



**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
ESCUELA DE ENFERMERIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**



TESIS:

**“PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE CON
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL HEMORRAGICO EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 194 DEL IMSS”**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

ROSA MARIA VAZQUEZ MARTINEZ

ASESORA DE TESIS:

L.E.O. SILVIA GONZALEZ CRUZ

AGOSTO 2012



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.

DEDICATORIAS

MI TESIS LA DEDICO CON AMOR Y CARIÑO

A tí DIOS: que me diste la oportunidad de vivir, de concederme la dicha de seguir preparándome profesionalmente y de regalarme una familia maravillosa.

A mis padres:

Como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento por mi existencia, valores morales y formación profesional.

Porque sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y porque nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Por lo que soy y por todo el tiempo que Les robé pensando en mí... Gracias.

Con Amor y respeto.

A mi esposo e hijo:

Sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudó a conseguirlo fue su apoyo, porque siempre me acompañaron en mi andar hombro con hombro y son el motor que me impulsa a seguir adelante.

A mi Asesora de tesis y demás profesores que colaboraron en la revisión de esta tesis:

por confiar en mí, por tenerme la paciencia necesaria y brindarme sus sabios consejos. Agradezco el haber tenido unos profesores Como ustedes. Nunca los olvidare, por que Juntos logramos consolidar este sueño.

A mi cliente:

Por su ayuda, colaboración y por permitirme tratar de entender más sobre su enfermedad y los padecimientos que aquejan a la humanidad, para así brindar los cuidados necesarios.

INDICE

❖ INTRODUCCION.....	4
❖ JUSTIFICACION.....	7
❖ OBJETIVOS.....	8
❖ METODOLOGIA.....	9
❖ MARCO TEORICO.....	12
• Proceso Atención de Enfermería.....	13
• Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	18
• Filosofía de Virginia Henderson.....	31
• Diagnósticos Enfermeros de la NANDA.....	37
• Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).....	41
• Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).....	45
• Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).....	47
• Anatomía y Fisiología del órgano afectado.....	49
• Fisiopatología.....	60
❖ DESCRIPCION DEL CASO CLINICO.....	77
• Ficha de Identificación.....	78
• Exploración Física.....	79
• Exámenes de laboratorio.....	80
❖ VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES.....	83
• Análisis de datos.....	88
• Jerarquización de las necesidades.....	95
❖ CONSTRUCCION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....	97
❖ PLAN DE CUIDADOS.....	99
❖ PLAN DE ALTA.....	111
❖ REHABILITACIÓN.....	114
❖ CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	119
❖ GLOSARIO DE TERMINOS.....	122
❖ BIBLIOGRAFIAS.....	126
❖ ANEXOS.....	129

INTRODUCCION

El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, centrados en el logro de objetivos de forma eficiente, sus características son: que es un método, es sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. Consta de cinco etapas, la valoración, el diagnóstico, la planeación, la ejecución y la evaluación, las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

La valoración nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad, con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan. El diagnóstico consiste en el análisis de la información obtenida, para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad. La planeación es el desarrollo de un proyecto, donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud. La ejecución consiste en llevar a la práctica el plan, mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos. La evaluación permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o), en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer modificaciones necesarias. El proceso enfermero es una teoría sobre como las enfermeras organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades. Mary Ann Lavin y Kristine Gebbie en 1998 realizaron la primer conferencia sobre los diagnósticos enfermeros, en la cual se identificaron y definieron 80 diagnósticos enfermeros. Con el uso del término "diagnóstico enfermero" se hace evidente que las enfermeras podemos diagnosticar, estos diagnósticos pueden ser reales, potenciales o de riesgo, así como de salud, también podemos elaborar Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE), éste es un

instrumento que nos sirve para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan obtener, los cuales se pretende medir objetivamente a través de indicadores, las estrategias, indicaciones, intervenciones de enfermería así como las actividades sugeridas dirigidas a solucionar o minimizar la problemática planteada en el diagnóstico y la evaluación de todo ello.

Virginia Henderson hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos; fue una de las primeras teóricas que incorporó los aspectos espirituales al cuidado enfermero. Consideraba a la enfermera como a la que asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila, así como la independencia del paciente es un criterio importante para su salud. Identifico 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero y la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades.

El caso clínico del paciente seleccionado se basa en patologías como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, las cuales fueron las que desencadenaron su actual padecimiento como es la enfermedad vascular cerebral, está se presenta cuando una parte del cerebro es privada de sangre durante demasiado tiempo. Esa parte del cerebro muere, porque el tejido cerebral no puede sobrevivir mucho tiempo sin el oxígeno y los nutrientes aportados por la sangre, el daño que provoca en el cerebro es permanente, es una causa importante de invalidez y muerte en el mundo.

Se clasifica en Isquémica y Hemorrágica, en esta última se rompe un vaso sanguíneo; Por consiguiente, la sangre se escapa hacia el interior del tejido cerebral o a su alrededor, esa sangre irrita el tejido cerebral y se acumula rápidamente, la acumulación de sangre causa tumefacción, con aumento de la presión y lesión del tejido cerebral.

Actualmente ocupa el 6º lugar de mortalidad en México y 4º lugar en el IMSS, sus factores de riesgo son los niveles anormales de colesterol, aterosclerosis (endurecimiento de las arterias), trastornos cardíacos (arritmias cardíacas, valvulopatías y ataques cardíacos), diabetes, tabaco, inactividad física, sobrepeso, consumo de alcohol y la hipertensión arterial.

En casos más frecuentes, un accidente cerebro vascular lesiona un solo lado del cerebro. El cerebro consta de dos mitades: los hemisferios derecho e izquierdo.

El hemisferio derecho controla el lado izquierdo del cuerpo, y viceversa. Ya que la mayoría de los accidentes cerebro vasculares afectan a un solo lado del cerebro, afectan también a un solo lado del cuerpo, el opuesto al de la lesión causada por el trastorno. El lado afectado es el opuesto porque los nervios procedentes de un lado del cerebro cruzan al lado opuesto del cuerpo.

Una vez conociendo la fisiopatología del paciente se identificaron las necesidades afectadas, jerarquizandolas y elaborando los diagnósticos de enfermería, un plan de cuidados que incluye las actividades que se realizaron, así como un plan de alta y un plan de rehabilitación.

JUSTIFICACION

En la actualidad no existen estrategias terapéuticas completamente eficaces para el tratamiento específico temprano de la enfermedad vascular cerebral, esto condiciona la mortalidad e invalidez, como Licenciada en Enfermería y profesional de la salud se realizan numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que cuento con los conocimientos y la experiencia en la aplicación del proceso enfermero; se realizó la valoración que es la primer etapa, a través del modelo enfermero de Virginia Henderson para identificar sus necesidades afectadas, esto permitió ver al paciente en forma holística, por eso es fundamental la identificación temprana de las mismas, así como sus factores de riesgo, esto permitirá disminuir la mortalidad y secuelas neurológicas de esta patología.

Este proceso enfermero se elaboró con la intención de dar a conocer más acerca de la patología de enfermedad vascular cerebral, porque es la sexta causa de muerte en nuestro país y se relaciona un 54% con la hipertensión arterial y un 15% con la diabetes mellitus, patologías que ocupan los primeros lugares en morbilidad y son más comunes en la edad adulta, entre 45 y 50 años de edad, una vez conociendo sobre la enfermedad se pueden saber los cuidados específicos que se deben brindar y la terapia de rehabilitación necesaria para que el paciente se vuelva independiente y se incorpore a su vida cotidiana.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ✚ Llevar a cabo un plan de cuidados específico a un paciente con enfermedad vascular cerebral, internado en el Hospital General de Zona N° 194 del IMSS, en un periodo de una semana que permaneció en observación en el servicio de urgencias, visualizándolo holísticamente, detectando sus necesidades afectadas, jerarquizándolas, construyendo diagnósticos de enfermería, basándose en la trilogía NANDA, NOC y NIC y plasmarlo en el formato de la Comisión Permanente de Enfermería, para brindarle una atención de calidad y cubrir sus necesidades básicas.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- ✚ Jerarquizar las necesidades afectadas del paciente basándose en las 14 necesidades planteadas por Virginia Henderson.
- ✚ Conocer la patología del paciente para poder seleccionar y brindar los cuidados generales y específicos necesarios para su pronta recuperación e incorporarse a su vida cotidiana.
- ✚ Contar con un lineamiento general para la estructura, elaboración, implementación y evaluación de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) sustentado por la comisión permanente de enfermería.
- ✚ Orientar a la familia del paciente en la investigación de sus patologías, factores de riesgo, realizando un plan de alta que incluya su tratamiento y cuidados que debe tener en casa, así como la terapia de rehabilitación para cubrir sus necesidades.

METODOLOGÍA

“METODOLOGIA”

Al realizar el servicio social como Licenciada en Enfermería y Obstetricia en el hospital general de zona No. 194 del IMSS, en el servicio de urgencias (primer contacto), estuvo al cuidado el paciente seleccionado, hubo interés y se elige para conocer más sobre su patología y así realizar el proceso enfermero, por que la enfermedad vascular cerebral actualmente ocupa el 6ª lugar de mortalidad en México, con una incidencia en hombres del 55% y mujeres un 45%, y es una causa importante de invalidez. Durante su primer día de estancia hospitalaria se habló con él, comentándole que era de gran interés saber acerca de su patología y elaborar un plan de cuidados específico, para brindarle una atención de calidad, para su pronta recuperación e incorporarlo a su vida cotidiana, que si era posible su colaboración, el amablemente contesto que sí, al momento se le informó sobre sus padecimientos, tratamiento indicado por el médico, los cuidados que debe tener durante su hospitalización y la rehabilitación que debe seguir, con la ayuda del instrumento de valoración de enfermería sustentado en el modelo de Virginia Henderson, se le realizaron las preguntas necesarias, proporcionó información acerca de sus antecedentes heredofamiliares y personales, otros datos se obtuvieron del expediente clínico 0680-57-1424-0 1M1957ord que proporcionaron del servicio de archivo del hospital, después se investigó en diferentes bibliotecas y en diferentes libros acerca de la anatomía, fisiología del órgano afectado, la fisiopatología, y rehabilitación que deben tener los pacientes con evento vascular cerebral, una vez conociendo más acerca de estos temas se pudo comprender la gravedad y secuelas que deja la enfermedad. Se Jerarquizaron sus 14 necesidades afectadas planteadas por Virginia Henderson, para elaborar los diagnósticos de enfermería basado en los Diagnósticos Enfermeros de la NANDA, ahí en la pagina 364-365 la taxonomía II que se clasifica en 13 dominios y 6 clases, se toma el dominio y la clase, se busca la página que coincida con el dominio y la clase, se colocan las definiciones, se buscan los factores relacionados y sólo se coloca uno, se deben leer las características definitorias, signos y síntomas (M/P), se puede colocar más de una, luego en los resultados esperados (NOC), igual que en la NANDA se busca en la página 135 los dominios que son 7 y la

clase que son 31 letras del abecedario, de ahí se va a las páginas indicadas donde está más específico, debe de coincidir el dominio y la clase del NOC, se leen todos los indicadores y se colocan los que van más acorde a la sintomatología del paciente, se coloca la escala de medición likert que son 14 de cada indicador, para las intervenciones (NIC) se busca en la pagina 76-77, donde se encuentran 7 campos y 30 clases clasificadas en letras del abecedario, contiene 542 intervenciones y más de 12000 actividades, el que vaya más acorde a la necesidad se elige el campo y la clase, luego en las páginas siguientes más específico se leen las intervenciones que se encuentran en el campo y la clase seleccionada, por último se debe realizar la puntuación DIANA, en cada escala de la medición Likert se coloca que se mantiene en, y se lleve a; Todo esto se plasma en el formato de la comisión permanente de enfermería, el plan de cuidados de enfermería (PLACE). Por último se diseña un plan de alta elaborado conforme a las necesidades del cliente, se investiga la terapia de rehabilitación, se le proporciona información a él y su familia para que las lleven a cabo en su domicilio.

MARCO TÉORICO

GENERALIDADES DEL PROCESO ENFERMERO

PROCESO ENFERMERO¹

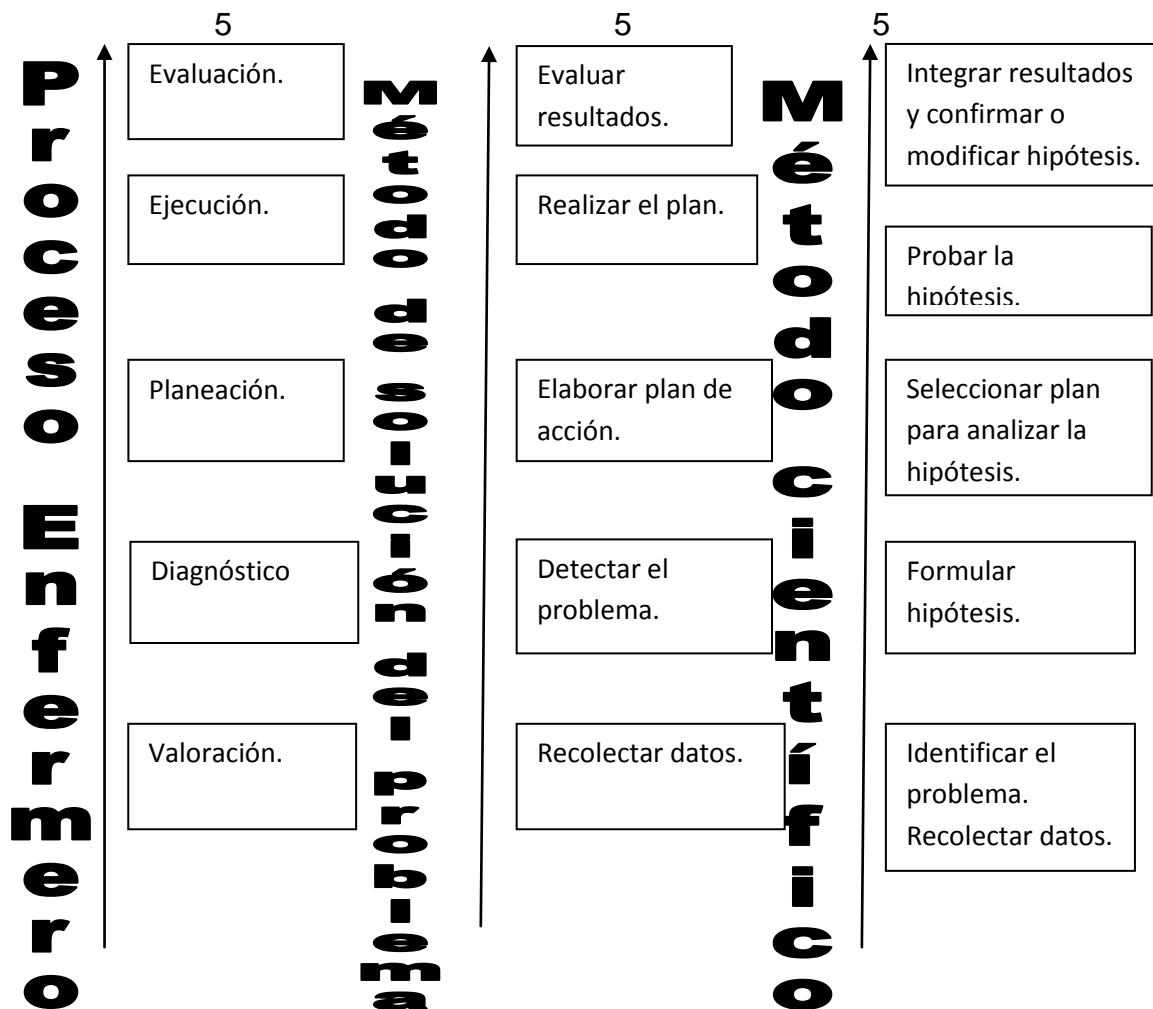
“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente” (Alfaro, 1999:4).

CARACTERISTICAS

- Es un **método** porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- Es **intencionado** porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).
- Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Es **flexible** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- Es **interactivo** por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario (s) para acordar y lograr objetivos comunes. (Rodríguez Sánchez, 2006).

¹ RODRIGUEZ SANCHEZ BERTHA, 2006

Proceso enfermero y los métodos de solución de problemas y científico.²



Beneficios de su aplicación.

Es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países, esto no debe ser un obstáculo para la enfermera (o) por lo que debe brindar una atención de calidad por eso es necesario que empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera (o) profesional realiza

² RODRIGUEZ SANCHEZ BERTHA,2006

numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana” (Alfaro 1999:10).

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas (os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas (os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo, pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias (Alfaro 1999:17).

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

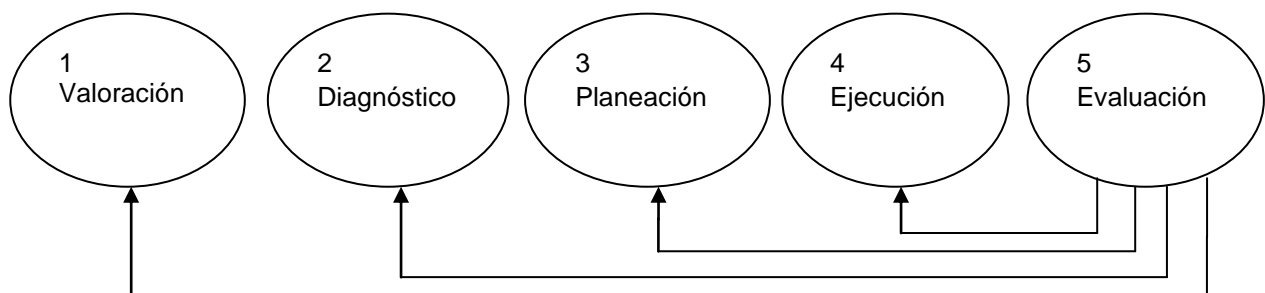
ANTECEDENTES DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70s, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases” (Iyer 1997:9)

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Etapas del Proceso Enfermero³.

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.



³ RODRIGUEZ SANCHEZ BERTHA, 2006.

La **valoración** nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan.

El **diagnóstico** consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

La **planeación** es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

La **ejecución** consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.

La **evaluación** permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer modificaciones necesarias.

Para aplicar el proceso enfermero, la enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, sociológico, antropológico, fisiológico, etc.)

Son competencias del área del saber hacer las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos “en relación con lo que hacemos u opinamos”, (Iyer 1997:23) a fin de ser “competentes, flexibles y creativos”, en la aplicación del proceso enfermero se requieren de este tipo de competencias, por tal razón se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico. Así mismo son competencias en esta área las habilidades prácticas que apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia permiten valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes en enfermería.

También se requieren competencias en el área del saber ser y convivir que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario; en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para el ejercicio de la profesión.

Pensamiento crítico

Es un pensamiento con características de ser deliberado, cuidadoso y dirigido a metas, “es un proceso mental que implica el examen y el análisis racional de toda la información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones” (Brunner 1998:26). El pensamiento crítico se relaciona con el proceso porque “es una parte esencial en el método de solución de problemas y de la toma de decisiones y por consiguiente, es una habilidad”; (Kozzier 1998:19) indispensable para aplicar cada una de las etapas del proceso enfermero.

Componentes del pensamiento crítico

Los conocimientos, la experiencia práctica, “el empleo del método científico, la aplicación del proceso enfermero y la toma de decisiones clínicas”, (Brunner 1998:26).

