fecha de Instalación del catéter y Fecha de curación

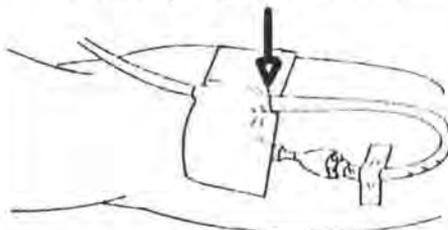


Fig. 16 En el INN la curación de un catéter largo puede ser hasta después de 7 días siempre y cuando no exista presencia de sangre, secreción o se encuentre despegado el parche transparente que protege la incisión y parte del mismo. En caso de haber permanecido por más de un mes, entonces será necesario hacer un recambio.

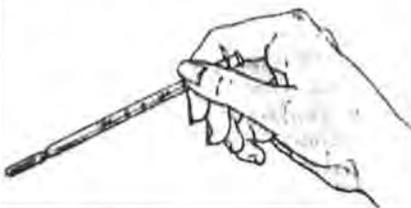
El comité de infección del Instituto, establece que: cada vez que se retira un catéter largo, la punta del mismo debe ser depositada en un medio de cultivo para observar si existe un crecimiento bacteriano; los resultados son entregados al jefe del servicio para que tome las medidas pertinentes en caso necesario.

El medio de cultivo debe llevar los siguientes datos: Nombre del paciente, Diagnóstico médico, No. de Registro, Fecha en que se

3.- Llevar a cabo medidas de protección estándar (Ver cuadro 3 en anexos)

4.- Administrar los antibióticos prescritos (Cefepime 1g. cada 12hrs)

5.- Tomar cultivos en el paciente en caso de presentar fiebre por arriba de 38°C.



colocó el catéter y fecha en la que se retiró.

Las precauciones estándar tienen como objetivo evitar la transmisión de patógenos de la sangre y otros líquidos corporales, excluido el sudor. Cuando el personal sanitario utiliza las precauciones universales, junto con el lavado de manos eficaz, se reduce la transmisión de patógenos de unos pacientes a otros.

El cefepime está indicado en: Infecciones de las vías respiratorias bajas, incluyendo neumonía y bronquitis.

Infecciones de las vías urinarias complicadas y no complicadas, incluyendo pielonefritis.

Infecciones de la piel y anexos. Infecciones intraabdominales, incluyendo peritonitis e infecciones de las vías biliares.

Infecciones ginecológicas.

Septicemia.

Tratamiento empírico de la neutropenia febril.

Profilaxis en cirugía abdominal.

Su mecanismo de acción: inhibe la síntesis de la pared bacteriana.¹³

El comité de infecciones del INNN, establece que, aquellos pacientes con fiebre mayor a 38°C deben ser hemocultivados, tomar muestra de orina para urocultivo y muestra de secreción bronquial si es requerida, con la finalidad de detectar la bacteria e indicar el antibiótico correcto. El Dr. Soto y la Dra. Ramírez son los encargados de dicha área, son quienes indican el uso de antibióticos o su retiro junto con las Enfermeras adscritas al comité.

¹³ Goodman, G. *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*, Pág. 1159

EJECUCIÓN

El personal de enfermería llevo a cabo las medidas pertinentes para evitar infecciones en el paciente. Estudiantes de Inhaloterapia y de Enfermería tomaron pláticas que brinda el personal del servicio acerca de medidas de protección estándar antes de involucrarse en el manejo de los pacientes

EVALUACIÓN

Durante el tiempo de estancia, José no presentó infecciones nosocomiales posteriores a su llegada a este servicio (hospitalización de neurocirugía).

Trastorno de la comunicación verbal relacionado con una barrera física (traqueostomía) manifestado por no poder hablar.

Fundamentación: La comunicación, es un proceso social básico; que significa la acción y efecto de hacer a otro participe de lo que uno tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a uno alguna cosa, consultar, conferir con otros un asunto, tomando su parecer.¹⁴

La comunicación es el medio, para satisfacer las necesidades básicas.

La traqueostomía es un corte que se realiza en la tráquea. La tráquea anatómicamente pertenece al aparato respiratorio inferior (Aparato respiratorio superior: nariz, senos paranasales y faringe. Aparato respiratorio inferior: Laringe, tráquea, árbol bronquial y pulmones.). El aire espirado se desvía y sale por el orificio de la traqueostomía evitando la laringe que es la encargada de producir la voz. Cuando el aire puede escapar a través de la boca, la nariz o ambos se producen los sonidos oral, nasal u oronasal

La Fonación es el sonido primario producido, cuando los ligamentos vocales aproximados son puestos en vibración forzando el aire espirado entre ellos.¹⁵

Objetivo:

➔ El paciente logrará manifestar sus necesidades al equipo multidisciplinario.

| Acciones de enfermería | Fundamentación científica |
|---|--|
| <p><u>1.- Proporcionar al paciente una libreta y un lápiz para que pueda expresarse.</u></p>  | <p>Todo ser humano tiene la necesidad de comunicarse y expresar sentimientos o necesidades; en el caso de los pacientes sometidos a una traqueostomía sienten desesperación por no poder hablar, la enfermera debe encontrar los medios para poder interactuar y cubrir las necesidades que él exprese.</p> <p>La debilidad muscular y los movimientos sin coordinación continuarán siendo un obstáculo para una clara comunicación, por lo tanto la enfermera debe mostrarse tranquila, así el paciente podrá expresarse sin sentirse estresado o presionado.</p> |

¹⁴ García González Ma. De Jesús *El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. Pág. 212

¹⁵ Hamilton. *Anatomía Humana* Pág. 315

EJECUCIÓN

Se optó por dejar al personal de enfermería el cual comprendía mejor lo que José quería dar a entender mediante señas o escribiéndolo burdamente. La libreta y el lápiz se le proporcionaron.