Características de un pensador crítico

- Actitud inquisitiva en la que formula preguntas y solicita aclaraciones.
- Aplica conocimientos y experiencias previas. (transferencia).
- Valora una situación desde varias perspectivas.
- Sopesa riesgos y beneficios antes de tomar decisiones.
- Prioriza.
- Reconoce sus capacidades y solicita ayuda cuando es necesario.
- Tiene mentalidad abierta para escuchar otros puntos de vista.
- Es creativo y flexible.
- Emplea la lógica al: validar, distinguir hechos de falacias, hacer inferencias y cuando apoya sus opiniones en evidencias.

Lo que debe realizarse durante el pensamiento crítico

La enfermera (o) durante el pensamiento crítico se formula y contesta las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es él o los problemas?
- ¿Qué origen tiene él o los problemas?
- ¿Existen factores de riesgo para que se presenten otros problemas?
- ¿La información obtenida es suficiente y ha sido validada?
- ¿La información se sometió a un análisis?
- ¿Las conclusiones sobre el estado de salud están apoyadas en evidencias clínicas?
- ¿La solución del problema se encuentra en manos de la enfermera (o)?
- ¿Los conocimientos y experiencias son suficientes para predecir, prevenir y tratar?
- ¿Las acciones de enfermería son las adecuadas y suficientes?
- ¿El usuario y su familia se encuentran involucrados en la solución del problema?
- ¿Hay algo que se tenga que corregir?
- ¿La solicitud de asesoría a otros integrantes del equipo sanitario es necesaria?

Esta actividad mental debe estar presente siempre y debe aplicarse en todos los ámbitos del ejercicio profesional de enfermería. (Rodríguez Sánchez, 2006).

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

VALORACION

Es la primer etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas” correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

La valoración que realiza la enfermera del usuario (s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatológicas ya que son considerados como modelo enfermero para valorar y organizar información y como método para abordar el examen físico del usuario en “áreas funcionales concretas” (Iyer 1997:74).

Pasos para realizar la valoración

La valoración permite emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

- 1.- Recolección de la información.
- 2.- Validación de la información.
- 3.- Registro de la información.

Recolección de la información:

Da inicio desde el “primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta”. (Alfaro 1999:30) por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos. Esta guía debe considerar: datos biográficos del usuario o familia (nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, religión, etc.); antecedentes personales y familiares de enfermedad (enfermedades anteriores, enfermedades de la familia, enfermedad actual, tratamiento medicamentoso, etc.).

“Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales” (Iyer 1997:36). Los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc.). Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (frecuencia cardíaca, el color de la piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema etc.). Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc.) y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad, etc.).

- A) La entrevista, es una labor compleja que requiere entre todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera (o) y el usuario.
- B) El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

Para efectuar “el examen físico se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación”. (Kozier 1993:393) además de la medición de las constantes vitales y de la somatometría.

“**La inspección** consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído”. Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir; con la inspección se puede valorar: la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario etc.

“**La palpación** es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto” es decir las yemas de los dedos, ya que por su inervación las hace sensibles

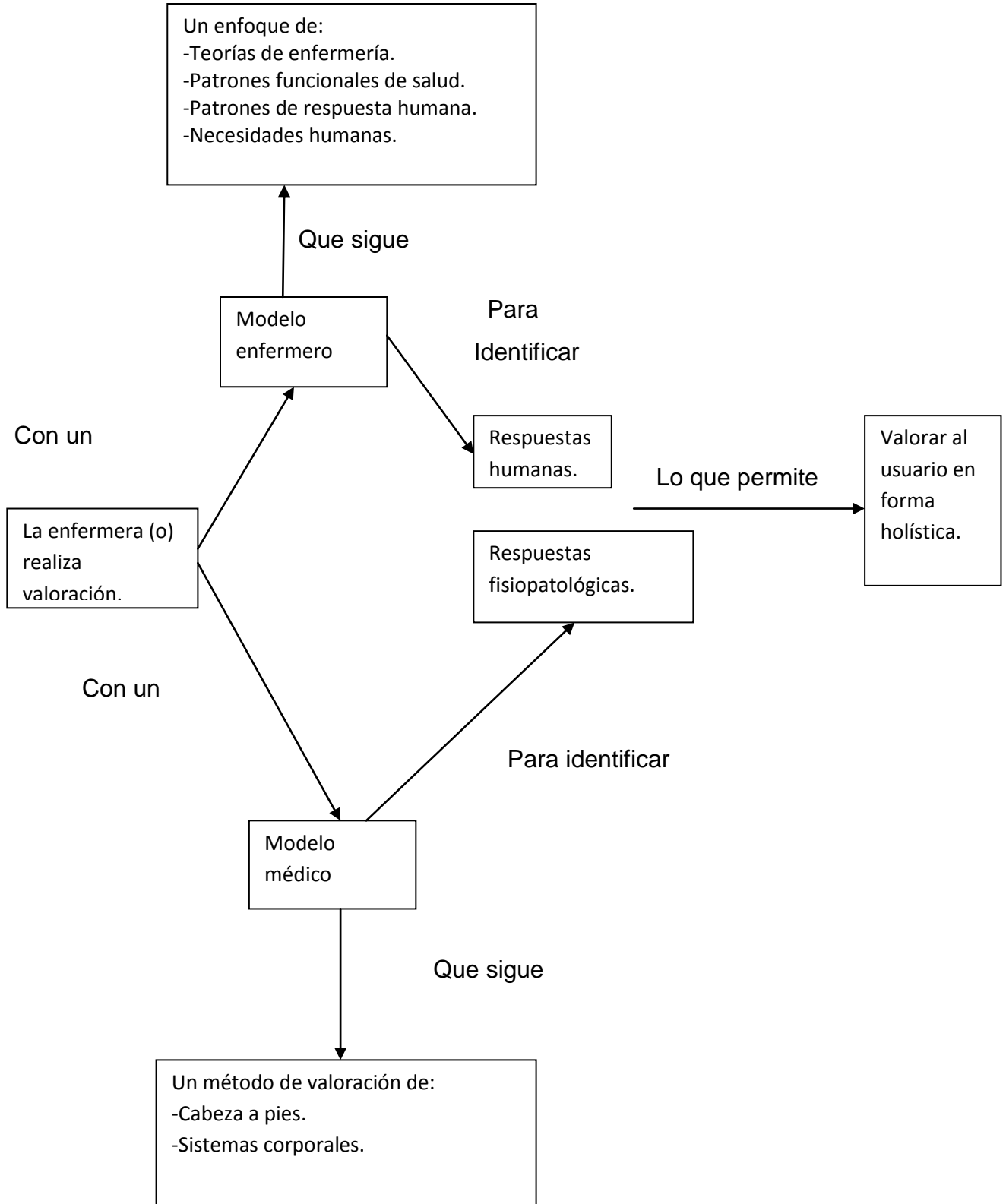
para determinar: textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos etc. La palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos, la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo).

“**La percusión** es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones” y se emplea para estimar el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido, la percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

“**La auscultación** es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo” y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos. Al igual que la percusión ésta puede ser directa únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

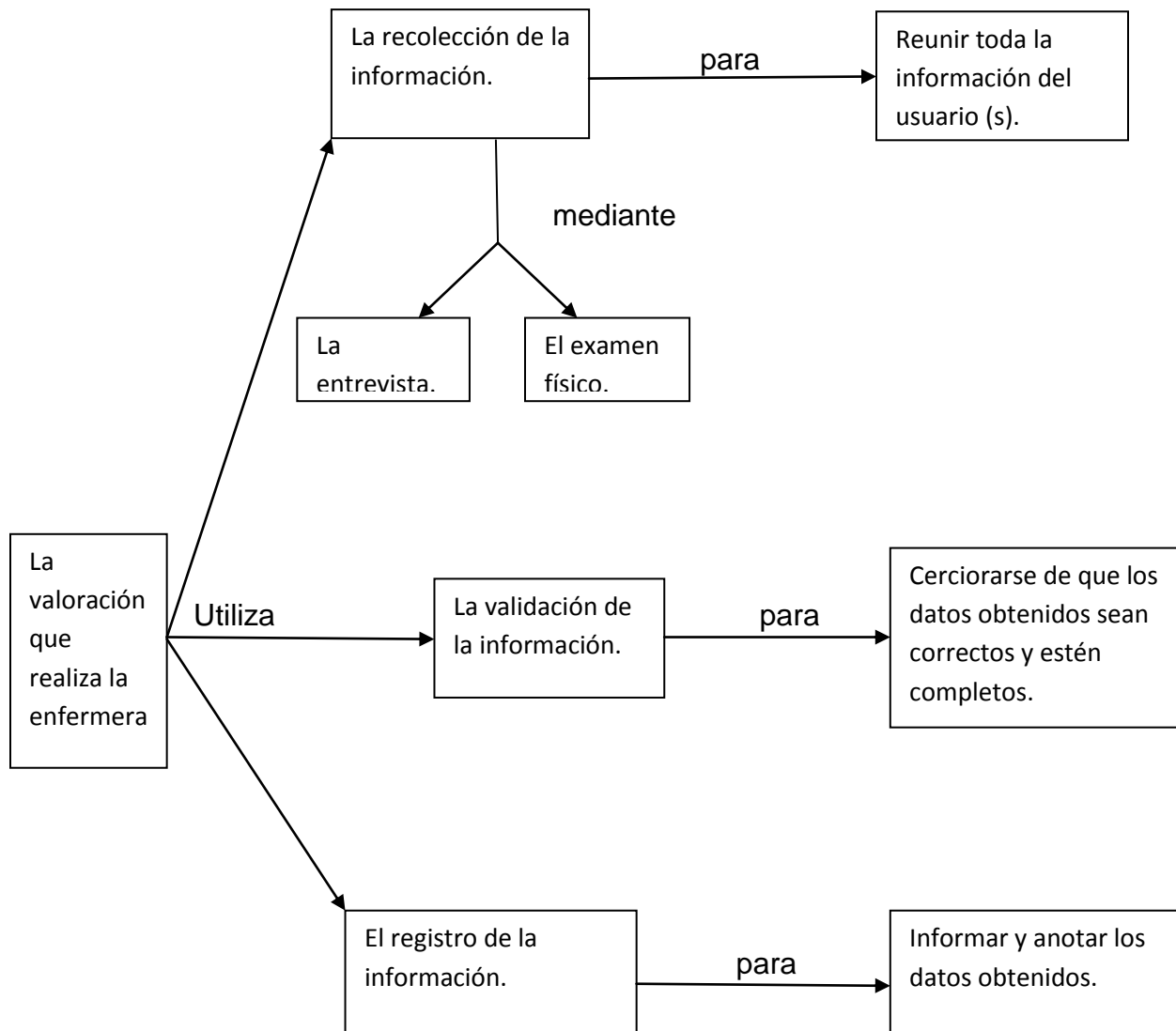
Son aspectos imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial), éstas deben ser valoradas en conjunto ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo. El examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales; al mismo tiempo que sirven para calcular dosis de medicamentos por parte del médico. (Rodríguez Sánchez, 2006).

Valoración de Enfermería⁴



⁴ RODRIGUEZ SANCHEZ BERTHA, 2006

Pasos de la valoración⁵



⁵ RODRIGUEZ SANCHEZ BERTHA, 2006

DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

Pasos de la etapa de diagnóstico

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales:

- 1.- Razonamiento diagnóstico.
- 2.- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
- 3.- Validación.
- 4.- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

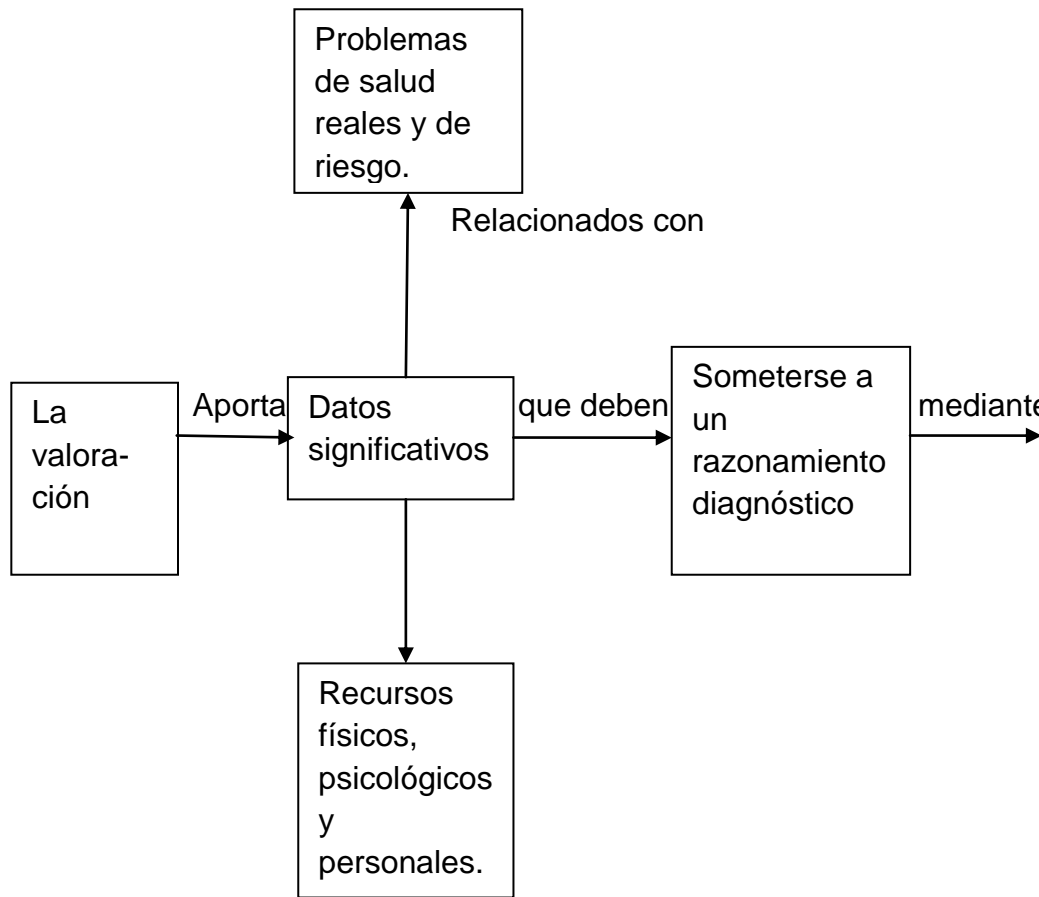
Razonamiento diagnóstico:

Es la “aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas”. La enfermera (o) durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico

- 1.- Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades).
- 2.- Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que creé que se relacionan y realizan las deducciones correspondientes.
- 3.- Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados/riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnosticas de la N.A.N.D.A.
- 4.- Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- 5.- Determinar si la enfermera (o) tiene “la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable”, de la predicción, prevención y tratamiento del problema (cuando la respuesta es SI es un diagnóstico enfermero, si la respuesta es NO es un problema interdependiente).
- 6.- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes).
- 7.- Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).

EL RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO⁶



- 1.- El listado de todos los datos significativos.
- 2.- El análisis y agrupación de datos con sus respectivas deducciones.
- 3.- La comparación de datos significativos con características definitorias y factores relacionados/riesgo o de las categorías diagnósticas. De la N.A.N.D.A y bibliografía sobre fisiopatología.
- 4.- La revaloración si existen dudas y lagunas de información.
- 5.- La identificación de los diagnósticos enfermeros y de los problemas independientes.
- 6.- La asignación del nombre correspondiente de las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros) y de las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes)
- 7.- La determinación de los factores relacionados o de riesgo.

⁶ RODRIGUEZ SANCHEZ BERTHA, 2006

Diagnóstico Enfermero

Es un “juicio clínico sobre la respuesta humana” (Alfaro 1999) de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

Para determinar cuando un proceso vital o un problema de salud debe ser considerado como diagnóstico enfermero, es necesario contestar:

- 1.- ¿La enfermera (o) tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo?
- 2.- ¿La enfermera (o) es la principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema?

En caso afirmativo sin lugar a dudas se trata de un diagnóstico enfermero, en caso negativo nos encontramos ante un problema interdependiente que sólo podrá ser resultado con la participación de todos los integrantes del equipo sanitario.

“Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado”, (Luis, 1998) por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

Problema interdependiente o de colaboración

En un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

Los problemas interdependientes “se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario”. (Luis 1998).

En la redacción de los problemas interdependientes se utiliza terminología médica, por consiguiente no deben emplearse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

Diferencias que existen entre un Diagnóstico enfermero y un problema interdependiente

Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera (o) tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

Similitudes y diferencias entre un diagnóstico enfermero y un problema interdependiente.

	Diagnóstico Enfermero.	Problema Interdependiente
Es un:	Juicio clínico.	Juicio clínico.
Centro de atención:	Respuestas humanas.	Respuestas Fisiopatológicas
Principal Responsable:	Enfermera (o).	Médico.
Funciones de Enfermería:	Independientes.	Independientes e Interdependientes.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

El diagnóstico enfermero real: “describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos), además de tener factores relacionados.

El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial): “describen respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables”, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El diagnóstico enfermero de salud: “es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”.

PLANEACIÓN

Tercera etapa del proceso enfermero, que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo”.

Pasos de la planeación

- Establecer prioridades.
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de enfermería.
- Documentar el plan de cuidados.

Determinación de acciones de enfermería

“Las intervenciones de enfermería son estrategias diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos”, y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen: el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivo (s), acciones de enfermería y evaluación.

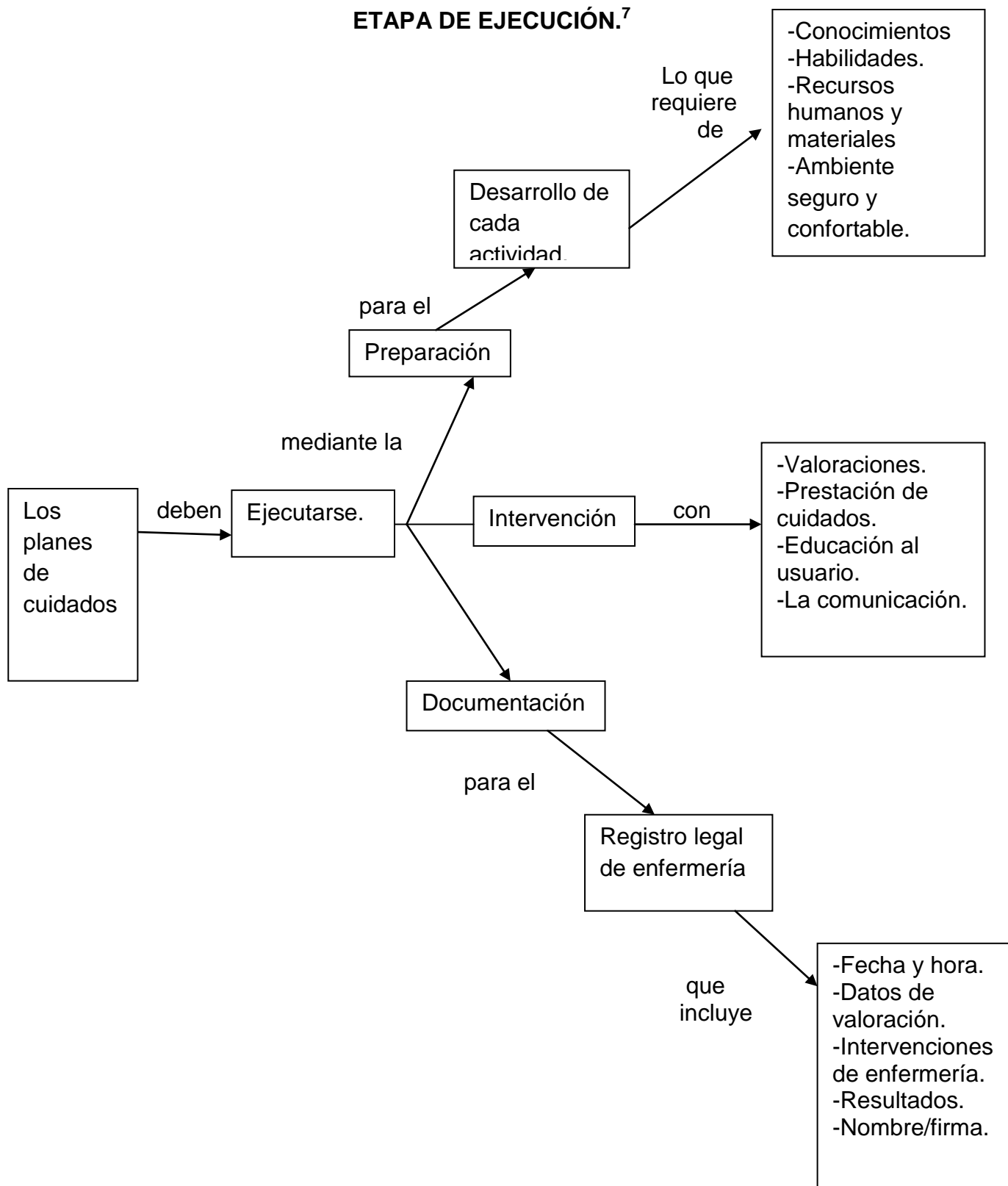
EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que “comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados”.

Pasos de la ejecución

- Preparación.
- Intervención.
- Documentación.

ETAPA DE EJECUCIÓN.⁷



⁷ RODRIGUEZ SANCHEZ BERTHA, 2006

EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

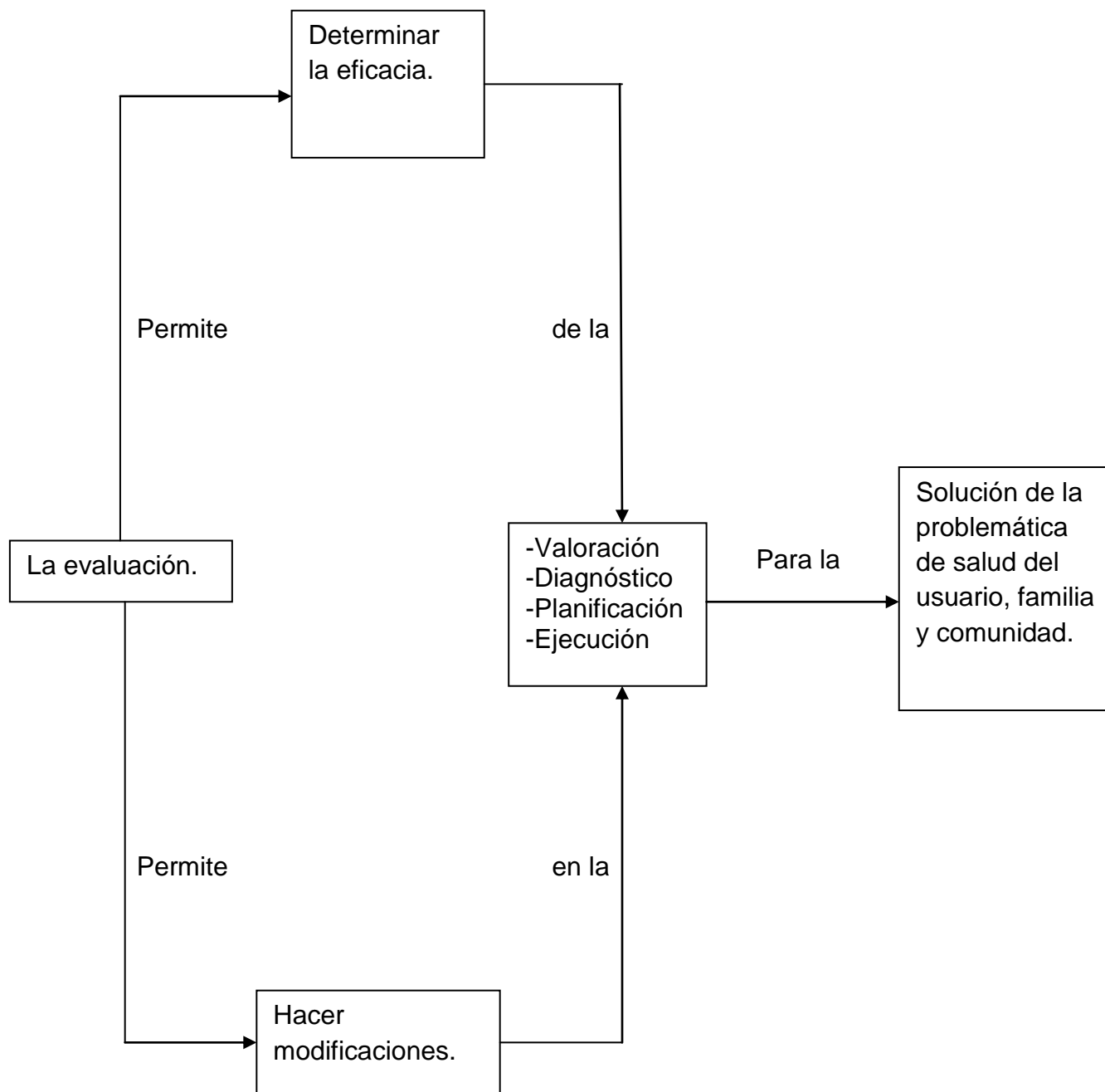
La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

- ¿La valoración estuvo completa y la forma fue validada?
- ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
- ¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?
- ¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
- ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado”, por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) deben revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad “la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas” en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias. (Rodríguez Sánchez, 2006).

ETAPA DE EVALUACIÓN⁸



⁸ RODRIGUEZ SANCHEZ BERTHA, 2006

FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON

VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri).

- A. Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921.
- B. En 1926, fue galardonada con el BS y el grado de MA en educación en enfermería por el Teachers College, de la Universidad de Columbia, Nueva York.
- C. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial.
- D. Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre la función de las enfermeras y su situación jurídica.
 - 1. Fue influida por su educación y práctica enfermera, sus estudiantes y colaboradoras, y por las líderes enfermeras de su tiempo.
 - 2. Una gran influencia fue su desacuerdo con la educación básica enfermera de la Army School of Nursing, que destacaba la competencia técnica y la experiencia en los procedimientos de enfermería, contemplando a la enfermería como una extensión de la práctica médica, sin proporcionar modelos de función.
 - 3. Otros tipos de influencia fueron sus trabajos en unidades de enfermería psiquiátrica y pediátrica así como sus experiencias en enfermería de salud comunitaria en el Henry Street Settlement de Nueva York.
- E. En 1955, Henderson publicó su Definición de Enfermería en una versión revisada del libro de texto *The Principles and Practice of Nursing*.
 - 1. Como resultado de su trabajo en este libro, Henderson sintió la necesidad de aclarar cuál era la función de las enfermeras de forma unánime.
 - 2. Su participación como miembro en el comité en una conferencia regional del National Nursing Council también contribuyó a su necesidad de definir la enfermería.
 - 3. También se sintió motivada por su insatisfacción con la definición de enfermería de 1955 aportada por la American Nurses Association.
- F. En 1966, Henderson perfiló su Definición de Enfermería en su libro *The Nature of Nursing*.
 - 1. Desarrolló su definición basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física.

2. Reconoce a Ida Orlando como una de las influencias en su concepto de relación enfermera-paciente.
- G. Henderson ha recibido un reconocimiento importante, incluido el nombramiento como doctora honoris causa, durante su carrera en la práctica y docencia en enfermería. (Springhouse, Ruby, 1997).

II. DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

A. Información general

1. Henderson considera su trabajo más como una aserción filosófica que como una teoría, ya que el término teoría no se utilizaba en el momento en el que ella formuló sus ideas.
2. En su definición Henderson hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos; fue una de las primeras teóricas que incorporó los aspectos espirituales al cuidado enfermero.
3. Según Henderson,, la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.
4. La independencia del paciente es un criterio importante para la salud.
5. Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermera; la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades.
6. Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia, y de la 11 a la 14 con la autorrealización.
7. Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.

B. Necesidades básicas de Henderson

1. Respiración normal
2. Alimentación e hidratación adecuada
3. Eliminación de los desechos corporales
4. Movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas
5. Sueño y descanso
6. Selección de la ropa apropiada
7. Mantenimiento de la temperatura corporal
8. Mantenimiento de la higiene corporal y del peinado
9. Prevención de los peligros ambientales

10. Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con sus creencias
12. Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción
13. Jugar o participar en varios tipos de actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.

III. DEFINICIÓN DE HENDERSON Y LOS CUATRO CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA ENFERMERO

A. Persona

1. Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad
2. Se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente
3. Consta de componente biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales
4. Está enferma o sana y se esfuerza por obtener un estado de independencia
5. Tiene unas necesidades básicas reales de supervivencia
6. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana

B. Entorno

1. Henderson no lo define explícitamente
2. Implica la relación que uno comparte con su familia
3. También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera
4. Puede ser controlado por los individuos sanos; una enfermedad puede interferir con esta capacidad
5. Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

C. Salud

1. Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas
2. Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano
3. Requiere fuerza, voluntad o conocimiento

D. Enfermería

1. Henderson la define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud o una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo estas actividades sin ayuda
2. Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o a alcanzar una muerte tranquila
3. 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
4. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades; esta opinión pionera, que consideraba el programa de licenciatura como el entrenamiento básico para las enfermeras, no fue adoptado por la American Nurses Association hasta 1965
5. Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas
6. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud)
7. Es un enfoque lógico y científico para resolver el problema, que desemboca en un cuidados individualizado
8. Implica la utilización de un PLAN DE CUIDADO ENFERMERO por escrito.

PARADIGMA

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

Para Henderson la función de ayudar al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación.

Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello.

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

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

14 NECESIDADES⁹:

1ª .NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

2ª. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

3ª. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

4ª NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

5ª. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

6ª. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

7ª. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

8ª. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

9ª. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

10ª. NECESIDAD DE COMUNICARSE

11ª. NECESIDAD DE VIVIR SUGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

12ª. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

13ª. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

14ª. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Virginia Henderson maneja en su teoría 3 grados de dependencia que tiene el paciente para mejorar su salud totalmente.

- **Dependiente:** aquí el paciente necesita que se le brinden totalmente los cuidados.
- **Parcialmente dependiente:** aquí el paciente no requiere totalmente la ayuda pero coopera en algunas cosas.
- **Independiente:** aquí el paciente no requiere de ayuda para realizar sus actividades.

⁹ SPRINGHOUSE NOTES, RUBY, 1997

NANDA

El primer paso identificado del proceso enfermero fue la valoración. El proceso enfermero es una teoría sobre como las enfermeras organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades. La teoría del proceso enfermero ha sido ampliamente aceptada por las enfermeras desde 1967 (Yura y Walsh). En la década de 1960 se pensó que el proceso enfermero constaba de cuatro partes: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Sin embargo, poco después de la primera descripción del proceso enfermero, las líderes en enfermería reconocieron que los datos de la valoración debían ser agrupados e interpretados antes de que las enfermeras pudieran planificar, implementar o evaluar un plan para ayudar a los pacientes. 6 años después de que Yura y Walsh describieran el proceso enfermero, dos enfermeras de Sant Louis (EE.UU) organizaron la primera conferencia para identificar las interpretaciones de los datos que reperesentan los fenómenos de interés para las enfermeras Mary Ann Lavin y Kristine Gebbie invitaron a 100 colegas de Estados Unidos y Canadá a participar en este evento (Gebbie, 1998). Fue la primera conferencia sobre diagnósticos enfermeros, en la que se identificaron y definieron 80 diagnósticos enfermeros. Desde entonces, la lista de diagnósticos aprobados ha ido creciendo regularmente y se ha ido refinando mediante propuestas realizadas por enfermeras, basadas en la investigación y con el trabajo de los miembros de la asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería conocida como NANDA internacional (NANDA-I).

Con el uso del término “diagnóstico enfermero” se hace evidente que las enfermeras diagnostican. Anteriormente, el juicio clínico utilizado en la práctica clínica para decidir el foco de los cuidados enfermeros era invisible o no se nombraba.

La formulación de un diagnóstico enfermero puede tener dos o tres partes. El sistema de dos partes consta de un diagnóstico enfermero y de la afirmación “relacionada”. “Los factores relacionados son factores que parecen mostrar cierto tipo de relación constante con el diagnóstico enfermero: estos factores pueden describirse como anteriores a, asociados a, relacionados con, contribuyentes a o incitadores”.

El sistema de tres partes consta de un diagnóstico enfermero, la afirmación “relacionada” y las Características definitorias, que son “Indicios/indiferencias observables agrupados como manifestaciones de un diagnóstico enfermero real o de bienestar”.

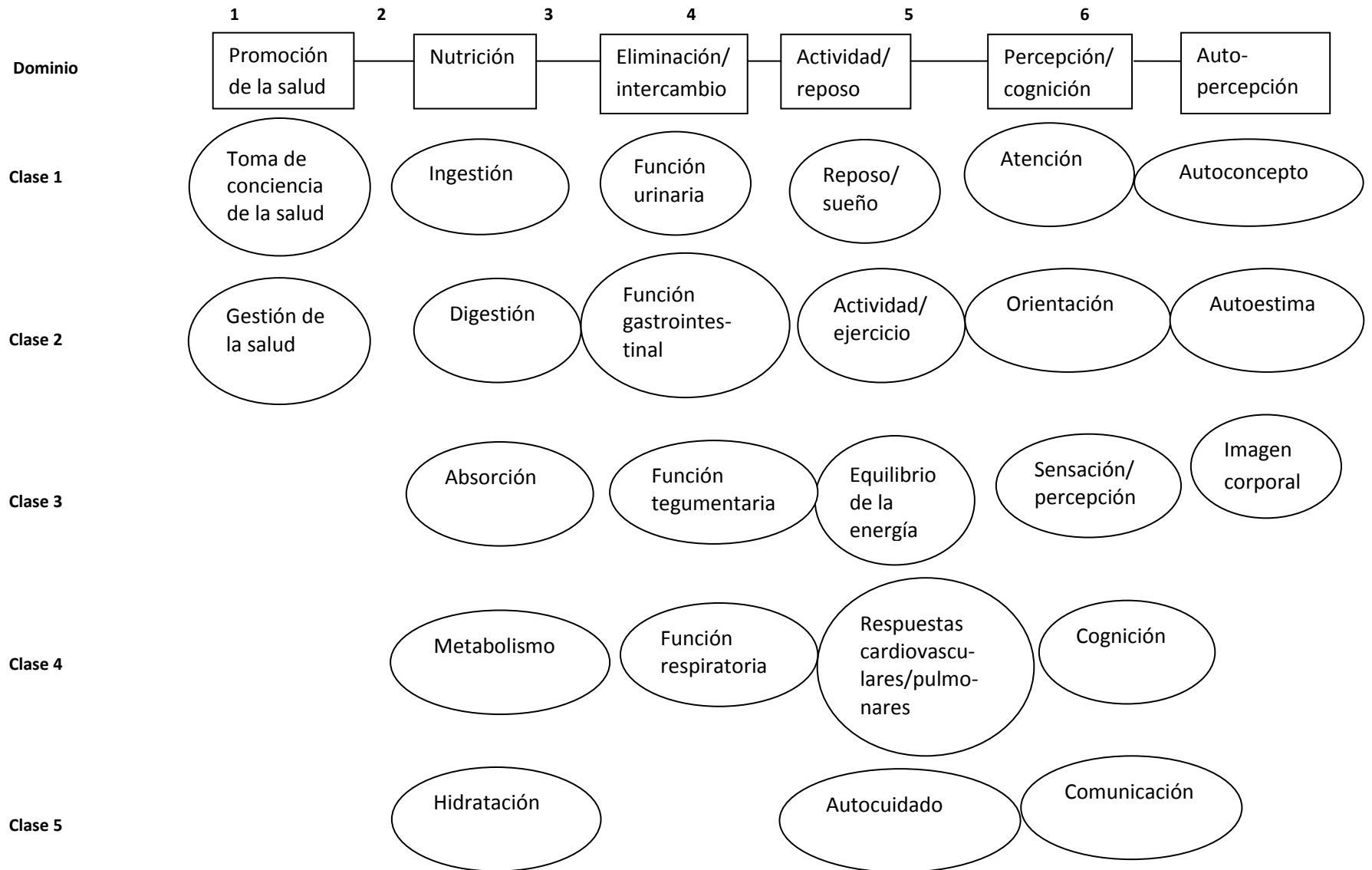
FRASE O ETIOLOGIA “RELACIONADA”

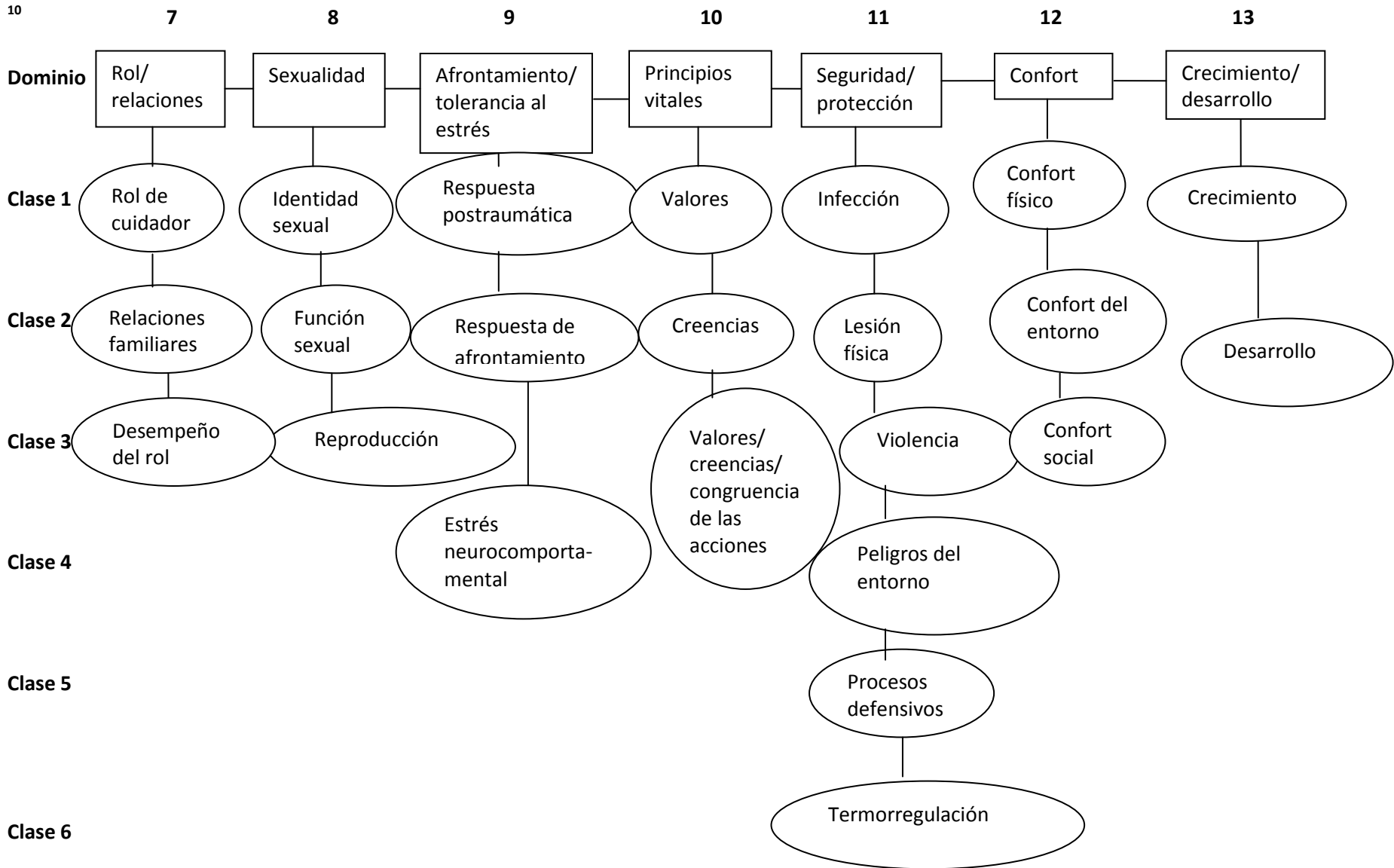
La segunda parte del diagnóstico enfermero es la frase “Relacionada”. Esta frase afirma lo que puede ser causante o contribuir al diagnóstico enfermero, comúnmente llamada Etiología. Los cambios psicosociales o fisiopatológicos, como la edad de desarrollo y las situaciones ambientales y culturales, pueden ser factores causantes o contribuyentes. Idealmente la etiología, o causa, el diagnóstico enfermero es algo que pueda tratarse por una enfermera. Cuando éste es el caso, el diagnóstico se identifica como un diagnóstico enfermero independiente.