EVALUACIÓN

José sí logró expresar sus necesidades como: cambiarlo de posición, querer que lo aspiraran, pedir el cómodo o el pato para orinar, hablarle a algún familiar, si sentía dolor, etc. Al final empezó a saber manejar la traqueostomía y poder articular algunas palabras.

Necesidad de Sueño y Descanso

Deterioro del patrón del sueño relacionado con interrupciones para procedimientos terapéuticos manifestado por despertarse por la noche y quejas de no sentirse bien descansado.

Fundamentación: El descanso físico y mental es importante para tener un funcionamiento óptimo del organismo. La cantidad de sueño necesaria para recuperar la energía perdida varía con la edad. En adolescentes y adultos es de 7 a 9 horas diarias.¹⁶

El ambiente hospitalario conlleva un gran estrés no solo para el personal que labora ahí sino también para los pacientes. Cuando ingresan al hospital tienen que adecuarse a las actividades, como por ejemplo: chequeo de signos vitales, ir a estudios de gabinete, presenciar la visita médica, entrega de cambio de turno, etc. Todo esto mantiene al paciente alerta y durante la noche las actividades no terminan por lo que provoca despertarlos, evitando un descanso placentero.

Objetivo:

➔ Favorecer el sueño y el descanso de José.

| Acciones de enfermería | Fundamentación científica |
|---|---|
| <p><u>1.- Llevar a cabo medidas que favorezcan un período de sueño adecuado, como: Evitar ruidos, conservar el ciclo natural de iluminación y oscuridad, dejar al paciente en una postura cómoda, y reducir en lo posible tratamientos durante la noche</u></p> | <p>Todas las células del cuerpo necesitan un periodo de inactividad para recuperarse y renovarse.</p> <p>Las personas enfermas deben dormir más porque necesitan secretar más hormona del crecimiento para promover la reparación tisular.¹⁷</p> <p>Las funciones corporales del ser humano siguen un patrón denominado "ritmo circadiano". Es como si el cuerpo del hombre tuviera un reloj biológico encargado de regular sus actividades. El sueño es parte esencial de la vida del hombre y constituye un tercio de su tiempo.</p>  |
| <p><u>2.- Brindar seguridad y empatía hacia José.</u></p> | <p>El paciente hospitalizado está sometido a estrés, pues temen con frecuencia al dolor, la muerte y la incapacidad, les preocupa</p> |

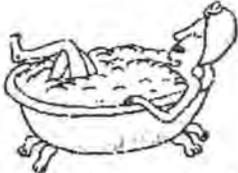
Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Déficit de autocuidado: Baño/Higiene relacionado con debilidad de lado derecho de su cuerpo manifestado por incapacidad para lavar totalmente su cuerpo, obtener agua, obtener los artículos de baño y secarse el cuerpo.

Fundamentación: La higiene personal es importante para la salud general del individuo. Los pacientes que han sufrido un EVC terminan por lo regular con hemiplejía o hemiparesia y no cuentan con la fuerza necesaria para poder, realizarse por si mismos una buena higiene. Mientras no recuperen la fuerza músculo-esquelética necesitan de ayuda para realizar esta cotidiana actividad.

Objetivo:

→ José mantendrá su higiene personal.

| Acciones de enfermería | Fundamentación científica |
|--|--|
| <p><u>1.- Dar baño de esponja al paciente o de regadera cuando sea posible</u></p>  | <p>El baño con agua y jabón, abren los poros de la piel y permite una limpieza de exudados que facilita la transpiración. Las prácticas higiénicas implican el cuidado de la piel, el pelo, las uñas, los dientes, las cavidades orales y nasales y las áreas perineales y genitales.¹⁸</p> |
| <p><u>2.- Limpiar el área perineal después de defecar</u></p> | <p>Las heces generan mal olor, provocando sensación de incomodidad en el paciente. Los desechos corporales (heces y orina) pueden irritar la piel causando rozaduras que ponen en peligro la integridad de la misma.</p> |
| <p><u>3.- Lavarle las manos</u></p> | <p>El lavado de manos antes de comer y después de ir al baño forma parte de nuestra cultura de higiene.</p> |
| <p><u>4.- Realizarle el aseo bucal tres veces al día</u></p> | <p>La cavidad oral es el lugar donde abundan muchas bacterias, el cepillado de dientes, reduce su número, además de eliminar restos de comida evitando de esta manera el mal aliento, las caries y posibles focos de infección. Con el aseo, la boca se siente fresca.</p> |

¹⁸ Kossier, *Enfermería Fundamental. Conceptos, Procesos y Práctica*. Pág. 491

EJECUCIÓN

El baño era diario en cama, su aseo bucal se realizaba tres veces al día, el aseo perianal después de cada evacuación y el lavado de manos en caso necesario

EJECUCIÓN

José siempre estaba limpio y sus familiares ayudaban a satisfacer esta necesidad.