FRASE DE CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

La frase de Características definitorias es la tercera parte del sistema diagnóstico de tres partes, y consta de los signos y síntomas que se han recogido durante la fase de valoración. La frase “evidenciado por” puede utilizarse para conectar la etiología (r/c) con las características definitorias. El uso de características definitorias identificadas es parecido al proceso que utiliza el médico cuando realiza un diagnóstico médico. (NANDA Internacional, 2009-2011).

TAXONOMIA II: DOMINIOS Y CLASES





¹⁰ (NANDA Internacional, 2009-2011).

NOC

Nursing Outcomes Classification (NOC), Clasificación de resultados de enfermería. La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. El uso de los resultados de los pacientes para evaluar la calidad de los cuidados enfermeros empezó a mediados de la década de 1960, cuando Aydelotte utilizó los cambios en las características físicas y de conducta de los enfermeros para evaluar la efectividad de los sistemas de administración de cuidados enfermeros.

La clasificación de resultados de Enfermería (NOC) es una lista exhaustiva de conceptos, definiciones y medidas estandarizados que describen los resultados de los pacientes influenciados por las intervenciones enfermeras. Los resultados se presentan como conceptos variables que reflejan los estados del paciente por ejemplo (movilidad, hidratación) medidos de forma continúa en vez de como objetivos concretos que se cumplen o no. La NOC proporciona un lenguaje profesional que las enfermeras pueden utilizar para identificar y evaluar los efectos de las intervenciones enfermeras. Los datos del resultado les facilitan la participación en una relación colegial como miembros de un equipo interdisciplinario y el apoyo al desarrollo de los conocimientos necesarios para progresar en la práctica enfermera. La clasificación actual es una lista de 385 resultados con definiciones, indicadores, escalas de medida y bibliografía complementaria. Clasificados en 7 dominios y 31 clases. Se emplean 14 escalas de medición tipo Likert. (Moorhead, Johnson, Mass, Swanson, 2010).

DOMINIOS Y CLASES

1.Salud Funcional	2.Salud Fisiológica	3.Salud Psicossocial	4.Conocimiento y Conductas de Salud	5.Salud Percibida	6. Salud Familiar	7.Salud Comunitaria
A. Mantenimiento de la energía	E. Cardiopulmonar	M. Bienestar Psicológico	Q. Conducta de Salud	U. Salud y calidad de vida	w. Ejecución del cuidado or familiar	b. Bienestar comunitario
B. Crecimiento y Desarrollo	F. Eliminación	N. Adaptación Psicosocial	R. Creencias sobre la salud	V. Sintomatología e. Satisfacción con los cuidados	z. Estado de salud de los miembros de la familia	c. Protección de la salud comunitaria
C. Movilidad	G. Líquidos y Electrolitos	O. Autocontrol	S. Conocimientos sobre la salud	e. Satisfacción con los cuidados	X. Bienestar familiar	
D. Autocuidado	H. Respuesta Inmune	P. Interacción social	T. Control del riesgo y seguridad		d. Ser Padre	

	I. Regulación Metabólica					
	J. Neuro- cognitiva					
	K. Digestión y Nutrición					
	a. Respuesta terapéutica					
	L. Integridad Tisular					
	Y. Función Sensitiva					

(Moorhead, et al 2010).

ESCALAS DE MEDICIÓN

La clasificación actual consta de 14 escalas de medición. Estas, se proporcionan para el resultado y para los indicadores, en todos los casos se utilizan las mismas escalas, aunque se han invertido para indicadores que representan condiciones negativas. Cada escala está constituida de manera que el punto cinco, o punto final, refleja la condición más deseable del paciente en relación al resultado.

ESCALAS DE MEDICION

	1	2	3	4	5
a	Gravemente Comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
b	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
f	Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
g	Mayor de 10	7-9	4-6	1-3	Ninguno
i	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
k	Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
l	Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy intenso
m	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
n	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
r	Escasa	Justa	Buena	Muy buena	Excelente
s	No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho

u	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
h	Extenso	Sustancial	Moderado	Escaso	Ninguno
t	Siempre demostrado	Frecuentemente demostrado	A veces demostrado	Raramente demostrado	Nunca demostrado

(Moorhead, et al 2010).

NIC

Nursing Interventions Classification (NIC), Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Utiliza un lenguaje normalizado global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería, hay un total de 542 intervenciones y más de 12000 actividades, se han organizado en 7 campos y 30 clases. Cada intervención tiene un etiqueta, una definición, una lista de actividades que el profesional de enfermería debería realizar para llevar a cabo la intervención en el orden lógico en que tendrían que desempeñarse y una pequeña lista de referencias bibliográficas. El lenguaje normalizado lo constituyen la etiqueta y la definición de cada intervención. Las actividades pueden seleccionarse o modificarse, según proceda, de acuerdo con las necesidades específicas de la población o de un paciente. Así la NIC puede utilizarse para comunicar una información común de las diferentes situaciones y proporciona una forma de atención individualizada para los profesionales de enfermería.

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente. La NIC puede utilizarse en todas las situaciones (unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados en hospitales y atención primaria) y en todas las especialidades (desde el cuidado crítico hasta el cuidado ambulatorio y a largo plazo). Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica como la psicológica, cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la

intervención y lecturas de referencia, las partes normalizadas de la intervención son su denominación y la definición cuando se utilizan no deberán cambiarse. Las actividades no están estandarizadas, dado que por una parte sería prácticamente imposible y por otra frustraría el propósito de utilizarlas para los cuidados individualizados. (Bulechek, Butcher, McCloskey, 2009).

Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso.

Los 7 campos son:

1. Fisiológico Básico
2. Fisiológico Complejo
3. Conductual
4. Seguridad
5. Familia
6. Sistema Sanitario
7. Comunidad

Las clases son las siguientes:

Campo 1.

- A) Control de actividad y ejercicio.
- B) Control de la eliminación.
- C) Control de inmovilidad.
- D) Apoyo nutricional.
- E) Fomento de la comodidad física
- F) Facilitación de los autocuidados.

Campo 2.

- G) Control de electrolitos y ácido-base
- H) Control de fármacos.
- I) Control neurológico.
- J) Cuidados peri operatorios.
- K) Control respiratorio
- L) Control de la piel/heridas.
- M) Termorregulación.

N) Control de la perfusión tisular.

Campo 3.

- O) Terapia conductual.
- P) Terapia cognitiva.
- Q) Potenciación de la comunicación.
- R) Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.
- S) Educación de los pacientes.
- T) Fomento de la comodidad psicológica

Campo 4.

- U) Control en casos de crisis.
- V) Control de riesgos.

Campo 5.

- W) Cuidados de un nuevo bebé.
- Z) Cuidados de crianza de un nuevo bebé.
- X) Cuidados de la vida

Campo 6.

- Y) Mediación del sistema sanitario.
 - a) Gestión del sistema sanitario.
 - b) Control de la información

Campo 7.

c) Fomento de la salud de la comunidad

d) Control de riesgos de la comunidad.

(Bulechek, et al 2009).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE).

Con el liderazgo de la Comisión Permanente de Enfermería, se promueve la estandarización de los cuidados de enfermería, mediante la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería para las principales patologías o etiquetas diagnósticas de enfermería.

Según Griffith-Kenney y Christensen,(1986), el PLACE “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”.

Existen diferentes tipos de cuidados, entre ellos destacan:

- **Individualizado:** permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- **Estandarizado:** es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad. (Mayers).
- **Estandarizado con modificaciones:** permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- **Computarizado:** requiere la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

"El Catálogo de Planes de Cuidado de Enfermería, es una herramienta metodológica que permite guiar la práctica de enfermería e impulsar al profesional a realizar un cuidado integral, holístico, especializado, individualizado y de alta calidad a la persona sana o enferma, familia y comunidad en cualquiera de los tres niveles de atención a la salud.

En el Catálogo se encuentra el desarrollo de cada plan de cuidados en el que se describen los diagnósticos de enfermería (NANDA siglas en inglés North American Nursing Diagnosis Association) reales, potenciales o de riesgo y de salud, resultados (NOC siglas en inglés de Nursing Outcomes Classification) que se esperan obtener los cuales se pretende medir objetivamente a través de indicadores y la descripción de una escala de medición tipo likert con puntuación de 1 a 5 o de 5 a 1 y finalmente las intervenciones de enfermería (NIC siglas en inglés Nursing Interventions Classification) con las actividades sugeridas dirigidas a solucionar o minimizar la problemática planteada en el diagnóstico.

Para darle opción al profesional de enfermería en la aplicación de cada uno de los planes de cuidado del catálogo se proponen, 99 diagnósticos de enfermería, 182 resultados, 833 indicadores, 235 intervenciones y 2329 actividades diversas". (http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php).

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL ORGANO AFECTADO

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO

El sistema nervioso humano no solo controla todos los procesos que ocurren en nuestro cuerpo recibiendo información de las diferentes partes del mismo y enviando instrucciones para que la maquinaria funcione correctamente, sino que también nos permite interactuar con el medio ambiente, recibiendo, procesando y almacenando los estímulos recibidos por los órganos de los sentidos. El sistema nervioso, y en particular el cerebro, constituye una central de inteligencia responsable de que podamos aprender, recordar, razonar, imaginar, crear y gozar de sentimientos.

Todas estas funciones son realizadas por un conjunto de órganos que en total no pesan más de dos kilos pero que contienen varios miles de millones de elementos básicos, las neuronas. (C.P Antony, Thibodeau, 1983).

Las neuronas y otras células de apoyo

Las neuronas son las unidades elementales del sistema nervioso. Son células (una célula es la unidad fundamental estructural y funcional de los organismos vivos) altamente especializadas en generar, transmitir y recibir señales comunicándose con otras células, a veces muy lejanas.

Las neuronas, como todas las células, están formadas por la membrana (envoltura que separa el interior de la célula del exterior), el citoplasma (un medio líquido que contiene una serie de orgánulos o corpúsculos que permiten que la célula respire, utilice los nutrientes que recibe para obtener energía y producir nuevas sustancias) y el núcleo (que encierra el ADN, largas moléculas que contienen codificada toda la información genética del organismo). Pero además, las neuronas tienen unas prolongaciones (los biólogos las llaman procesos) que salen del cuerpo de la célula formando las dendritas y el axón.

- Las dendritas son ramificaciones que se encuentran cerca del cuerpo de la célula y que se conectan con otras células. Como cada una de las extremidades de cada una de las ramas de cada dendrita puede conectarse con otra célula, una sola célula nerviosa es capaz de establecer comunicación con varios cientos de células próximas.
- El axón es una larga prolongación del cuerpo de la célula (puede llegar a tener hasta medio metro) que termina igualmente en unas ramificaciones a través de las cuales la neurona se puede comunicar con otras células (que no tienen por qué ser necesariamente neuronas, sino que pueden ser, por ejemplo, células de los músculos). Como las señales que se transmiten por los axones son señales

eléctricas y dado que la longitud del axón es enorme (en comparación con la milésima de milímetro que puede tener el cuerpo de una neurona), la naturaleza ha creado una envoltura de aislante que rodea completamente el axón. Este aislante está formado por una serie de células llamadas células de Schwann que se enrollan alrededor del axón como una cinta aislante alrededor de un cable, formando varias capas. Las células de Schwann contienen la mielina (una sustancia grasa muy aislante) que impide que las señales eléctricas pierdan fuerza a medida que se alejan del cuerpo de la neurona.

Además de las células de Schwann, los oligodendrocitos o células de la glía también recubren con mielina las neuronas. Sin embargo, a diferencia de las primeras, los oligodendrocitos pueden recubrir con mielina los axones de más de una neurona, actuando igual que el nodo de un andamio tubular y formando un entramado de sostén para las neuronas.

Las neuronas adoptan distintas formas según el lugar donde se encuentren y la función que desempeñen. Algunas de las más conocidas son los astrocitos (llamadas así por la forma de estrella que tienen), las células de Purkinje del cerebelo (descritas por Ramón y Cajal), las células piramidales de la sustancia blanca de los lóbulos cerebrales y las neuronas motoras de la médula espinal.

Los axones de las neuronas se agrupan en manojos formando las fibras nerviosas. A su vez, las fibras nerviosas forman los nervios que desde la periferia envían información hasta el cerebro o la médula espinal o viceversa.

Como se comunican las neuronas

Para comunicarse entre sí o con otras células, las neuronas utilizan dos tipos de señales: las señales eléctricas y las señales químicas.

Señales eléctricas: son diminutos impulsos eléctricos que se transmiten a lo largo de la membrana de la neurona. Así por ejemplo, la luz que incide sobre unas células especiales de la retina llamadas bastones y conos, produce una corriente eléctrica igual que ocurre en las células fotoeléctricas. Las señales procedentes de cada una de estas células son transmitidas a través de las fibras nerviosas de la retina y agrupadas en el nervio óptico. Finalmente, el nervio óptico envía la información a un área especializada de los lóbulos cerebrales donde es interpretada y transformada en imágenes. De igual forma, un acto voluntario como el mover un dedo, genera una señal en el cerebro que es transmitida por las neuronas motoras de la médula espinal hasta las células musculares en las que es transformada en una contracción.

Las señales químicas: Se clasifican en dos categorías; Neurotransmisores y hormonas. (C.P Antony, Thibodeau, 1983).

Los neurotransmisores son moléculas pequeñas que son enviadas por una neurona a otra para salvar un "espacio vacío" entre la terminación de una dendrita o axón de una célula y el comienzo de otra, constituyendo la llamada **sinapsis**. Al llegar al extremo de una neurona, la señal eléctrica provoca que se abran unas pequeñas vesículas que contienen las moléculas del neurotransmisor. Este difunde a través del espacio intercelular y llega a la membrana de la célula siguiente donde genera una nueva señal eléctrica mediante una serie de mecanismos muy compleja pero perfectamente conocida.

Las hormonas, por el contrario, son generalmente moléculas bastante grandes que se segregan por glándulas muchas veces muy alejadas del sistema nervioso central. Estas glándulas constituyen el llamado sistema endocrino, el cual junto con el sistema nervioso, desempeña la mayoría de las funciones de regulación del organismo. Por ejemplo, si la cantidad de glucosa de la sangre aumenta por encima de un cierto valor, el cerebro envía una señal al páncreas. Este segrega la hormona insulina que se distribuye por circulación sanguínea a todos los tejidos activando el metabolismo de la glucosa y "quemando" el exceso de esta.

Anatomía del sistema nervioso

El sistema nervioso puede dividirse en tres grandes bloques

1. - Sistema nervioso central:

El sistema nervioso central está formado por el cerebro y la médula espinal. En él residen todas las funciones superiores del ser humano, tanto las cognitivas como las emocionales. Está protegido en su parte superior por el cráneo y en parte inferior por la columna vertebral. Consta de las siguientes partes:

- Encéfalo
 - cerebro
 - cerebelo
 - Tronco del encéfalo

- medula espinal

2. - Sistema nervioso periférico:

Constituye el tejido nervioso que se encuentra fuera del sistema nervioso central, representado fundamentalmente por los nervios periféricos que inervan los músculos y los órganos

3.- Sistema nervioso autónomo o vegetativo:

El sistema nervioso autónomo regula las funciones internas del organismo con objeto de mantener el equilibrio fisiológico. Controla la mayor parte de la actividad involuntaria de los órganos y glándulas, tales como el ritmo cardíaco, la digestión o la secreción de hormonas. Se clasifica en:

- Sistema Nervioso Simpático
- Sistema Nervioso Parasimpático

(Tortora, College, Derrickson,, 2007)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

El sistema nervioso central es una estructura extraordinariamente compleja que recoge millones de estímulos por segundo que procesa y memoriza continuamente, adaptando las respuestas del cuerpo a las condiciones internas o externas. Está constituido por siete partes principales :

- Encéfalo anterior que se subdivide en dos partes:
 - Hemisferios cerebrales
 - Diencefalo (tálamo e hipotálamo)
- Tronco encefálico
- Mesencefalo
- Protuberancia
- Bulbo raquídeo
- Cerebelo
- Médula espinal

A menudo, el encéfalo se divide en tres grandes regiones: el prosencéfalo (diencéfalo y hemisferios cerebrales), el meséncéfalo y el rombencéfalo (bulbo raquídeo, protuberancia y cerebelo).

Todo el neuroeje está protegido por estructuras óseas (cráneo y columna vertebral) y por tres membranas denominadas **meninges**. Las meninges envuelven por completo el neuroeje, interponiéndose entre este y las paredes óseas y se dividen en encefálicas y espinales. De afuera hacia adentro, las meninges se denominan duramadre, aracnoides y piamadre.

Duramadre

La más externa, es dura, fibrosa y brillante. Envuelve completamente el neuroeje desde la bóveda del cráneo hasta el conducto sacro. Se distinguen dos partes:

1. Duramadre craneal: está adherida a los huesos del cráneo emitiendo prolongaciones que mantienen en su lugar a las distintas partes del encéfalo y contiene los senos venosos, donde se recoge la sangre venosa del cerebro. Los tabiques que envía hacia la cavidad craneana dividen esta en diferentes celdas:

Tentorio o tienda del cerebelo: un tabique transversal tendido en la parte posterior de la cavidad craneal que separa la fosa cerebral de la fosa cerebelosa. En el centro y por delante delimita el foramen oval de Pacchioni, una amplia abertura a través de la cual pasa el mesencéfalo. Por detrás, a lo largo de su inserción craneal corren las porciones horizontales de los senos laterales.

La hoz del cerebro, un tabique vertical y medio que divide la fosa cerebral en dos mitades. Presenta una curvatura mayor en cuyo espesor corre el seno sagital superior y una porción rectilínea que se une a la tienda del cerebelo a lo largo de su línea medio por la que corre el seno recto.

Tienda de la hipófisis que separa la celda hipofisiaria (un estrecho espacio situado sobre la silla turca del esfenoides y ocupada por la hipófisis) de la celda cerebral

La hoz del cerebelo, que separa los dos hemisferios cerebelosos.