IX PLAN DE ALTA

1.-NUTRICIÓN

Dieta: Blanda de 1800Kcal

Consumir abundantes líquidos (2L)

Continuar tomando suplementos alimenticios (Ensure) dos veces al día.

Alimentos que contengan fibra (trigo, frutas con cáscara como manzana, pera y verduras)

Alimentos ricos en proteínas como: pescado, aves, legumbres.

Los alimentos deben ser picados en trozos pequeños

Durante su alimentación no se le debe dejar solo, por su riesgo de aspiración

2.- MEDICAMENTOS

Los medicamentos con los cuales José fue dado de alta se le sugiere tomarlos en el siguiente orden con intervalos de 20min. entre uno y otro.

a) **Ranitidina** 150mg VO c/12hrs. Ayuda a proteger la mucosa gástrica, en el caso de tomar medicamentos muy irritantes.

b) **Cefalexina** 500mg VO c/8hrs. La cefalexina se considera irritante para la mucosa gastrica por lo que debe ser administrada de preferencia con las comidas.

c) **Clonixinato de lisina** 125mg. VO c/8hrs. Analgésico no narcótico. Ingerir los comprimidos enteros, sin masticar y con abundante líquido.

Nota: Para las dosis de 3 veces al día se recomienda el horario de: 6:00, 14:00 y 22:00hrs.

Para la dosis de cada 12hrs se recomienda: 9:00 y 21:00hrs.

3.- REHABILITACIÓN

Acudir puntualmente a servicio de rehabilitación según las citas indicadas para continuar con sus ejercicios.

EJEMPLO DE EJERCICIOS ACTIVOS:

- En decúbito supino: el paciente toma con su mano sana la enferma y, con los codos extendidos, eleva los brazos por encima de la cabeza.

-En decúbito lateral: El paciente toma con su mano sana la enferma y, con los codos extendidos, moviliza el brazo alternativamente en dirección a la cabeza y en dirección a los pies.

4.- MEDIDAS ESPECIALES

✓ *Cuidados a la traqueostomía:*

- a) Debido a que las bacterias pueden penetrar fácilmente a la vía respiratoria, siempre que se tenga que manipular el estoma hay que lavarse las manos.
- b) Curación de la traqueostomía a diario (Se capacitó a la familia para realizar la curación de esta y aspirar secreciones en caso necesario)
- c) Observar el estoma a diario para detectar oportunamente signos de infección (enrojecimiento, tumefacción, dolor, salida de secreción purulenta, fiebre) y acudir de inmediato al hospital.
- d) Evitar polvo, humo, aerosoles, perfumes u otras partículas que puedan penetrar directamente en el estoma.
- e) Al toser o estornudar cubrir la traqueostomía y no la nariz y la boca.
- f) Durante el baño evitar que agua y jabón penetren en la traqueostomía.
- g) Al afeitarse o cortarse el pelo cubrir el estoma para evitar la entrada de caspa o partículas de pelo.
- h) Cambiar la cinta que fija la traqueostomía cada que sea necesario.

✓ *Cambios de posición cada dos horas o cuando José lo solicite.*

EJEMPLO DE POSTURAS DE REPOSO

DECÚBITO SUPINO

-Cabeza: sobre una almohada, inclinada hacia el lado sano pero sin permanecer en rotación.

-Miembro superior: Con un cojín bajo el hombro afectado y una almohada bajo el brazo, que debe permanecer separado del cuerpo, con el codo en extensión y la palma de la mano hacia arriba.

-Cadera: Evitar la rotación coxofemoral externa, mediante la colocación de un cojín bajo la cadera del lado afectado, de modo que la zona permanezca perfectamente alineada.

-Miembro inferior: En semiflexión, si la extremidad afectada permanece en extensión, con un cojín bajo la rodilla, para que se mantenga ligeramente flexionada.

-Pie: puede dejarse libre, pero si tiende a la extensión debe mantenerse con un ángulo de 90° , mediante la ayuda de una almohada o un aparato adecuado. Además, deben emplearse férulas que impidan el contacto de las sabanas y prevengan la deformidad denominada pie péndulo.

DECÚBITO LATERAL SOBRE EL LADO SANO (Ver Fig. 17)

-Cabeza: Sobre una almohada.

-Miembro superior: En extensión, perpendicular al cuerpo, con la mano apoyada sobre un cojín.

-Miembro inferior: La extremidad sana se mantiene extendida; la cadera y la rodilla del lado enfermo en flexión.

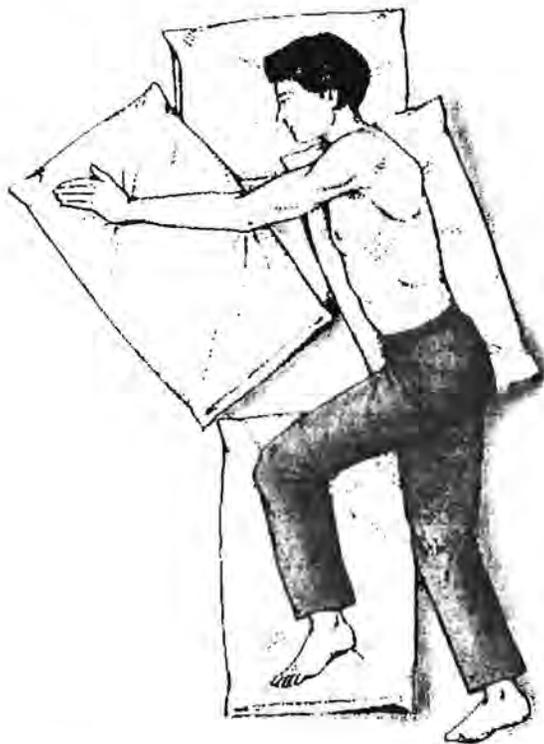


Fig. 17 Tratamiento Postural de Enfermo Hemipléjico

✓ *Sugerencias para movilizar a José*

Debido a que José va a ser dado de alta aún con hemiplejia, los familiares deben saber cómo movilizarlo para no lastimarse o lastimarlo.

Colocar a José en posición decúbito lateral:

- Antes de poner a José de lado, hay que acercarlo a lado contrario de la cama que va a mirar
- Colocarse de pie junto al lado de la cama donde se encuentra José y cruzarle el brazo que queda más alejado sobre el pecho y el otro colocarlo en ligera abducción.
- Tobillo y pie lejanos se cruzan sobre el otro pie.
- La persona que va a girar a José debe doblar el tronco hacia adelante por las caderas. Flexionar cadera, rodillas y tobillos. Separar las piernas para conseguir una buena base de apoyo con un pie un poco delante y descansando el peso sobre este pie.
- Colocar una mano sobre la cadera más alejada y otra sobre el hombro del mismo lado (Ver Fig. 18, A).
- Tensar los músculos de los glúteos, los abdominales y los de las piernas y brazos. Balancearse hacia atrás desplazando el peso del pie de adelante al de detrás y girar a José hasta que quede mirando hacia uno. (ver Fig. 18, B)

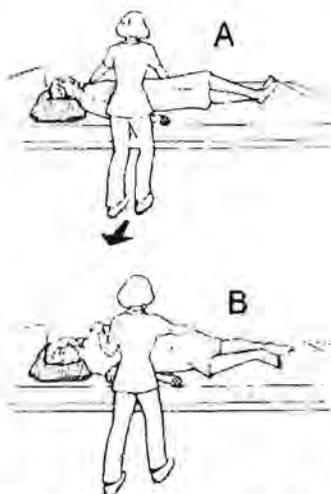


Fig. 18 Mover al paciente a una posición lateral

Ayudar a José a sentarse en la cama:

- a) Colocar los brazos de José a los lados con la palma de la mano sana contra la superficie de la cama. Para que el pueda emular contra la superficie y ayude a levantarse.
- b) Colocarse junto a la cama mirando hacia la cabecera a la altura de la cintura de José. Asumir la base de apoyo, el pie que queda junto a la cama colocarlo hacia atrás y el otro adelante, el peso del cuerpo debe caer sobre este último.
- c) Colocar la mano más cercana a José sobre su hombro más alejado para que descanse entre los hombros.
- d) Colocar la mano del brazo libre sobre el borde de la superficie de la cama, cerca del hombro de José y utilizarlo para empujar durante el levantamiento. (Ver Fig. 19, A)
- e) José debe ayudar a impulsarse con el lado fuerte, al mismo tiempo que uno lo levanta. La persona que esta llevando a cabo esta actividad debe levantarlo tirando del brazo y mano que está sobre el hombro de José, empujando la superficie de la cama con la otra mano, y cambiando el peso del pie delantero hacia el trasero con un movimiento de balanceo. (Ver Fig. 19, B).



Fig. 19 Ayudar al paciente a levantarse

Trasladar a José de la cama a la silla de ruedas:

- a) Colocar la silla de ruedas paralela a la cama, tan cerca como sea posible y colocarle freno, subir los reposapiés y sentar a José a un lado de la cama. (Ver Fig. 20)
- b) Valorarlo si presenta hipotensión ortostática
- c) Pasar las manos bajo las axilas de José y ponerlas sobre las escápulas durante el traslado. Evitar apretar las axilas
- d) Inclinarsse ligeramente hacia delante, poner el pie de la perna más fuerte bajo el borde de la cama y el otro pie por delante
- e) Poner las manos de José sobre nuestros hombros
- f) Ayudarle a ponerse de pie y girar juntos hacia la silla de ruedas (José debe apoyarse en el pie que tenga más fuerza)
- g) Pedir que se siente, mientras nosotros desplazamos el peso de su cuerpo hacia el pie de delante y flexionamos las caderas y las rodillas para hacer descender a José a la silla.
- h) Bajar los reposapiés, y poner sobre ellos los pies de José.