2. Duramadre espinal: encierra por completo la médula espinal. Por arriba, se adhiere al agujero occipital y por abajo termina a nivel de las vertebra sacras formando un embudo, el cono dural. Está separada de las paredes del conducto vertebral por el espacio epidural, que está lleno de grasa y recorrido por arteriolas y plexos venosos

Aracnoides

La intermedia, es una membrana transparente que cubre el encéfalo laxamente y no se introduce en las circunvoluciones cerebrales. Está separada de la duramadre por un espacio virtual (o sea inexistente) llamado espacio subdural.

Piamadre

Membrana delgada, adherida al neuroeje, que contiene gran cantidad de pequeños vasos sanguíneos y linfáticos y está unida íntimamente a la superficie cerebral.

En su porción espinal forma tabiques dentados dispuestos en festón, llamados ligamentos dentados. Entre la aracnoides y la piamadre se encuentra el espacio subaracnoideo que contiene el líquido cefalorraquídeo y que aparece atravesado por un gran número de finas trabéculas. (Tortora, et al 2007).

CEREBRO

Es la división mayor y más alta del encéfalo. Un surco profundo, la fisura longitudinal, lo divide en dos mitades, los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo. Sin embargo no son órganos completamente separados. Hay un tejido compuesto de sustancia blanca, conocido como cuerpo caloso, que une ambos hemisferios por la parte media. Las fisuras más sobresalientes, además de la longitudinal, son la fisura central (de Rolando), la fisura lateral (de Silvio) y la fisura parietooccipital. Estas escotaduras importantes subdividen a cada hemisferio cerebral en cuatro lóbulos, cada uno de los cuales tiene el nombre del hueso en el que se encuentra por encima: lóbulo frontal, lóbulo parietal, lóbulo temporal y lóbulo occipital. Hay un quinto lóbulo, la ínsula (islote de Reil), que se encuentra fuera del alcance de la vista en la fisura lateral. La fisura central separa al lóbulo frontal del lóbulo parietal. La lateral separa al lóbulo temporal (por debajo de ésta) de los lóbulos frontal y parietal que están por encima de la misma. La fisura parieto occipital separa al lóbulo occipital de los dos lóbulos parietales.

Cada hemisferio cerebral está constituido por sustancia gris externa, sustancia blanca interna e islotes de sustancia gris interna. La corteza cerebral es la superficie delgada del cerebro. Está compuesta por sustancia gris de solamente dos a cuatro milímetros de grosor. Pero a pesar de su delgadez, la corteza cerebral está constituida por seis capas, cada una de ellas una redcilla densa de millones de terminales axonianas que hacen sinapsis con millones de dendritas y cuerpos celulares de otras neuronas. Bajo la corteza se encuentra la sustancia blanca que compone la masa del interior del cerebro.

Las vías o fascículos cerebrales están situados dentro de la corteza y consisten en abundantes fibras nerviosas (cilindroesjes). En una parte del interior del cerebro un grupo de haces de proyección sensitiva y motora forman una masa irregular y extensa de sustancia blanca llamada cápsula interna. Está situada entre el tálamo y los ganglios basales. Algunos fascículos son cortos, pues van de una circunvolución a otra en el mismo hemisferio, y se llaman fascículos de asociación. Los ganglios basales (o núcleos cerebrales) son iones de sustancia gris que se encuentran en la profundidad de cada hemisferio cerebral. (Duane, Haines, 2003).

Generalizaciones sobre sus funciones:

1.- La actividad cerebral prosigue mientras haya vida. Y deja de funcionar cuando se detiene ésta (o momentos antes). Sólo en ese momento cesa la conducción de impulsos de sus neuronas. De ello se han obtenido pruebas a partir del registro de los potenciales eléctricos del encéfalo, que se llaman en conjunto electroencefalograma (EEG), u “ondas encefálicas”.

2.- El cerebro efectúa tres clases de funciones: sensitivas, motoras y un grupo de actividades que son menos fáciles de denominar e incluso de definir o explicar. El nombre que se le ha aplicado es “funciones de integración”. Lo que todos consideramos actividades mentales son una parte, pero no la totalidad de las funciones de integración del cerebro.

3.- Los dos hemisferios se especializan en funciones diferentes. Además, ciertas regiones de ellos desempeñan funciones básicas en actividades particulares.

FUNCIONES SENSITIVAS

Muchas de las estructuras macroscópicas del sistema nervioso funcionan para producir sensaciones: nervios, ganglios y vías sensitivas que ascienden por la médula espinal, el tallo del encéfalo, el tálamo y el cerebro. La conducción de impulsos por las neuronas en la corteza cerebral hace posible las sensaciones discriminativas complejas.

Las áreas somáticas sensitiva, visual y auditiva de la corteza cerebral son más esenciales para las sensaciones normales. Estas regiones de la corteza hacen solamente que registrar un poco más las sensaciones aisladas y simples. Las separan y las valoran y las integran en percepciones de un todo.

FUNCIONES MOTORAS SOMÁTICAS

Los mecanismos que controlan los movimientos voluntarios son extraordinariamente complejos y no se conocen bien. Se sabe, sin embargo, que para que ocurran los movimientos normales deben funcionar muchas partes del sistema nervioso central, incluso ciertas zonas de la corteza cerebral. La circunvolución precentral, esto es, la circunvolución más posterior del lóbulo frontal, zona 4 constituye la zona motora

primaria. Sin embargo, la circunvolución que está inmediatamente por delante de la circunvolución precentral contiene también muchas neuronas. Y ocurre lo mismo con otras muchas regiones, incluso la zona somática sensitiva. Se dice que las neuronas de la circunvolución precentral ejercen control sobre cada uno de los músculos, en especial los que producen movimientos de las articulaciones distales (muñeca, mano, dedos, tobillo, pie y dedos del pie). Las neuronas de la circunvolución que están justamente por delante de la precentral, por otra parte, parecen activar grupos de músculos de manera simultánea.

FUNCIONES DE INTEGRACIÓN

La frase “funciones integrativas del cerebro”, por decirlo así, es nebulosa, y los procesos neurales que designa son incluso más confusos. En general, consisten en todos los acontecimientos que ocurren en el cerebro entre su recepción de los impulsos sensitivos y su envío de impulsos motores. Las funciones integrativas del cerebro incluyen conocimientos y actividades mentales de toda clase. Conocimiento, memoria, uso del lenguaje y emociones.

Se puede definir a conocimiento como el estado de percepción de nosotros mismos, de nuestro ambiente y del de otros. El conocimiento depende de la excitación de las neuronas corticales por impulsos conducidos hacia ellas por un relevo de neuronas que se conoce como sistema reticular activador. El sistema reticular activador está constituido por centros de la formación reticular del tallo del encéfalo que reciben impulsos desde la médula y los relevan en tálamo, y desde tálamo hacia todas las partes de la corteza cerebral. Tanto las vías espinales reticulares directas como las fibras colaterales de las vías sensitivas especializadas (hipotalámicas, del lemnisco, auditivas y visuales) relevan impulsos en el sistema reticular activador hacia la corteza. Sin la excitación continua de las neuronas corticales por los impulsos reticulares activadores, el individuo no tiene conocimiento y no puede ser estimulado.

Conocimientos aceptados del sistema reticular activado: funciona como sistema de estimulación o de alertamiento para la corteza cerebral, y su funcionamiento es crucial para conservar el conocimiento. Las sustancias que se sabe deprimen el sistema reticular activador disminuyen el estado de alerta y producen sueño. Los barbitúricos, por ejemplo, actúan de esta manera. La amfetamina, por otra parte, sustancia conocida por su efecto estimulante en el cerebro y porque fomenta el estado de alerta y produce despertar completo, probablemente actúa por estimulación del sistema reticular activador. Los anestésicos producen un estado alterado del conocimiento, llamado anestesia. Las enfermedades o lesiones del cerebro pueden producir alteración

denominado coma. Y la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), fármaco “alterador de la mente”, induce un tipo de alteración conocido en los usuarios de drogas como “viaje”.

Las funciones del lenguaje son la capacidad para hablar y escribir palabras y la de comprender las palabras habladas y escritas. Sirven de centros de lenguaje ciertas áreas de los lóbulos frontal, parietal y temporal y son áreas cruciales para estas funciones. El hemisferio cerebral izquierdo contiene estas áreas en aproximadamente 90% de las personas; en el resto estos centros están contenidos en el hemisferio derecho o en ambos hemisferios. Las lesiones de estos centros producen defectos denominados afasias. Ejemplo, en caso de lesión de un área de la circunvolución inferior del lóbulo frontal (área de Broca) la persona se vuelve incapaz de articular palabras pero puede transmitir sonidos vocales y comprender las palabras que escucha y lee.

Las emociones, tanto las que se experimentan de manera subjetiva como la expresión objetiva de las mismas, abarcan el funcionamiento del sistema límbico del cerebro. El nombre límbico, que se deriva de la palabra latina que quiere decir borde o fleco, sugiere la forma de las estructuras corticales que constituyen el sistema. Se encuentran en la superficie medial o interna del cerebro, y forman un borde curvo alrededor del cuerpo calloso, estructura que conecta a los dos hemisferios cerebrales.

El sistema límbico (o por usar su nombre más descriptivo, el cerebro emocional) funciona de alguna manera para hacernos experimentar muchas clases de emociones: ira, miedo, sensaciones sexuales, placer y pesar. Para efectuar la expresión normal de las emociones, hay otras partes de la corteza cerebral además del sistema límbico que deben entrar en funciones. (Duane, Haines, 2003).

ESPECIALIZACIÓN HEMISFÉRICA Y LOCALIZACIÓN FUNCIONAL DENTRO DE UN HEMISFERIO

Cada hemisferio se caracteriza por ciertas funciones: el **hemisferio izquierdo** se especializa en las funciones del lenguaje: John Hughlings Jackson neurólogo británico, en 1878 describió el hemisferio izquierdo como el centro de la facultad de expresión. Comprende las ideas, los conceptos y los almacena en un lenguaje no verbal, que luego traduce a un lenguaje o idioma aprendido por el individuo mediante la cultura. Los tests de inteligencia que investigan el vocabulario, la comprensión verbal, la memoria y el cálculo aritmético mental, detectan el origen de la actividad en el hemisferio izquierdo. Se especializa en el lenguaje articulado, control motor del aparato fono articulador, manejo de información lógica, pensamiento proporcional, procesamiento de información en series de uno en uno, manejo de información matemática, memoria verbal, aspectos lógicos gramaticales del lenguaje, organización de la

sintaxis, discriminación fonética, atención focalizada, control del tiempo, planificación, ejecución y toma de decisiones y memoria a largo plazo. Los test de inteligencia miden sobre todo la actividad de este hemisferio. Muchas de las actividades atribuidas al consciente le son propias. Gobierna principalmente la parte derecha del cuerpo.

Casi todas las personas usan la mano derecha para ejecutar los movimientos más finos y el lado izquierdo del cerebro controla los músculos del lado derecho para efectuarlos. una embolia que afecte a esta estructura puede producir pérdidas funcionales, pérdida funcional del habla y afectar destrezas motoras en el lado derecho del cuerpo.

El hemisferio derecho Es un hemisferio integrador, centro de las facultades visoespaciales no verbales, especializado en sensaciones, sentimientos, prosodia y habilidades especiales; como visuales y sonoras no del lenguaje como las artísticas y musicales. Concibe las situaciones y las estrategias del pensamiento de una forma total. Integra varios tipos de información (sonidos, imágenes, olores, sensaciones) y los transmite como un todo. El lóbulo frontal derecho y el lóbulo temporal derecho parecen los encargados de ejercer las actividades especializadas no verbales del hemisferio derecho. Esto se corresponde, en muchos aspectos, con las funciones de control del habla que ejercen el lóbulo frontal y el lóbulo temporal del hemisferio izquierdo. Los otros dos lóbulos del hemisferio derecho, el parietal y el lóbulo occipital, tienen al parecer menos funciones. Sin embargo, como resultado del estudio de pacientes con el cerebro dividido (seccionado), o con pacientes que padecen lesiones en el hemisferio izquierdo, se ha detectado un pequeño grado de comprensión verbal en el lóbulo parietal derecho, que tiene la capacidad de comprender una selección de nombres y verbos simples. Y recíprocamente, el lóbulo parietal izquierdo parece que tiene ciertas funciones espaciales limitadas. Por lo tanto, aunque el hemisferio derecho está, sin duda, especializado, en las funciones no verbales, concretamente en las visoespaciales, no resulta fácil discernir las diferencias entre los dos hemisferios. John Hughlings Jackson informó que un paciente con un tumor en el lado derecho del cerebro no reconocía objetos, lugares ni personas. Utilizando sus facultades somos capaces de situarnos y orientarnos; podemos saber por qué calle estamos caminando mirando simplemente la arquitectura de los edificios que hay a uno y otro lado de ella, esto es la forma y aspecto de las fachadas, de los tejados y de las puertas de entrada. Muchas de las actividades atribuidas al inconsciente le son propias. Procesa la información mayoritariamente usando el método de síntesis, componiendo o formando la información a partir de sus elementos, a un conjunto. Controla, además, el lado izquierdo del cuerpo humano. En este caso, una embolia puede producir pérdida funcional o afectar las destrezas motoras del lado izquierdo del cuerpo. También puede causar alteración de la atención normal a la parte izquierda del cuerpo y sus alrededores aun con el otro. (http://es.wikipedia.org/wiki/hemisferio_cerebral).

FISIOPATOLOGIA

PRESION ARTERIAL

Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Cada vez que el corazón late, bombea sangre hacia las arterias. La presión arterial estará al nivel más elevado al latir el corazón bombeando la sangre, a esto se le llama presión sistólica. Cuando el corazón está en reposo, entre un latido y otro, la presión sanguínea disminuye, a esto se le llama la presión diastólica. Presión arterial óptima <120/80 mm de Hg

HIPERTENSION SISTEMICA

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, la hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica ≥ 140 mm de Hg y una presión diastólica <90 mm de Hg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usa la siguiente clasificación clínica:

- Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg
- Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg
- Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg

Hipertensión arterial:

- Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg
- Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg
- Etapa 3: $\geq 180/ \geq 110$ mm de Hg

(NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial).

“CRISIS HIPERTENSIVA”

Se define como una elevación abrupta, sustancial, o ambas cosas, de la tensión arterial, lo cual amenaza la integridad cardiovascular, pone en riesgo la vida y se caracteriza por valores de TA diastólica (TAD) en general arriba de 120 a 130 milímetros de mercurio.

La crisis hipertensiva se clasifican en emergentes y urgentes, lo cual depende, en forma respectiva, de la presencia o ausencia de daño agudo o progresivo a órganos blanco.

La Emergencia Hipertensiva se define como TAD por encima de 120 a 130mmHg y demostración de daño agudo o progresivo a órganos blanco, que en ocasiones se desarrolla con cifras menores de tensión. El daño a órganos blanco se manifiesta como deterioro funcional, anatómico, o ambos, en SNC, aparato cardiovascular, riñón, retina y sistema hemático. Por lo tanto, en la evaluación clínica resulta fundamental investigar síntomas y signos neurológicos focales o de lateralización, alteraciones visuales, cefalea, ansiedad, cambios en el estado mental o de alerta, insuficiencia cardíaca o edema agudo pulmonar, soplos arteriales o disminución de los pulsos, angina, dolor torácico o lumbar, embarazo, alteraciones urinarias, hemólisis, hemorragias, exudados retinianos, papiledema, etc., al tiempo que se consideran edad, historia de HTA, tratamiento antihipertensivo, enfermedades previas o intercurrentes, embarazo y medicación bajo la que se encuentre el enfermo.

La Urgencia Hipertensiva son situaciones en las cuales la presión sanguínea debe disminuirse en el plazo de pocas horas. Estas incluyen a los pacientes con hipertensión intensa asintomática (presión sanguínea sistólica >220mmHg o presión diastólica >125mmHg que persisten después un periodo de observación), no existe daño agudo o rápidamente progresivo a órgano blanco. (Mark, Beers, 2004).

EPIDEMIOLOGIA

La frecuencia fluctúa entre 1y 2% de los enfermos crónicamente hipertensos. El sexo masculino y la raza negra tienen mayor prevalencia y morbimortalidad. Es más común en la edad adulta, con una ocurrencia máxima entre 40 y 50 años, y su aparición antes de los 30 o después de los 60 años obliga a descartar HTA secundaria. (NOM-030-SSA2-1999).

ETIOPATOGENIA

CAUSAS DE CRISIS HIPERTENSIVAS
<p>HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA (ESENCIAL)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ausencia de tratamiento b) Tratamiento inadecuado c) Supresión del tratamiento d) Causa desconocida
<p>HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA</p> <p>1.- Enfermedad renovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Enfermedad oclusiva de la arteria renal <ul style="list-style-type: none"> • Aterosclerosis

<ul style="list-style-type: none"> • Hiperplasia (fibromuscular) • Trombosis • Embolia <p>b) Enfermedades inflamatorias, autoinmunitarias y del tejido conectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esclerodermia • Vasculitis • Poliarteritis nodosa • Arteritis de Takayasu, etc.
<p>2.- Enfermedad renal parenquimatosa</p> <p>a) Glomerulonefritis</p> <p>b) Pielonefritis</p> <p>c) Enfermedad poliquística</p> <p>d) Hidronefrosis</p> <p>e) Nefrocalcinosis</p> <p>f) Neoplasias secretoras de renina</p>
<p>3.- Neurógena</p> <p>a) Sistema nervioso central</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo encefálico • Infarto cerebral • Hemorragia cerebral • Hemorragia subaracnoidea <p>b) Síndromes espinales con hiperreflexia autonómica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesión medular superior a T-6 • Síndrome de Guillen-Barré
<p>4.- Crisis inducida por catecolaminas</p> <p>a) Feocromocitoma</p> <p>b) Tirotoxicos</p> <p>c) Drogas: cocaína, anfetaminas, fenciclidina, ergonovínicos, esteroides, etc.</p> <p>d) Supresión de antihipertensivos: clonidina, metildopa, bloqueadores beta.</p>
<p>5.- Diversas</p> <p>a) Toxemia gravídica</p> <p>b) Enfermedad o síndrome de Cushing</p> <p>c) Hiperaldosteronismo</p> <p>d) Quemaduras</p>

TIPO DE DAÑO A ORGANO BLANCO
<p>Sistema Nervioso Central</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Encefalopatía b) Infarto cerebral c) Hemorragia cerebral d) Hemorragia subaracnoidea
<p>Sistema Cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Angor pectoris b) Infarto agudo al miocárdio c) Insuficiencia cardíaca aguda y edema agudo a pulmón d) Disección aórtica
<p>Aparato renal</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Insuficiencia renal aguda
<p>Retina</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Retinopatía Hipertensiva grados III y IV
<p>Sistema Hematológico</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anemia hemolítica microangiopática

(Mark, Beers, 2004).

DIAGNOSTICO

El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección, deberá acudir a confirmación diagnóstica, sin medicación antihipertensiva, y sin cursar alguna enfermedad aguda.

El diagnóstico de HAS debe estar basado en el promedio de por lo menos dos mediciones, tomadas al menos en dos visitas posteriores a la detección inicial, o a través de un periodo más prolongado, de acuerdo con el criterio del médico, en cuyo caso es recomendable el monitoreo ambulatorio. Cuando la P.A. sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de HAS, se utilizará el valor más alto para clasificarlo. Si no se confirma el diagnóstico de HAS, los individuos con P.A. óptima o normal serán estimulados a efecto de mantener estilos de vida saludables. Aquellos pacientes con P.A. normal alta, serán enviados a recibir manejo no farmacológico, con el fin de reducir los niveles de P.A. a niveles normal u óptimo.

Los estudios paraclínicos son útiles para determinar la etiología de la crisis Hipertensiva, el grado de afección a órganos blanco y la existencia de patologías intercurrentes, pero debe tenerse en cuenta que la terapéutica no habrá de retrasarse por la realización de estos procedimientos. Se incluirán:

- Biometría hemática
- Química sanguínea, electrolitos séricos, calcio
- Examen general de orina, urocultivo
- Electrocardiograma y radiografía de tórax.

De acuerdo con el contexto clínico, puede necesitarse determinación de;

- Enzimas cardíacas
- De catecolaminas, metanefrina o ácido vanililmandélico en orina de 24 horas
- Pruebas de función tiroidea
- Urografía excretora
- Gammagrafía renal con captopril y sin éste
- Determinación selectiva de renina de la vena renal
- Biopsia renal
- Electroencefalograma
- Tomografía axial computadorizada (TAC) o resonancia magnética nuclear de cráneo
- Cateterismo cardíaco y angiografías coronarias, cerebral, aórtica o renal, entre otros estudios. (Mark, Beers, 2004).

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es la reducción inmediata pero gradual de la TA, hasta disminuir 25% la tensión arterial media (TAM) o alcanzar una TAD de 100 a 110mmHg en un lapso que fluctúa desde pocos minutos hasta algunas horas (1hr en promedio). Esto evita daño progresivo o irreversible por la HTA, sin el riesgo de ocasionar hipoperfusión, isquemia o infarto en órganos blanco. La TA debe mantenerse en este nivel durante varios días y luego deberá ser reducida hasta llegar a niveles de normotensión en las semanas siguientes, lo que permite recobrar la autorregulación del flujo sanguíneo y la perfusión. El criterio para seleccionar el mejor fármaco de acuerdo con el tipo de emergencia Hipertensiva debe incluir la comprensión de tres aspectos: a) fisiopatología y condición clínica de cada enfermo; b) urgencia con que se debe reducir la TA, y c) farmacodinamia y farmacocinética de cada medicamento, con énfasis especial en el tiempo de inicio, el efecto máximo, la duración y el mecanismo de acción,

los efectos hemodinámicas y la forma en que modifican la perfusión orgánica, los efectos adversos, la toxicidad, la vía y el tiempo de eliminación.

En el primer nivel de atención se prestará tratamiento a los pacientes con HAS, etapas 1 y 2. Los casos de HAS etapa 2, más complicaciones cardiovasculares, o bien HAS etapa 3, con HAS secundaria, y los casos de HAS asociada al embarazo, como la enfermedad hipertensiva del embarazo, serán referidos al especialista para su atención. También serán referidos al especialista los casos con padecimientos concomitantes, que interfieran con la HAS, y en general, todos aquellos pacientes, que el médico de primer contacto así lo juzgue necesario.

El médico, con apoyo del equipo de salud, tendrá bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico conforme a lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998.

El manejo no farmacológico consiste en:

- Mantener el control de peso.
- Realizar actividad física, evitar el sedentarismo.
- Restringir el consumo de sal.
- Restringir el consumo de alcohol.
- Restringir el consumo de Tabaco.
- Llevar a cabo una ingestión suficiente de potasio.
- Alimentación idónea.
- Disminuir la ingestión de grasas saturadas y de colesterol dietéticos para la salud cardiovascular.

El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modo de acción, las indicaciones y las contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico.(Mark, Beers, 2004).

Los grupos de medicamentos recomendables, son:

- **Diuréticos tiazídicos;** Hidrocloritiacida, Clortalidona, Metolazona e Indapamida.
- **Diuréticos de ASA;** Furosemide, Bumetanida y Torsemida
- **Bloqueadores Beta Adrenérgicos;** Metoprolol, Propanolol, Timolol, Acebutol, Bisoprolol e hidroclorotiácida.

- **Bloqueadores Alfa Adrenérgicos;** Prazosin, Terazosin.
- **Vasodilatadores directos;** Hidralacina, Minoxidil.
- **Antagonistas alfa centrales;** Clonidina, Metildopa.
- **Bloqueadores de canales de calcio;** No derivados de la Dihidropirina (Verapamil), Dihidropirinas (Amlodipina, Felodipina, Nifedipina, Nisoldipina).
- **Inhibidores de la ECA;** Captopril, Enalapril, Ramipril y Benazepril.
- **Bloqueadores de angiotensina II;** Losartán, Losartán e hidroclorotiacida y Valsartán.

A menos que existan contraindicaciones o el médico no lo juzgue apropiado, se recomienda iniciar el tratamiento del paciente de reciente diagnóstico con un diurético o un beta-bloqueador a dosis bajas, haciendo ajustes en la dosis de acuerdo con la evolución clínica del paciente. (Mark, Beers, 2004).

DIABETES: Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

DIABETES MELLITUS

La diabetes es una enfermedad crónica que describe un desorden metabólico de etiología múltiple y aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

CLASIFICACION:

La DM abarca cuatro grupos de entidades:

- Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
- Otros tipos específicos de diabetes
- Diabetes mellitus gestacional (DMG)

Diabetes Mellitus Tipo 2: Tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos. (NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus).

SINTOMAS

Descritos por las **4Ps**:

- 1) Poliuria, secreción y emisión extremadamente abundante de orina
- 2) Polidipsia, sed excesiva
- 3) Polifagia, hambre voraz o excesiva
- 4) Pérdida inexplicable de peso
 - Visión borrosa
 - Vértigo
 - Escasa resistencia al esfuerzo
 - Sensación de mareo al pasar a la posición erguida (hipotensión ortostática)
 - Signo de deshidratación

Los síntomas pueden ser causados por las complicaciones que se desarrollan de manera progresiva durante años.

- Dolor torácico o un ataque cardíaco (por escaso flujo de sangre al corazón)
- pérdida repentina de fuerza
- Pérdida de sensibilidad
- Pérdida de coordinación
- Pérdida del lenguaje
- Pérdida de la visión, por el daño de los vasos sanguíneos, (retinopatía), aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión
- Accidente cerebro vascular (por escasa circulación al cerebro)
- Dolor o parestesias y hormigueo en las manos y en los pies (neuropatía diabética)
- Dolor de piernas al caminar (claudicación)
- Afecciones en la piel por el escaso flujo sanguíneo.

(Mark, Beers, 2004).

DIAGNÓSTICO

Se establece el diagnóstico de prediabetes cuando la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o igual de 125 mg/dl (GAA) y/o cuando la glucosa dos hrs. post-carga oral de 75 g de glucosa anhidra es igual o mayor a 140 mg/dl y menor o igual de 199 mg/dl (ITG).

Se establece el diagnóstico de diabetes si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl; o bien glucemia ≥ 200 mg/dl a las dos hrs. después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua, sin olvidar que en la prueba de ayuno o en la PTOG, o en ausencia de síntomas inequívocos de hiperglucemia, estos criterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente. (NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus).

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es mantener los niveles de azúcar en la sangre dentro de los valores normales, prevenir o controlar los síntomas y reducir el riesgo de desarrollar complicaciones.

Modificación de las costumbres diarias, el régimen, la actividad física, los fármacos (para la mayoría de las personas).

el tratamiento farmacológico se inicia si la dieta y el ejercicio no bajan adecuadamente los niveles de azúcar en la sangre, o cuando las condiciones de vida de la persona, su estado físico o sus motivaciones hacen impracticables la dieta y el ejercicio.

Hipoglucemiantes Orales:

- Biguanidas; Metformina, Metformina de liberación retardada.
- Sulfonilureas; Glimepirida, Gliburida, Tolbutamida.
- Derivados del meglutimide; Nateglinida, Repaglinida
- Tiazolidonas; Pioglitazona, Rosiglitazona
- Inhibidores de la glucosidasa; Acarbosa, Miglitol

Algunos de estos fármacos funcionan estimulando la producción de insulina por el páncreas, otros aumentan la respuesta del organismo a la insulina que produce y otros bloquean la absorción intestinal del azúcar.

La insulina se aplica cuando si los Hipoglucemiantes orales no son capaces de controlar por sí solos y de modo adecuado los niveles de azúcar en sangre.

Tipos de Insulina:

- Insulina ultrarrápida (como lispro o aspart), efecto más rápido y más breve, se aplica 5 min antes de las comidas o justo después de haber comido, alcanza su máximo efecto entre 45 y los 75 min y actúa durante 2 o 4 horas.

- Insulina Rápida (insulina regular), se aplica 30 y 60 min antes de la comida, alcanza su máximo efecto entre las 2 y las 4 horas y actúa durante 6 u 8 horas.
- Insulina Intermedia (como la lenta o el NPH), empieza a actuar a las 2 o 3 horas, alcanza su máximo efecto entre las 6 y las 10 horas, y actúa durante 18 o 26 horas. Puede utilizarse en la mañana para controlar los niveles de azúcar en la sangre en la primera parte del día, o por la tarde para controlar los niveles de azúcar en la sangre durante la noche.
- Insulina de Acción Prolongada (como la ultralenta o glargine), empieza a actuar muy lentamente, pero su efecto dura entre 24 y 36 horas. Generalmente tiene su máximo efecto entre las 14 y las 24 horas, está actúa continuamente con un mismo nivel de eficacia. (Mark, Beers, 2004).

FACTORES DE RIESGO:

- Sobrepeso y obesidad IMC mayor de 25Kg/m²
- Sedentarismo
- Familiares de primer grado (padres) con diabetes
- ≥ 45 años de edad
- Las mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4 kg) y/o con antecedentes obstétricos de diabetes gestacional
- Mujeres con antecedente de ovarios poliquísticos
- Hipertensión arterial ($\geq 140/90$)
- Dislipidemias (colesterol HDL ≤ 40 mg/dl, triglicéridos ≥ 250 mg/dl)
- Diagnóstico de Síndrome Metabólico.
- Pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores)
- Antecedentes de enfermedades psiquiátricas con uso de anti psicóticos

(NOM-015-SSA2-2010)

DETECCIÓN

La detección de la prediabetes y de la diabetes mellitus tipo 2 se debe realizar en la población general a partir de los 20 años de edad o al inicio de la pubertad si presenta obesidad y factores de riesgo con periodicidad de cada 3 años.

Si la glucemia capilar es <100 mg/dl y no hay factores de riesgo se realizará esta misma prueba en 3 años. Si en la detección la glucemia capilar es <100 mg/dl y el paciente presenta obesidad, sedentarismo, tabaquismo debe ser capacitado para tener alimentación correcta, realizar su plan de actividad física y suspender el tabaquismo y repetir la detección en un año. Si la glucemia es >100 mg/dl en ayuno o casual >140

mg/dl se procederá a la confirmación diagnóstica con medición de glucemia plasmática de ayuno.

PREVENCION

El objetivo de la OMS consiste en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones.

La prevención es un pilar que debe evitar la aparición de la enfermedad, el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas, para lo cual debe llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinario y estrechamente vinculado que permita, a través de sus acciones, obtener impactos en la salud del paciente con factores de riesgo asociados a diabetes mellitus o quienes ya la padecen.

Detección de diabetes entre la población general y aquellos que tengan los factores de riesgo.

Régimen Alimentario, debe promoverse un tipo de alimentación que sea útil para la prevención de la diabetes. El aporte energético total debe adecuarse, a fin de mantener un peso adecuado, evitándose planes de alimentación con menos de 1200 Kcal al día, el valor calórico total (VCT) diario de los alimentos será determinado

El VCT derivado de los macronutrientes para mantener un peso recomendable será de la siguiente manera: menos del 30% de las grasas, de lo cual no más del 7% corresponderá a las grasas saturadas, con predominio de las monoinsaturadas (hasta 15%); 50%-60% de hidratos de carbono predominantemente complejos (menos del 10% de azúcares simples), 14 g de fibra por cada 1000 kcal, preferentemente soluble. En promedio 15% de las kcal totales corresponderá a proteínas y la ingestión de colesterol no será mayor de 200 mg/día. Actividad Física y Salud, reduciendo así el creciente problema del sobrepeso y la obesidad. (NOM-015-SSA2-2010).

“EVENTO VASCULAR CEREBRAL”

Se presenta cuando una parte del cerebro es privada de sangre durante demasiado tiempo. Esa parte del cerebro muere, porque el tejido cerebral no puede sobrevivir mucho tiempo sin el oxígeno y los nutrientes aportados por la sangre. El daño que provoca en el cerebro es permanente.

DEFINICION DE LA OMS

Afección caracterizada por un rápido desarrollo de signos clínicos focales (en ocasiones globales) de la alteración en las funciones cerebrales, con una duración mayor de 24 horas o de curso fatal, sin otra causa aparente distinta de la vascular.

Es una causa importante de invalidez y muerte en el mundo. En las personas mayores de 55 años, el riesgo de un accidente cerebrovascular se duplica cada 10 años. La mayoría de las personas que mueren a causa de un accidente cerebrovascular tienen más de 65 años.

CLASIFICACION FISIOPATOLOGICA

1.- Isquemia (85%)

- Aterosclerosis grandes vasos (60%)
- Aterosclerosis pequeños vasos (20%)
- Embolígenos (15%)
- Otras causas (5%)

2.- Hemorragia (15%)

- Subaracnoidea
- Parenquimatosa

En un **accidente cerebrovascular isquémico**, existe un obstáculo que impide a la sangre alcanzar una parte del cerebro. La causa más común es la obstrucción de una arteria. Alrededor del 85 % de los accidentes cerebrovasculares son de tipo isquémico.

En un **accidente cerebrovascular hemorrágico**, se rompe un vaso sanguíneo. Por consiguiente, la sangre se escapa hacia el interior del tejido cerebral o a su alrededor. Esa sangre irrita el tejido cerebral y se acumula rápidamente, la acumulación de sangre causa tumefacción, con aumento de la presión y lesión del tejido cerebral. La acumulación de sangre también obstaculiza el aporte sanguíneo al tejido cerebral. Un accidente cerebrovascular hemorrágico generalmente implica una hemorragia dentro del cerebro (hemorragia intracerebral) o una hemorragia entre dos de las capas de tejido que revisten el cerebro (hemorragia subaracnoidea). En mayores de 60 años, la hemorragia intracerebral es más frecuente que la subaracnoidea. (Mark H, Beers, 2004).

EPIDEMIOLOGIA

- EVC 3ª causa de muerte en países desarrollados, actualmente 6ª en México. (OMS).
- Hombres 55% Mujeres 45%
- Relación con: HAS 54%, DM 15%, Obesidad 41.4%

FACTORES DE RIESGO

- Niveles anormales de colesterol
- Aterosclerosis (llamada a veces endurecimiento de las arterias)
- Trastornos cardiacos (arritmias cardíacas, valvulopatías y ataques cardiacos).
- Diabetes
- Hipertensión arterial puede causar la formación de pequeñas dilataciones (aneurismas) en arterias pequeñas del cerebro, (los aneurismas se forman en zonas en que la pared de una arteria es débil). Estos pequeños aneurismas pueden llegar a romperse y ser causa de una hemorragia dentro del cerebro (hemorragia intracerebral).
- Fumar
- Inactividad física
- Sobrepeso
- Consumo de grandes cantidades de alcohol

Las personas que han tenido un accidente isquémico transitorio (AIT) son más propensas a tener un (EVC), habitualmente dentro del mes siguiente, y a menudo en los dos primeros días. En un AIT, algo interrumpe temporalmente el aporte de sangre al cerebro.

Otros trastornos pueden aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular, pero la relación es menos clara. Incluyen las inflamaciones (como las de la enfermedad periodontal o la artritis reumatoide), la tendencia de la sangre a coagular con demasiada facilidad y un elevado nivel de homocisteína en la sangre (hiperhomocisteinemia). Con la edad los niveles de homocisteína tienden a aumentar.

Estallidos y roturas: causas de accidente cerebrovascular hemorrágicos

Cuando los vasos sanguíneos del cerebro son débiles, anormales o están sometidos a una presión inhabitual, se puede presentar un evento vascular cerebral hemorrágico.

La hemorragia se puede producir dentro del cerebro (como una hemorragia intracerebral) o entre las capas interna y media de las membranas que revisten el cerebro (como una hemorragia subaracnoidea). El cerebro está revestido por tres

membranas: una capa más externa (duramadre), una capa media (aracnoides) y una capa más interior (piamadre).

Un evento vascular cerebral hemorrágico puede ser consecuencia de un evento vascular cerebral isquémico. La falta de sangre y oxígeno inducida por un evento vascular cerebral isquémico puede dañar los vasos sanguíneos, debilitando sus paredes.

Un evento vascular cerebral afecta a un solo lado del cuerpo

En los casos más frecuentes, un accidente cerebrovascular lesiona un solo lado del cerebro. El cerebro consta de dos mitades: los hemisferios derecho e izquierdo.

El hemisferio derecho controla el lado izquierdo del cuerpo, y viceversa. Ya que la mayoría de los accidentes cerebrovasculares afectan a un solo lado del cerebro, afectan también a un solo lado del cuerpo, el opuesto al de la lesión causada por el trastorno. El lado afectado es el opuesto porque los nervios procedentes de un lado del cerebro cruzan al lado opuesto del cuerpo. (Mark H, Beers, 2004).

SINTOMAS

- Dificultad repentina para moverse o repentinamente sensaciones anómalas en un solo lado del cuerpo, la parte afectada puede sentirse débil o imposible de mover (paralizada). O puede dar sensación de hormigueo, picadura o entumecimiento.
- Dificultad para hablar
- Modificaciones repentinamente de la visión, sobre todo en un sólo ojo, (empañada o borrosa)
- Pérdida repentina del equilibrio y de la coordinación
- Mareo repentino
- Cefalea repentina e intensa sin causa aparente (EVC Hemorrágico)
- Dificultad para tragar
- Dificultad para caminar
- Pérdida auditiva parcial

- Escape incontrolable de orina (incontinencia urinaria)
- Pérdida de control de las evacuaciones (incontinencia fecal)
- Dificultad para recordar dónde se encuentran, qué hora es y para reconocer a los demás (trastornos de orientación)
- Problemas con el habla y con el lenguaje; dificultad para expresarse o para comprender a otras personas (afasia), dificultad física para articular las palabras, trastorno de la articulación del lenguaje debido a lesiones orgánicas en los núcleos o vías del SNC (disartria).
- Sobre todo en el EVC hemorrágico puede inducir las náuseas, vómitos y somnolencia.
- A veces, un EVC puede llevar al coma.
- Algunos EVC causan ascensos y descensos erráticos de la presión arterial e irregularidades respiratorias y del ritmo cardíaco.

El tipo de síntomas que se manifiestan y su gravedad dependen no sólo de cuánto tejido cerebral está afectado sino también de qué área del cerebro está afectada.

(Mark H, Beers, 2004).

Bases para el diagnóstico

- Inicio repentino de déficit neurológicos característicos
- Los pacientes a menudo presentan antecedentes de HAS, DM, enfermedad cardíaca valvular o aterosclerosis
- Los signos neurológicos distintivos reflejan la región afectada del encéfalo

Estudios Diagnósticos

De manera inicial:

- Biometría hemática con cuenta de plaquetas
- Química sanguínea que incluya colesterol y glucosa
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Ultrasonido Doppler para evaluar el flujo sanguíneo cerebral, valorando su velocidad, además de que puede detectar la existencia de vasoespasmo en pacientes con hemorragia subaracnoidea y permite diagnosticar y confirmar el diagnóstico de muerte cerebral.