Fig. 20 Colocar la silla de ruedas tan cerca de la cama como sea posible. Observar que la colocación de los pies del familiar son el reflejo de los pies de José.

X CONCLUSIONES

Tanto hombres y mujeres necesitamos oxígeno para poder vivir. José requirió de este vital gas en forma artificial, pero al final logró adquirirlo en forma independiente, cumpliéndose uno de los objetivos estipulados por Virginia Henderson, pues la enfermera(o) fue “sustituta (o), auxiliar y compañera (o)”, contribuyendo en la recuperación de la salud cuando no tuvo la fuerza, ni el conocimiento necesario, pero si la voluntad de satisfacer las necesidades encontradas como dependientes.

Como profesionista el Proceso de Atención de Enfermería me es de utilidad para sistematizar de una manera más congruente mis actividades, me ayuda a contar con los elementos teóricos que aplico en la práctica para mejorar mi calidad de atención, y por tanto, un buen desarrollo profesional en beneficio del paciente.

XI GLOSARIO

Abducción: Acto de separar una parte del eje del cuerpo; acto de volver hacia fuera.

Aducción: (lat. *Adducone*) Movimiento por el cual un miembro o un órgano cualquiera se acerca al plano medio del cuerpo.

Auscultación: Escuchar los sonidos que se producen en el cuerpo, especialmente en el pecho y en el abdomen por medio de instrumentos adecuados.

Circadiano: Derivado del latín *Circa* "alrededor de" y *dies* "días".

Cóndilo: Eminencia redondeada en la extremidad del hueso, que forma articulación encajando en el hueco correspondiente de otro hueso.

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

Difusión: Es el movimiento de las moléculas de una sustancia de mayor concentración hacia una zona de menor concentración

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.

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

Estoma: Abertura u orificio natural o artificial en el cuerpo (Artificiales como traqueostomía, colostomía o gastrostomía)

FIO₂: Fracción inspirada de oxígeno.

Fricción: Rozamiento. Resistencia que se opone a la rotación o al resbalamiento de un cuerpo sobre otro.

Hemiplejía: Parálisis de todo un lado del cuerpo, izquierdo o derecho.

Infección nosocomial: Infección adquirida dentro del hospital.

Inspección: Examen detenido en general, que se efectúa por medio de la vista

Maléolo: Hueso interior y exterior que forman la protuberancia del tobillo

Nebulización: Conversión de un líquido en una nube de vapor por una corriente de aire.

Nebulizador: Aparato que convierte un líquido o solución en partículas finísimas que forman una especie de niebla.

Palpación: Método exploratorio consistente en aplicar los dedos o la mano sobre las partes externas del cuerpo o las cavidades accesibles.

Percusión: Método de exploración clínica que consiste en golpear una parte del cuerpo con objeto de apreciar las variaciones de sonoridad de esta parte y deducir el estado o límites de la misma.

Perfusión: Circulación artificial en un órgano de un líquido de composición apropiada para mantener las funciones de aquél en la experimentación fisiológica. // Venoclisis.

Presión ortostática: Mareo que se produce al ponerse de pie.

Prona: Movimiento del antebrazo que hace girar la mano de fuera a dentro, de modo que la palma quede hacia abajo.

Saturación de oxígeno: Es la medida de la cantidad de oxígeno unida a la hemoglobina. Se expresa en porcentaje, siendo lo normal una saturación superior al 95% al respirar aire ambiente.

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

Supinación: Posición de una persona tendida sobre el dorso, o de la mano con la palma hacia arriba. Movimiento del antebrazo que hace volver la mano hacia arriba.

Trombosis: Proceso de formación o desarrollo de un trombo.

XII BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica. Ed. Ediciones Doyma. Barcelona, España 1988.
- Beare, M. Enfermería Medicoquirúrgica. 2ª. ed. Ed. Mosby Doyma México 1996
- Bustamante, S. Estreñimiento 100 preguntas más frecuentes. Ed. Editores Médicos, S. A. (EDIMSA), Barcelona 1998.
- Diagnósticos Enfermeros de la NANDA, definiciones y clasificación 2003. Ed. Harcourt. España. 2003.
- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. DEF. 49ª. ed. Ed. Thomson. México 2003.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 11ª. ed. Ed. Salvat Mexicana de Ediciones, S. A: de C. V. México 1978.
- DuGas. Tratado de Enfermería Práctica 4ª. ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México 2000.
- Enciclopedia de la Enfermería. Fundamentos-Técnicas. Ed. OCEANO Centrum. Barcelona. España.
- Fernández, F. C. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Caso. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas. S. A. Barcelona 1993.
- García, G. Ma. de J. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. 1ª. ed. Ed. Progreso, S. A. México 1997
- Goodman. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. ed. 9ª. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México 1996. Vol. II
- Hamilton. Anatomía Humana Ed. Publicaciones Cultural, S. A. México 1983.
- Kossier. Enfermería Fundamental. Conceptos, Procesos y Práctica. 2ª. ed. Ed. Interamericana McGraw-Hill. México 1990. Tomo I y II.
- Kossier. Enfermería Fundamental. Conceptos, Procesos y Práctica. 4ª. ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México 1994. Tomo IV.
- Lewis, H. D. Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración y Cuidados de Problemas Clínicos. 6ª. ed. Ed. Mosby Vol. I México. 2004.
- Loza Vidal/Vázquez Mendoza. Diagnósticos Neurológicos en Enfermería. INNN. 1ª ed. México 2004.

- Luis Rodrigo, T. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión Crítica y Guía Práctica. Ed. Masson, S. A. Barcelona España 2000.
- Myers. Enfermería MédicoQuirúrgica. 3ª. ed. Ed. Harcourt. Madrid, España.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. NANDA Internacional. Ed. Elsevier. España S. A. España 2003.
- Potter. Fundamentos de Enfermería. 5ª. ed. Ed. Elsevier Science Vol. I 2002.
- Roper, L. T. Modelo de Enfermería. 3ª. ed. Ed. Interamericana McGraw-Hill. México 1993.
- Rosales, S. Fundamentos de Enfermería. 2a. ed. Ed. Manual Moderno. México 1999.
- Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico Vol. 10 Núm. 1 Proceso de Atención de Enfermería en EVC Isquémico. Lic. Enf. Mirna Vázquez Robles.
- Scalón, M. Vivir Bien. El Libro de la Salud. 1ª. ed. Ed. Salud de México. S. A. de C. V. México. Tomo II.
- Ugalde, A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción Revisión y Comentarios. 1ª. ed. Ed. Masson, S. A. Barcelona, España. 1995.
- Urden, L. S. Cuidados Intensivos en Enfermería. 3ª. ed. Ed. Harcourt/OCEANO. Barcelona España. Tomo I y II

INTERNET.

<http://www.cabildodelanzarote.Com.hemiplejia.htm>

http://www.msd.es/publicaciones/mmereck_hogar/sección_06_074.htm

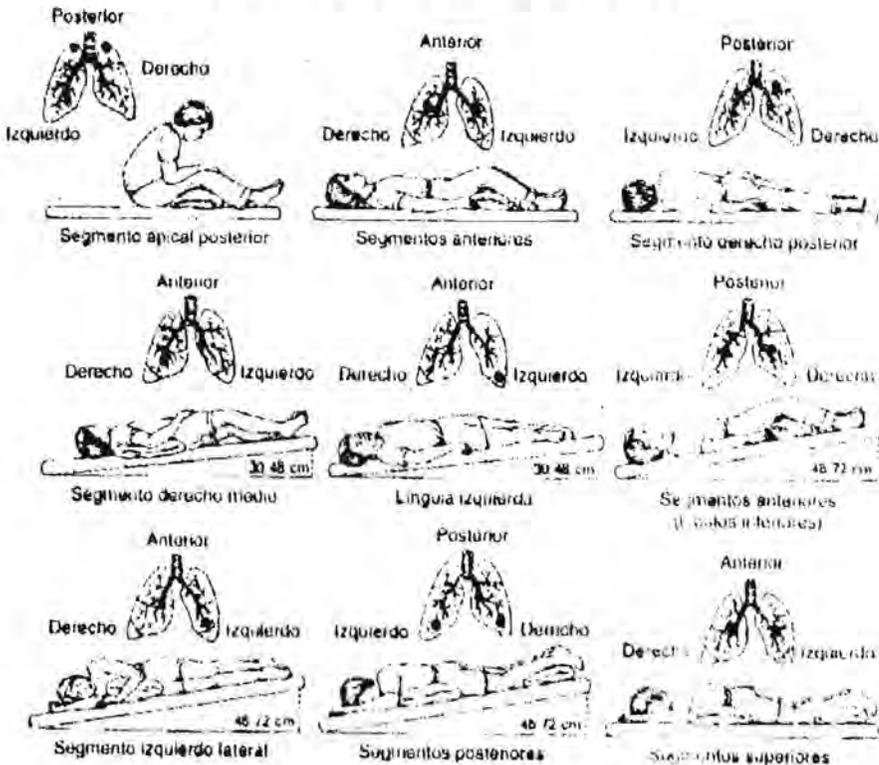
<http://www.terra.ex/personal/duenas/teorias2.htm>

<http://www.tusalud.com.mx/220902.htm>

<http://www.svneurología.org/ictuspacientes.htm>

XIII ANEXOS

Cuadro 1 Drenaje Postural



Fuente: Enciclopedia de la Enfermería. Fundamentos-Técnicas. Pág. 96

Las diferentes posiciones en las que se coloca el paciente permiten que la mayoría de las secreciones que obstruyen los bronquios puedan ser llevadas hacia la tráquea, donde son fácilmente expulsadas mediante la tos. Cada una de las posturas mostradas en el dibujo es específica para drenar las secreciones provenientes de cada lóbulo pulmonar.