- Tomografía computarizada de cráneo puede demostrar hipodensidades hasta en 20% de los casos.
- Arteriografía cerebral es el procedimiento diagnóstico más exacto para confirmar la lesión vascular.
- El estudio de imagen por resonancia magnética es eficaz para demostrar los infartos de manera más temprana que la tomografía (durante las primeras 24hr). (Mark H, Beers, 2004).

Pronostico

El pronóstico para sobrevivir después de un infarto cerebral es mejor que después de una hemorragia cerebral o subaracnoidea. La pérdida del estado de alerta y conciencia después de un evento empeora el pronóstico más que en cualquier otro caso.

Tratamiento

Cuando una persona que ha tenido un accidente cerebrovascular llega al hospital,, se le deben de normalizar, si es necesario, la respiración, la frecuencia cardiaca y la presión arterial. Primero se le inserta un catéter intravenoso para ministrarle los líquidos y fármacos que sean necesarios. Si tiene dificultad para respirar, se le administra oxígeno, a veces puede ser necesario intubarse. después se realizan las pruebas de laboratorio para identificar la causa del accidente cerebrovascular.

El tratamiento específico depende del tipo de accidente cerebrovascular.

Accidente cerebrovascular isquémico: a veces se utiliza un fármaco llamado activador de plasminógeno tisular (o alteplasa), que actúa disolviendo los coágulos, debe administrarse por vía intravenosa en las tres horas siguientes a la manifestación de los primeros síntomas, éste contribuye a restablecer el flujo sanguínea, ayuda a limitar la amplitud del daño cerebral. Sin embargo puede aumentar el riesgo de hemorragia en o alrededor del cerebro. Si un accidente cerebrovascular está empeorando, a veces se administra heparina (un anticoagulante) para reducir el riesgo de coágulos sanguíneos.

Accidente cerebrovascular hemorrágico: después de este tipo de accidente, es importante controlar la presión arterial para evitar que suba o baje demasiado. Pueden administrarse fármacos como el manitol, para reducir el edema cerebral y reducir la presión en el área afectada. A veces se coloca un tubo de drenaje en el cerebro para reducir la presión. Algunas personas se benefician del empleo de un ventilador mecánico. En caso de hemorragia subaracnoidea, se puede intervenir con cirugía o con otro método (con un catéter), para reparar el aneurisma u otra anomalía y evitar así que la hemorragia continúe o recurra.

La asistencia de hospitales se centra en la prevención de los problemas derivados del accidente cerebrovascular y en la rehabilitación.

(Mark H, Beers, 2004).

DESCRIPCION DEL

CASO CLINICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: H.M.S.P

EDAD: 53 años

FECHA DE NACIMIENTO: 20 de Abril de 1957

SEXO: Masculino

OCUPACION: Mecánica Automotriz

RELIGIÓN: Católica

ESTADO CIVIL: Casado

LUGAR DE NACIMIENTO: Estado de México

DOMICILIO PARTICULAR: Av. Minas Palacio #123, San Rafael Chamapa, Naucalpan Estado de México.

EXPEDIENTE: 0680-57-1424-0 1M1957ord

DX. DE INGRESO:

- Emergencia Hipertensiva, con daño a órgano blanco (cerebro);
- Evento Vascular Cerebral Hemorrágico
- Diabetes Mellitus Tipo 2 descontrolada

FECHA DE INGRESO: 15-04-11

FECHA DE EGRESO: 25-04-11

FUENTE DE INFORMACIÓN: Directa e Indirecta (Expediente).

DATOS GENERALES:

15 de Abril del 2011

Paciente Masculino de 53 años, edad aparente mayor a la cronológica originario y residente del Estado de México, Secundaria completa (3 años), fecha de nacimiento 20 de Abril de 1957, casado, vive con su esposa y 4 hijos solteros, se dedica a la Mecánica, trabajando en una empresa como empleado, religión católica no practicante.

AHF: Padres con antecedentes de DM II y HAS.

APNP: Habita en casa propia, techo de concreto, paredes de ladrillo, piso de cemento, cuenta con todos los servicios de urbanización, zoonosis negadas, baño y cambio de ropa diario, alimentación inadecuada en cantidad y calidad, toxicomanías; tabaquismo desde los 17 años (30 cigarrillos al día) suspendido a los 25 años, alcoholismo + mismo tiempo llegando a la embriaguez, ahora solo de tipo social, grupo de sangre RH O+.

APP: DM II de 7/12 de evolución control con Metformina 1 tab c /24hrs, HAS de 3/12 de evolución tratamiento con Enalapril 1 tab cada 24 hrs en forma irregular. Alérgicos, traumáticos, transfusionales y quirúrgicos interrogados y negados.

PA: Inicia su padecimiento el día 13 de Abril del presente cuando se dirigía a su trabajo por la mañana, cuando al hacer un coraje en el transporte (Microbús) con choferes, presenta adormecimiento de brazo izquierdo y posterior cara y miembro pélvico del mismo lado, cae de su altura sin perder el conocimiento y es trasladado por Cruz Roja a HGZ 58 del IMSS, una vez estabilizado se traslada a esta unidad por zonificación.

EF: Consciente, activo, reactivo con palidez de tegumentos, mucosa oral hidratada, pupilas normoreflexivas, isocóricas, narinas permeables, Campos pulmonares con murmullo vesicular presente sin alteración aparente, abdomen blando depresible, globoso a expensas de panículo adiposo, extremidades íntegras, sin edema, llenado capilar de 2 seg, con hemiparesia fasciocorporal izquierda y disminución de la fuerza muscular 3/5.

Tratamiento intrahospitalario:

*AHNO/Dieta líquida en el transcurso del día

*Solución fisiológica al 0.9% 1000cc p/24hrs + 1gr de sulfato de Magnesio

*Clonixinato de lisina 100mg IV c/8hrs

*Omeprazol 40mg IV c/12hrs

*Metoclopramida 10mg IV c/8hrs

*DFH 125mg IV c/8hrs

*Vitamina C 1gr IV c/8hrs.

*Felodipino 10mg VO c/12hrs

*Enalapril 10mg VO c/8hrs

*Nitroglicerina caps 0.8mg SL DU

*Destroxitis c/6hrs

“EXAMENES DE LABORATORIO”

15/Abril/2011

EXAMENES DE LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
Q.S Y E.S			La única patología que se observa con estos resultados de laboratorio es la hiperglucemia, al ser diabético nos habla de su mal control el cual es factor pronostico para un evento de esta índole con repercusiones en la macro y micro circulación; el mandar realizar una química sanguínea completa, nos habla del funcionamiento renal a corto y largo plazo por la Creatinina, aquí presenta una elevación de la urea, pero no es significativa para un daño renal, también se busca una posible anemia, la cual complicaría mas al paciente, en la diferencial nos habla de una
GLUCOSA	70.00-105.00	*153mg/dl	
BUN (NITROGENO UREICO)	7.00-18.00	*34 mg/dl	
CREATININA	0.60-1.30	1.2 mg/dl	
SODIO	135.00-145.00	139mmol/L	
POTASIO	3.60-5.00	3.71mmol/L	
CLORO	101.00-111.00	*111.6mmol/L	
UREA	15.00-38.00	*73 mg/dl	
BH:			
LEUCOCITOS	5.00-10.00	8.1	
ERITROCITOS	3.50-5.00	4.31	
HEMOGLOBINA	11.50-16.50	12.7	
HEMATOCRITO	37.00-54.00	37.1	
MCV VOL CORPUSCULAR MEDIO	80.00-100.00	86.0	
Hgb. CORPUSCULAR MEDIO	27.00-34.00	29.5	
CONT.MED.Hgb CORPUSCULAR	33.00-35.00	34.00	
PLAQUETAS	150.00-450.00	199	

LINFOCITOS%	24.00-38.00	*21.9	posible infección pero en el paciente no la hay, ya que el proceso es agudo. el resto de los valores están correctos y no son significativos.
MONOCITOS%	4.00-9.00	5.0	
NEUTROFILOS%	45.00-65.00	*72.8	
EOSINOFILOS%	1.00-4.00	*0.0	
BASOFILOS%	0.00-1.00	0.3	
LINFOCITOS#	1.20-3.40	1.8	
MONOCITOS#	0.00-0.70	0.4	
NEUTROFILOS#	1.40-6.50	5.9	
EOSINOFILOS#	0.00-0.70	0.0	
BASOFILOS#	0.00-0.20	0.0	
ANCHO DE DISTRIBUC.ERITORC.	11.60-16.50	15.2	No se conocen cifras previas a su ingreso en el servicio de urgencias, lo que es parte de las condicionantes que provocan el EVC como tal, estudios y bibliografías reportan que un paciente mal controlado tiene mayor probabilidad de presentar EVC con daño a órgano blanco y más extenso, en este estudio falto investigar los niveles de lípidos, colesterol, triglicéridos, HDL y LDL, ya que estos son valores predictivos de posible daño por trombolisis.
VOLUMEN PLAQ.MEDIO	7.40-11.00	8.6	
COAGULACION:			
TIEMPO DE PROTOMBINA		*12.8	
% DE ACTIVIDAD	60.00-110.00	79	
INR	0.90-1.50	1.06	
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA		*32.9	
TESTIGO TP		12	
TESTIGO TPT		29	

“EXAMENES DE LABORATORIO”

18/Abril/2011

EXAMENES DE LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
Q.S Y E.S			Se observa que hay una disminución de los niveles de glucosa, esto se logró a base de una dieta especial para diabético.
GLUCOSA	70.00-105.00	*115mg/dl	
BUN (NITROGENO UREICO)	7.00-18.00	17 mg/dl	
CREATININA	0.60-1.30	1.1 mg/dl	
SODIO	135.00-145.00	138.7mmol/L	
POTASIO	3.60-5.00	3.38mmol/L	
CLORO	101.00-111.00	*109.2mmol/L	
UREA	15.00-38.00	36 mg/dl	

VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

“RESUMEN DE DATOS RELEVANTES”

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DATOS OBJETIVOS: **Nariz:** central y narinas permeables, sin hipertrofia de cornetes ni secreciones. **Cavidad oral:** hidratada, cuenta con todas sus piezas dentales, coloración de la piel y labios pálidos, **Cuello:** Muestra flexibilidad, sin dolor a la palpación. **Tráquea:** central, pulsos carotídeos presentes sin alteración aparente. **Tórax:** Normolineo, campos pulmonares bien ventilados, no se integra síndrome pleuropulmonar, ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono, ritmo, intensidad y frecuencia F.C 78x´ sin datos de soplos, F.R. 24x´, con una elevación de la T/A de 160/120 mm de Hg.

DATOS SUBJETIVOS: Refiere disnea de medianos esfuerzos cefalea y dolor precordial tipo opresivo.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

DATOS OBJETIVOS: Durante su estancia hospitalaria permanece en ayuno, en el transcurso del día se le indica dieta líquida, en su domicilio realiza 3 comidas al día, sin colaciones, con horario irregular, en ocasiones acompañado por sus familiares, en un ambiente agradable, consume 2 litros de agua al día, desconoce cuánto pesaba antes de su padecimiento. **Oro faringe:** sin alteración aparente, tiroides no palpable, no se palpan cadenas ganglionares.

Presenta dificultad para deglutir por la desviación de la comisura labial hacia la derecha y palidez de tegumentos, su peso actual es de 93.400kg, talla 1.75, su I.M.C es de 30.52 lo cual indica una obesidad grado I. Disminución de la fuerza muscular 3/5.

DATOS SUBJETIVOS: Su alimentación en su domicilio es deficiente en cuanto a calidad y cantidad por su horario de trabajo, consume muy pocas frutas, y verduras, en sus alimentos consume irritantes como el café, refresco y picante. Manifiesta dificultad para masticar y deglutir ya que tiene hemiparesia fasciocorporal izquierda.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

DATOS OBJETIVOS: Orino 7 veces durante el día, en abundante cantidad, su color es incolora, con olor sui generis, **Abdomen:** Blando depresible, globoso a expensas de panículo adiposo, con peristalsis presente sin datos de irritación peritoneal. **Genitales:** De acuerdo a edad y sexo. **Ano y recto:** Aparentemente sin obstrucción.

DATOS SUBJETIVOS: Evacua una vez al día. Durante su estancia hospitalaria no ha evacuado ya que ha permanecido en ayuno durante 2 días.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:

DATOS OBJETIVOS : Su alineación en este momento es incorrecta ya que presenta hemiparesia de lado izquierdo, no se le permite levantarse de su camilla ya que son muy reducidas en espacio y un poco altas, **Extremidades:** Integras, simétricas, eutróficas y sin alteraciones, neurológico con disminución de la fuerza muscular del hemicuerpo izquierdo, 3/5, pulsos distales y reflejos tendinosos, llenado capilar de 2 seg. No presenta edema.

DATOS SUBJETIVOS: Su ocupación es empleado de Mecánica, trabaja en una empresa, permanece de pie más de 6 horas, toma descanso de 30', Se consideraba una persona activa, pero en este momento se mueve muy poco por el EVC y la hemiparesia izquierda, manifiesta dolor lumbar por la posición en decúbito dorsal.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

DATOS OBJETIVOS: Duerme de 3 a 4 horas durante su estancia hospitalaria, toma siesta de 30' o cuando le permite el ambiente intrahospitalario.

DATOS SUBJETIVOS: Su patrón de sueño es discontinuo, no concibe el sueño por la preocupación de su padecimiento, por el ruido, la iluminación y por el horario de ministración de medicamentos dentro del hospital.

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

DATOS OBJETIVOS: Usa solamente bata hospitalaria por norma de la institución, presenta dificultad para vestirse y desvestirse, por la hemiparesia y disminución de la fuerza muscular de lado izquierdo.

DATOS SUBJETIVOS: Su cambio de ropa es total y diario, considera que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales y culturales, como te ven, te tratan.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

DATOS OBJETIVOS: Normotérmico 36.5°C, con un llenado capilar adecuado de 2 seg, transpiración normal.

DATOS SUBJETIVOS: A pesar de su temperatura corporal manifiesta calor y bochorno, por la elevación de la T/A, dolor precordial y disnea de medianos esfuerzos, temperatura ambiental que le agrada es templado, se viste de acuerdo a la estación.

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

DATOS OBJETIVOS: Desde su accidente cerebrovascular a la fecha no se ha bañado, solamente se practica higiene de cara, lavado de manos antes y después de cada alimento, se observan las uñas con un tinte de grasa esto por el trabajo que desempeña de mecánico, aseo de genitales, piel integra, con palidez de tegumentos, cabello fino y seco, uñas cortas, dientes completos sin presencia de caries.

DATOS SUBJETIVOS: Necesita ayuda para practicar su higiene.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

DATOS OBJETIVOS: Oídos: pabellones auriculares de adecuada implantación, a nivel del epicanto externo de los ojos, con conducto auditivo externo permeable, **Ojos:** pupilas isocóricas normorefecticas. Camillas muy reducidas en espacio para moverse y hemiparesia fasciocorporal izquierda, con disminución de la fuerza muscular 3/5.

DATOS SUBJETIVOS: Refiere no enfermarse con frecuencia, cuenta con cartilla de vacunación y vacunas de acuerdo a su edad, conoce las medidas para prevenir accidentes y enfermedades respiratorias e intestinales, en su domicilio no detecta factores de riesgo, su familia le apoya en toda situación y tiene fijadas metas para el futuro. Su estado actual altera su imagen y se preocupa por su padecimiento y las secuelas que pudiera tener. No acude periódicamente al médico a pesar de saber su padecimiento actual de DM II Y HAS, cuenta con los servicios intra y extra domiciliarios, Zoonosis negada.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE:

DATOS OBJETIVOS: Consciente, orientado en tiempo, persona, espacio y lugar. Con afasia y disartria

DATOS SUBJETIVOS: Su familia lo considera una persona alegre, amable, tranquilo, responsable y de buen humor, lleva una vida armoniosa con ellos, tiene 6 hijos de los cuales 2 de ellos están casados y le apoyan económicamente y en cualquier situación, se siente a gusto con su pareja, antes del EVC sus necesidades sexuales estaban cubiertas en forma satisfactoria. Considera que

cualquier lugar es bueno para comunicarse con su familia y no es necesario un lugar específico.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS:

DATOS OBJETIVOS: Católico no practicante, a veces los domingos acude a misa.

DATOS SUBJETIVOS: No necesita ninguna imagen religiosa que le ayude en su tratamiento, de acuerdo a su religión responde a su enfermedad con resignación.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

DATOS OBJETIVOS: Por su estado actual tiene que dejar por un tiempo su trabajo pero para no perderlo definitivamente tiene que tramitar incapacidad por enfermedad general hasta recuperarse por completo o ser pensionado, no podrá realizar actividades que le satisficieran física y emocionalmente

DATOS SUBJETIVOS: Se dedica a empleado en una empresa como mecánico, su trabajo lo realiza de buen humor, se siente tranquilo y está satisfecho con lo que hace, su esposa e hijos le apoyan y ayudan económicamente.

13.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DATOS OJETIVOS: No podrá realizar por un determinado tiempo las actividades recreativas como lo hacía antes de su padecimiento, ahora tendrá que dedicarse a su rehabilitación ya que después de su alta será enviado a dicho tratamiento en Magdalena de las Salinas.

DATOS SUBJETIVOS: En sus tiempos libres lee, ve televisión y sale de paseo con su pareja y en ocasiones con sus hijos al parque.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

DATOS OBJETIVOS: No contaba con información acerca de sus patologías, tipo de alimentación que debe consumir, cuidados y tratamiento.

DATOS SUBJETIVOS: Sabe leer, escribir, recuerda con facilidad hechos del día anterior, números telefónicos, hechos de su infancia, ve y escucha adecuadamente, manifiesta interés por aprender acerca de su padecimiento.