Cuadro 2

Escala de Braden para la predicción del riesgo de úlceras por decúbito

| Factor de riesgo | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|--|---|
| <p>Percepción de la sensibilidad: capacidad para responder a la importante incomodidad relacionada con la presión.</p> | <p>Completamente limitado: no responde (no se queja, se aleja) a los estímulos dolorosos, debido a la disminución en el nivel de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del organismo.</p> | <p>Muy limitado: responde solamente a los estímulos dolorosos; no puede comunicar su incomodidad excepto al quejarse o inquietarse, o tiene una alteración sensitiva que limita la capacidad a sentir el dolor o la incomodidad en la mitad del cuerpo.</p> | <p>Ligeramente limitado: responde a las órdenes verbales, pero no siempre comunica la incomodidad o la necesidad de girarse o tiene alguna alteración sensitiva que limita la capacidad a sentir dolor o incomodidad en una o en ambas extremidades</p> | <p>Sin alteración: Responde a las órdenes verbales; no tiene una deficiencia sensitiva que limite la capacidad a sentir o vocalizar el dolor o la incomodidad.</p> |
| <p>Humedad: grado al cual la piel se expone a la humedad.</p> | <p>Constantemente húmedo: la piel se mantiene húmeda casi siempre por la perspiración, orina, etc.; la humedad se detecta cada vez que se mueve o se gira al paciente.</p> | <p>Muy húmedo: la piel está habitualmente, pero no siempre, húmeda; la ropa blanca debe cambiarse por lo menos una vez por turno.</p> | <p>Ocasionalmente húmeda: la piel en ocasiones es húmeda, requiriendo un cambio extra de ropa aproximadamente una vez al día.</p> | <p>Raramente húmeda: la piel es generalmente seca, la ropa solamente requiere cambiarse a intervalos habituales.</p> |
| <p>Actividad: grado de actividad física.</p> | <p>Confinado en cama</p> | <p>Confinamiento a una silla de ruedas: la capacidad para caminar está muy limitada o no existe; no puede sostener su propio peso y/o debe ser asistido en la silla de ruedas.</p> | <p>Camina en ocasiones: camina ocasionalmente durante el día, pero a distancias muy cortas, con o sin asistencia; se mantiene la mayor parte del tiempo en la cama o la silla.</p> | <p>Camina con frecuencia: camina fuera del cuarto por lo menos dos veces al día y dentro del cuarto por lo menos una vez cada dos horas durante la hora de</p> |

| Factor de riesgo | 1 | 2 | 3 | 4 caminar. |
|---|--|---|---|---|
| Movilidad: capacidad de cambiar y controlar la posición corporal | Inmovilidad completa: no hace cambios ligeros en el cuerpo o posición de la extremidad sin asistencia. | Muy limitado: hace cambios ligeros ocasionales con el cuerpo o posición de la extremidad pero es incapaz de hacer cambios frecuentes o significativos de forma independiente. | Ligeramente limitado: realiza cambios frecuentes aunque ligeros con el cuerpo o la posición de la extremidad deforma independiente. | No tiene limitaciones: hace cambios principales y frecuentes en la posición sin asistencia. |
| Nutrición: patrón habitual de consumo de alimentos. | Muy poco: nunca come una comida completa; raramente come más de la mitad de cualquier comida ofrecida; come dos platos o menos proteínas por día (carne o productos lácteos); toma muy pocos líquidos; no toma un suplemento dietético líquido y/o se mantiene en líquidos o I. V. durante más de 5 días. | Probablemente inadecuada: raramente come una comida completa y en general come solamente la mitad de cualquier comida ofrecida; el consumo de proteínas consiste solamente en tres raciones de carne o productos lácteos por día; en ocasiones tomará un suplemento dietético o recibirá menos de la cantidad óptima de líquido de la dieta o alimentación nasogástrica. | Adecuada: come casi la mitad de todas las comidas; come cuatro raciones de proteínas (carne o productos lácteos) por día; en ocasiones rehusará una comida, pero generalmente tomará un suplemento cuando se ofrezca o se encuentre bajo alimentación nasogástrica o nutrición parenteral que probablemente satisface la mayoría de las necesidades nutricionales. | Excelente: come casi todas las comidas; nunca rehúsa a comer, come cuatro o más raciones de proteínas (carne o productos lácteos); en ocasiones come entre las comidas; no requiere suplementos. |
| Fricción | Problema: requiere moderada a máxima asistencia para moverse; es imposible levantarlo sin deslizarlo contra las sábanas; con | Problemas importantes: se mueve débilmente o requiere asistencia mínima; durante un movimiento, probablemente se | Sin problema aparente: se mueve en la cama y en la silla de forma independiente y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | frecuencia se resbala de la cama o la silla, requiere reposicionamiento frecuente con máxima asistencia, espasticidad, contracturas o la agitación conduce a casi la fricción constante. | desliza contra las sábanas, silla, u otros instrumentos; se mantiene relativamente en buena posición en la cama o en la silla la mayor parte del tiempo pero en ocasiones se desliza hacia abajo | completamente durante el movimiento; mantiene buena posición en la cama o la silla. | |
|--|--|--|---|--|

Fuente: Lewis, Keitkemper, Dirksen. Enfermería Médicoquirúrgica. Valoración y Cuidados de Problemas Clínicos. Vol. I Pág. 233

Para obtener una puntuación sobre el riesgo de úlceras por decúbito en un paciente basado en la escala de Braden, se debe sumar las puntuaciones numéricas de los factores en cada una de las 6 subescalas (percepción sensitiva, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción) para obtener la puntuación total.

A menor puntuación numérica en la escala de Braden, mayor es el riesgo del paciente para desarrollar una úlcera por decúbito.

La puntuación indica el valor de riesgo:

No riesgo de 19 a 23

Con riesgo de 15 a 18

Riesgo moderado de 13 a 14

Riesgo elevado de 10 a 12

Riesgo muy elevado de 9 o menos.

Cuadro 3

Medidas de Protección Estándar

| Medidas de Protección Estándar | Aplicación en la asistencia del paciente |
|--|---|
| Lavado de manos con jabón | Tras tocar sangre, líquidos corporales, secreciones, heces, orina u objetos contaminados (incluso aunque se utilicen guantes) de cualquier paciente. Después de quitarse los guantes, entre pacientes y entre procedimientos en el mismo paciente, para evitar una contaminación cruzada. |
| Guantes (no estériles) | Levarlos al tocar sangre, líquidos corporales, secreciones, heces, orina u objetos contaminados de cualquier paciente; antes de tocar las superficies mucosas y la piel no intacta. Cambiar los guantes entre procedimientos en el mismo paciente para evitar la contaminación cruzada. Quitarse los guantes tras utilizarlos y antes de tocar superficies u objetos limpios. |
| Mascarilla, protección ocular, protección facial | Llevarlo para proteger las superficies mucosas durante procedimientos de asistencia al paciente en los que pueda salpicar o pulverizar sangre, líquidos corporales, secreciones, heces u orina. |
| Bata (no estéril) | Llevarla para proteger la piel y la ropa durante los procedimientos de asistencia al paciente en los que se pueda salpicar o pulverizar sangre, líquidos corporales, secreciones, orina o heces. |
| Ropa blanca y equipo de asistencia del paciente | Maneje los objetos implicados en la asistencia del paciente y su ropa blanca que estén manchados con sangre, líquidos corporales, secreciones, orina o heces de forma que se evite el contacto con la piel, las mucosas, la ropa y las superficies y los objetos limpios No coloque el capuchón ni manipule las agujas contaminadas. Tire las agujas, las jeringas y otros instrumentos afilados contaminados en contenedores a prueba de punción colocados cerca del lugar en que se utilicen |
| Colocación del paciente | La habitación individual está indicada para aquellos pacientes que no son capaces de cooperar en la higiene y las medidas estándar. |

Fuente: Lewis, Keitkemper, Dirksen. *Enfermería Médicoquirúrgica. Valoración y Cuidados de Problemas Clínicos*. Vol. I Pág. 11

EVENTO VASCULAR CEREBRAL (EVC)

EVC: Es un conjunto de trastornos transitorios o permanentes que afectan al cerebro y son producidos por una alteración en el aporte normal de sangre.

EVC se clasifican en: Accidente isquémico transitorio, Ictus y Hemorrágicos.

Accidente isquémico transitorio:

Es una llegada insuficiente de sangre a determinadas partes del cerebro por un breve periodo de tiempo. Dado que se produce un rápido restablecimiento del flujo sanguíneo, el tejido cerebral no muere.

Causas:

Ateromas
Arteriosclerosis
Diabetes
Policitemia

Síntomas:

Es de inicio súbito, duro entre 2 y 30 minutos, los síntomas varían en función de la parte desprovista de oxígeno.

Perdida de la sensibilidad en un brazo o una pierna
Debilidad de la mitad del cuerpo
Pérdida parcial de la visión o de la audición
Visión doble
Mareo
Afasia
Movimientos inusuales
Incontinencia urinaria
Desequilibrio y caída
Desmayo

Tratamiento:

Corregir factores de riesgo: Hipertensión, valores elevados de colesterol, el tabaquismo, la diabetes. Dar fármacos como aspirina (antiagregante plaquetario)

Ictus

Caracterizado por la muerte de tejido cerebral (infarto cerebral) como consecuencia de una insuficiencia circulatoria y déficit de oxígeno al cerebro.

Isquémico: La circulación a una parte del cerebro se interrumpe debido a la obstrucción de un vaso sanguíneo causada por arteriosclerosis o por un coágulo.

Síntomas:

Son de inicio súbito y de rápido desarrollo, causan una lesión cerebral en minutos. Los síntomas son los mismos que se manifiestan en los AIT, pero la disfunción nerviosa

suele ser grave, extensa, suele acompañarse de coma o estupor. Pueden producir edema cerebral, ocasionando más lesiones al tejido cerebral y empeorar los problemas neurológicos.

Diagnostico:

Historia clínica

Exploración física

Tomografía Axial Computarizada

Resonancia Magnética

Punción lumbar

EVC Hemorrágico:

Es el resultado de la rotura de un vaso sanguíneo en el interior del cráneo. Este tipo de lesión daña o destruye las neuronas y pueden provocar un rápido incremento de la presión intracraneal.

Causas: Malformaciones arteriovenosas (MAV), Aneurismas y Traumatismos Craneoencefálicos (TCE).

Síntomas: Cefalea, debilidad, parálisis, entumecimiento, pérdida del habla o visión, confusión, náuseas, vómito.

Diagnostico: Tomografía Axial Computarizada (TAC), Resonancia Magnética (RM), Historia Clínica, Exploración Física.

Tratamiento: Cirugía