ANALISIS DE DATOS

“ANALISIS DE DATOS”

NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	CONDICION
1.- Oxigenación	Cavidad oral: hidratada, cuenta con todas sus piezas dentales, coloración de la piel y labios pálidos, T/A de 160/120, F.C 78x', F.R. 24x', Ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono, ritmo, intensidad y frecuencia	Refiere disnea de medianos esfuerzos cefalea y dolor precordial tipo opresivo.	Dependiente
2.- Nutrición e hidratación	Presenta dificultad para masticar y deglutir, por la desviación de la comisura labial hacia la derecha, palidez de tegumentos, su peso actual es de 93.400kg, talla 1.75, su I.M.C es de 30.52 lo cual indica una obesidad grado I. Disminución de la fuerza muscular 3/5.	Su alimentación en su domicilio es deficiente en cuanto a calidad y cantidad por su horario de trabajo, consume muy pocas frutas, y verduras, en sus alimentos consume irritantes como el café, refresco y picante, manifiesta dificultad para masticar y deglutir ya que tiene hemiparesia fasciocorporal izquierda.	Dependiente

3.- Eliminación	Orinó 7 veces durante el día, en abundante cantidad, su color es incolora, con olor sui generis.	Evacua una vez al día. Durante su estancia hospitalaria no ha evacuado ya que ha permanecido en ayuno durante 2 días.	Independiente
4.- Moverse y mantener una buena postura	Su alineación es incorrecta ya que presenta hemiparesia de lado izquierdo, no se le permite levantarse de su camilla ya que son muy reducidas en espacio y un poco altas, disminución de la fuerza muscular del hemicuerpo izquierdo, 3/5, pulsos distales y reflejos tendinosos, llenado capilar de 2 seg. No presenta edema.	Su ocupación es empleado de Mecánica, trabaja en una empresa, permanece de pie más de 6 horas, toma descanso de 30', Se consideraba una persona activa, pero en este momento se mueve muy poco por el EVC y la hemiparesia izquierda, manifiesta dolor lumbar por la posición en decúbito dorsal.	Dependiente
5.- Descanso y sueño	Duerme de 3 a 4 horas durante su estancia hospitalaria, toma siesta de 30' o cuando le permite el ambiente	Su patrón de sueño es discontinuo, no concibe el sueño por la preocupación de su padecimiento, por el ruido, la iluminación y por	Parcialmente Dependiente

	intrahospitalario.	el horario de ministración de medicamentos dentro del hospital.	
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	Usa solamente bata hospitalaria por norma de la institución, presenta dificultad para vestirse y desvestirse por la hemiparesia y disminución de la fuerza muscular.	Su cambio de ropa es total y diario, considera que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales y culturales, como te ven, te tratan.	Dependiente
7.- Termorregulación	Normotérmico 36.5°C, con un llenado capilar adecuado de 2 seg, transpiración normal.	A pesar de su temperatura corporal manifiesta calor y bochorno, por la elevación de la T/A, dolor precordial y disnea de medianos esfuerzos, temperatura ambiental que le agrada es templado, se viste de acuerdo a la estación.	Independiente
8.- Higiene y protección de la piel	Desde su accidente cerebrovascular a la fecha no se ha bañado, solamente se practica higiene de cara, lavado	Necesita ayuda para practicar su higiene.	Dependiente

	de manos antes y después de cada alimento, se observan las uñas con un tinte de grasa esto por el trabajo que desempeña de mecánico, aseo de genitales, piel integra, con palidez de tegumentos, cabello fino y seco, uñas cortas, dientes completos sin presencia de caries.		
9.- Evitar peligros	Ve y escucha bien, se le dificulta caminar, por la hemiparesia fasciocorporal izquierda, con disminución de la fuerza muscular 3/5. Camillas muy reducidas en espacio para moverse.	Conoce las medidas para prevenir accidentes y enfermedades respiratorias e intestinales, en su domicilio no detecta factores de riesgo. No acude periódicamente al médico a pesar de saber su padecimiento actual de DM II Y HAS.	Parcialmente Dependiente

10.- Comunicación	Consciente, orientado en tiempo, persona, espacio y lugar. Con afasia y disartria	Su familia lo considera una persona alegre, amable, tranquilo, responsable y de buen humor, lleva una vida armoniosa con ellos, tiene 6 hijos de los cuales 2 de ellos están casados y le apoyan económicamente y en cualquier situación.	Parcialmente Dependiente
11.- Practicar su religión	Católico no practicante, a veces los domingos acude a misa.	No necesita ninguna imagen religiosa que le ayude en su tratamiento, de acuerdo a su religión responde a su enfermedad con resignación.	Independiente
12.- Trabajo y realización	Por su estado actual tiene que dejar por un tiempo su trabajo pero para no perderlo definitivamente tiene que tramitar incapacidad por enfermedad gral hasta recuperarse por completo o ser pensionado, no podrá realizar	Se dedica a empleado en una empresa como mecánico, su trabajo lo realiza de buen humor, se siente tranquilo y está satisfecho con lo que hace, su esposa e hijos le apoyan y ayudan económicamente.	Dependiente

	actividades que le satisfacían física y emocionalmente.		
13.- juego y recreación	No podrá realizar por un determinado tiempo las actividades recreativas como lo hacía antes de su padecimiento, ahora tendrá que dedicarse a su rehabilitación ya que después de su alta será enviado a dicho tratamiento en Magdalena de las Salinas.	En sus tiempos libres lee, ve televisión y sale de paseo con su pareja y en ocasiones con sus hijos al parque.	Dependiente
14.- Aprendizaje	No contaba con información acerca de sus patologías, tipo de alimentación que debe consumir, cuidados y tratamiento.	Sabe leer, escribir, recuerda con facilidad hechos del día anterior, números telefónicos, hechos de su infancia, ve y escucha adecuadamente, manifiesta interés por aprender acerca de su padecimiento.	Parcialmente Dependiente

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

“JERARQUIZACION DE NECESIDADES”

NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	JERARQUIZACION DE NECESIDADES
1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN	NECESIDAD DE OXIGENACIÓN
2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	NECESIDAD DE ELIMINACIÓN
3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN	NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN
4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA
5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO	NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS
6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO
7.-NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN	NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL
8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	NECESIDAD DE COMUNICARSE
9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS	NECESIDAD DE APRENDIZAJE
10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE	NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE
11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES	NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN
12.-NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE	NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS
13.-NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES
14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE	NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

CONSTRUCCION DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- 1.- Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación M/P disnea, aleteo nasal, Ortopnea, ansiedad y elevación de T/A.

- 2.- Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades R/C aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas M/P concentración de alimentos al final del día y
Peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal.

- 3.- Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes.

- 4.- Deterioro de la movilidad física R/C disminución de la fuerza muscular M/P inestabilidad postural y movimientos descoordinado.

- 5.- Riesgo de caídas R/C fisiológico: Deterioro de la movilidad física.

PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
2° Nivel	Neurología	Urgencias	RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 4 Actividad/reposo		CLASE: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar	DOMINIO: II Salud fisiológica.	➤ Frecuencia respiratoria	DGRN 1	Se mantiene en: 3 Llevar a: 4
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			CLASE: E Cardiopulmonar.	➤ Ritmo respiratorio	DSRN 2	Se mantiene en: 3 Llevar a: 4
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Patrón respiratorio ineficaz (00032). P/138.			➤ Estado respiratorio (0415).		DMRN 3	
FACTORES RELACIONADOS: ➤ Hiperventilación						DLRN 4
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: ➤ Disnea ➤ Aleteo nasal ➤ Ortopnea ➤ Ansiedad ➤ Elevación de T/A				➤ Disnea de pequeños esfuerzos	SDRN 5	
				➤ Inquietud	Grave 1	Se mantiene en: 3 Llevar a: 4
				➤ Aleteo nasal	Sustancial 2	Se mantiene en: 3 Llevar a: 4
					Moderado 3	
					Leve 4	Se mantiene en: 4 Llevar a: 5
					Ninguno 5	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 2 Fisiológico complejo	CLASE: K Control respiratorio	CAMPO: 2 Fisiológico complejo	CLASE: K Control respiratorio
INTERVENCIÓN: Oxigenoterapia (3320)		INTERVENCIÓN: Monitorización respiratoria (3350)	
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas ➤ Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado ➤ Administrar oxígeno suplementario ➤ Vigilar el flujo de litro de oxígeno ➤ Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente ➤ Disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad y enseñar al paciente en consecuencia ➤ Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido ➤ Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno ➤ Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones ➤ Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral ➤ Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire ➤ Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren y empeoren ➤ Observar si se producen crepitantes, si es el caso 	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería
- 2.- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011 Ed. Elsevier Barcelona España 2010.
- 3.- SUE MOORHED Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Cuarta Edición, Ed. Elsevier Barcelona España 2009
- 4.- Gloria M. Bulechek Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Quinta Edición, Ed. Elsevier Barcelona España 2009

ELABORO: Vázquez Martínez Rosa María	COORDINO: Lic. Enf. María Concepción Varela López.	FECHA DE ELABORACIÓN: Julio 2011
---	---	---

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
			RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
2° Nivel	Neurología	Urgencias				
DOMINIO: 2 Nutrición		CLASE: 1 Ingestión		DOMINIO: II Salud fisiológica		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			CLASE: I Regulación metabólica			
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: ➤ Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) P/ 76.			➤ Peso: masa corporal (1006)	➤ Peso ➤ Grosos del pliegue cutáneo del tríceps ➤ Tasa del perímetro cuello/cintura (hombres) ➤ Porcentaje de grasa corporal	DGRN DSRN DMRN DLRN SDRN	Se mantiene en: 3 Llevar a: 4 Se mantiene en: 3 Llevar a: 4 Se mantiene en: 3 Llevar a: 4 Se mantiene en: 3 Llevar a: 4
FACTORES RELACIONADOS: ➤ Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.			DOMINIO: II Salud fisiológica	➤ Creatinina sérica	DGRN	Se mantiene en: 3 Llevar a: 4
			CLASE: K Digestión y Nutrición	➤ Hematocrito ➤ Hemoglobina	DSRN DMRN	Se mantiene en: 4 Llevar a: 5
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: ➤ Concentración de alimentos al final del día. ➤ Peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal.			➤ Estado nutricional: determinaciones bioquímicas (1005)	➤ Glucemia	DLRN SDRN	Se mantiene en: 4 Llevar a: 5 Se mantiene en: 3 Llevar a: 4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico: Básico	CLASE: D Apoyo nutricional	CAMPO: 1 Fisiológico: Básico	CLASE: D Apoyo nutricional
INTERVENCIÓN: Asesoramiento nutricional (5246)		INTERVENCIÓN: Ayuda para disminuir el peso (1280)	
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se establecieron metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional ➤ Se determinó la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente ➤ Se facilitó la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar ➤ Se proporcionó información, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc. ➤ Se revisó con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión sanguínea o ganancias de peso ➤ Se le proporciono material informativo, como guía de comidas (pirámide de guía de alimentos y el plato del buen comer) para que conociera los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta. 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se estableció una meta de pérdida de peso semanal ➤ Se determinaron los esquemas de alimentación actuales haciendo que el paciente lleve un diario de lo que come, cuándo y dónde. ➤ Se determinó el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal ➤ Se determinó con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada ➤ Se fomentó la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables ➤ Se ayudó a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad ➤ Se le indico y planificó un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente ➤ Se recomendó el uso de sustitutos del azúcar ➤ Se indicó la asistencia a grupos de apoyo de pérdida de peso (nutrición y dietología) ➤ Se le enseñó al paciente a seleccionar las comidas, en reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada. 	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería
- 2.- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011 Ed. Elsevier Barcelona España 2010.
- 3.- SUE MOORHED Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Cuarta Edición, Ed. Elsevier Barcelona España 2009
- 4.- Gloria M. Bulechek Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Quinta Edición, Ed. Elsevier Barcelona España 2009

ELABORO: Vázquez Martínez Rosa María.	COORDINO: Lic. Enf. María Concepción Varela López.	FECHA DE ELABORACIÓN: Julio 2011
--	---	---

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
2° Nivel	Neurología	Urgencias	RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
DOMINIO: 2 Nutrición		CLASE: : 4 Metabolismo	DOMINIO: IV Conocimientos y conducta de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Causa y factores contribuyentes. ➤ Signos y síntomas de enf precoz. ➤ Papel de la nutrición en el control de la glucemia ➤ Plan de comidas prescrito ➤ Papel del ejercicio en el control de la glucemia hiperglucemia y signos relacionados ➤ Prevención de hiperglucemia ➤ Hipoglucemia y síntomas relacionados ➤ Valores límite de glucemia ➤ Impacto de una enf aguda sobre la glucemia ➤ Régimen de hipoglucemiantes orales prescrito ➤ Uso correcto de la medicación prescrita 	Ningún conocimiento	Se mantiene en: 2 Llevar a: 4	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			CLASE: S Conocimientos sobre salud.			Conocimiento escaso	Se mantiene en: 2 Llevar a: 4
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: ➤ Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) P/81			➤ Conocimiento: control de la diabetes (1820).			Conocimiento moderado	Se mantiene en: 2 Llevar a: 4
FACTORES RELACIONADOS: ➤ Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes.				Conocimiento sustancial	Se mantiene en: 2 Llevar a: 4		
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:				Conocimiento extenso	Se mantiene en: 2 Llevar a: 4		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico básico	CLASE: D Apoyo nutricional	CAMPO: 3 Conductual	CLASE: S Educación de los pacientes
INTERVENCIÓN: Manejo de la nutrición (1100)		INTERVENCIÓN: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)	
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas. ➤ Determinar las preferencias de comidas del paciente ➤ Determinar en colaboración con el dietista, si procede el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación. ➤ Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. ➤ Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. ➤ Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente. ➤ Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas. ➤ Pesarse al paciente a intervalos adecuados. ➤ Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumos de fruta) cuando sea prescrito. ➤ Dar comidas ligeras, en puré y blandas ➤ Proporcionar un sustituto de azúcar, cuando resulte oportuno. 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se evaluaron los niveles actuales de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. ➤ Se explicó la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología. ➤ Se revisó el conocimiento del paciente sobre su estado. ➤ Se describieron los signos y síntomas comunes de la enfermedad. ➤ Se le proporcionó información al paciente acerca de la enfermedad. ➤ Se le informó cómo identificar cambios en el estado físico. ➤ Se le proporcionó información a la familia. ➤ Se comentaron los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad. ➤ Se describieron las posibles complicaciones crónicas. ➤ Se remitió al paciente a centros/ grupos de apoyo. ➤ Se reforzó la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados. 	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería
- 2.- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011 Ed. Elsevier Barcelona España 2010.
- 3.- SUE MOORHED Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Cuarta Edición, Ed. Elsevier Barcelona España 2009
- 4.- Gloria M. Bulechek Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Quinta Edición, Ed. Elsevier Barcelona España 2009

ELABORO: Vázquez Martínez Rosa María.	COORDINO: Lic. Enf. María Concepción Varela López.	FECHA DE ELABORACIÓN: Julio 2011
--	---	---

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
2° Nivel	Neurología	Urgencias	RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 4 Actividad/reposo			DOMINIO: I Salud funcional			
CLASE: 2 Actividad/ejercicio			CLASE: C Movilidad			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)						
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: ➤ Deterioro de la movilidad física (00085) P/127			➤ Movilidad (0208)			
FACTORES RELACIONADOS: ➤ Disminución de la fuerza muscular.			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantenimiento del equilibrio ➤ Coordinación ➤ Marcha ➤ Movimiento muscular ➤ Movimiento ➤ Articular ➤ Mantenimiento de la posición corporal ➤ Ambulación ➤ Se mueve con facilidad 			
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: ➤ Inestabilidad postural ➤ Movimientos descoordinados			Gravemente comprometido Sustancialmente comprometido Moderadamente comprometido Levemente comprometido No comprometido			
			Se mantiene en:2 Llevar a: 4 Se mantiene en:2 Llevar a: 4 Se mantiene en:2 Llevar a: 4 Se mantiene en:2 Llevar a: 4 Se mantiene en:2 Llevar a:4 Se mantiene en:2 Llevar a:4 Se mantiene en:2 Llevar a:4 Se mantiene en:2 Llevar a:4			

	DOMINIO: I Salud funcional			
	CLASE: C Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Movimiento coordinado (0212) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resistencia de la contracción muscular ➤ Tono muscular ➤ Rapidez del movimiento ➤ Control del movimiento ➤ Estabilidad del movimiento ➤ Movimiento equilibrado ➤ Tensión muscular ➤ Movimiento en la dirección deseada ➤ Movimiento en el tiempo deseado ➤ Movimiento con la rapidez deseada ➤ Movimiento con la precisión deseada 	<p>Gravemente comprometido</p> <p>Sustancialmente comprometido</p> <p>Moderadamente comprometido</p> <p>Levemente comprometido</p> <p>No comprometido</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico Básico	CLASE: A Control de actividad y ejercicio.	CAMPO: 1 Fisiológico Básico	CLASE: A Control de actividad y ejercicio.
INTERVENCIÓN: Enseñanza actividad/ejercicio prescrito (5612)		INTERVENCIÓN: Terapia de ejercicios: control muscular (0226)	
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se informó al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/y ejercicio prescrito. ➤ Se evaluó el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito. ➤ Se le enseñó al paciente a realizar la actividad/ejercicio prescrito ➤ Se le informo al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. ➤ Se le proporcionó información acerca de los dispositivos de ayuda disponibles que puede utilizar para facilitar la práctica de la técnica requerida ➤ Se observó al paciente mientras realizaba la actividad. ➤ Se remitió al paciente al fisioterapeuta y centro de rehabilitación en Magdalena de las Salinas). 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se evaluaron las funciones sensoriales (visión, audición). ➤ Se le proporcionó privacidad al paciente durante el ejercicio durante su estancia hospitalaria. ➤ Se determinó la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividad o ejercicios. ➤ Se puso en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio. ➤ Se enseñó al paciente a explorar visualmente el lado afectado del cuerpo al realizar las actividades de la vida diaria o los ejercicios. ➤ Se le ayudó a mantener la estabilidad del tronco y/o articular proximal durante la actividad motora. ➤ Se animó al paciente a practicar ejercicios de forma independiente. 	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería
- 2.- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011 Ed. Elsevier Barcelona España 2010.
- 3.- SUE MOORHED Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Cuarta Edición, Ed. Elsevier Barcelona España 2009
- 4.- Gloria M. Bulechek Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Quinta Edición, Ed. Elsevier Barcelona España 2009

ELABORO: Vázquez Martínez Rosa María.	COORDINO: Lic. Enf. María Concepción Varela López.	FECHA DE ELABORACIÓN: Julio 2011
--	---	---

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE)

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
RESULTADO (S)	INDICADOR (ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA				
2° Nivel	Neurología	Urgencias					
DOMINIO: 11 Seguridad/protección		CLASE: 2 Lesión física		DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			CLASE: T Control de riesgo y seguridad.				
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: ➤ Riesgo de caídas (00155) P/306			➤ Conducta de prevención de caídas (1909).		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocación de barreras para prevenir caídas ➤ Uso de barandillas para agarrarse ➤ Provisión de ayuda personal ➤ Uso de medios de traslado seguros (silla de ruedas) ➤ Proporciona iluminación adecuada ➤ Adaptación de la altura adecuada de la cama ➤ Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de caídas. 		
FACTORES RELACIONADOS: ➤ Fisiológico: Deterioro de la movilidad física.					Nunca demostrado Raramente demostrado A veces demostrado Frecuentemente demostrado Siempre demostrado		
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:					Se mantiene en:4 Llevar a:5 Se mantiene en:4 Llevar a:5 Se mantiene en:4 Llevar a:5 Se mantiene en:4 Llevar a:5 Se mantiene en:4 Llevar a:5 Se mantiene en:4 Llevar a:5 Se mantiene en:4 Llevar a:5		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 4 Seguridad	CLASE: V Control de riesgos	CAMPO:	CLASE:
INTERVENCIÓN: Prevención de caídas (6490)		INTERVENCIÓN:	
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se identificó el déficit físico del paciente que puede aumentar la posibilidad de caídas en su ambiente. ➤ Se identificaron conductas y factores que afectan el riesgo de caídas. ➤ Se sugirió calzado seguro. ➤ Se instruyó al paciente para que pida ayuda al moverse. ➤ Se dispuso de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad ➤ Se ayudó a la deambulación ➤ Se le proporciono dispositivos de ayuda (silla de ruedas) ➤ Se le enseñó al paciente a utilizar un bastón ➤ Se controló la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación. ➤ Se colocaron los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. ➤ Se utilizaron barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama. 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se utilizó una alarma de cama para alertar al personal ➤ Se ayudó a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos. ➤ Se educó a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos. ➤ Se sugirieron adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad ➤ Se orientó a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos. 	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería
- 2.- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011 Ed. Elsevier Barcelona España 2010.
- 3.- SUE MOORHED Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Cuarta Edición, Ed. Elsevier Barcelona España 2009
- 4.- Gloria M. Bulechek Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Quinta Edición, Ed. Elsevier Barcelona España 2009

ELABORO: Vázquez Martínez Rosa María.	COORDINO: Lic. Enf. María Concepción Varela López.	FECHA DE ELABORACIÓN: Julio 2011
--	---	---

PLAN DE ALTA

“PLAN DE ALTA”

NECESIDADES	CUIDADOS EN CASA
1.- Oxigenación	Estar al pendiente si presenta dificultar respiratoria en caso de ser así acudir al médico de inmediato.
2.- Nutrición e Hidratación	Acudir al nutriólogo en su UMF, debe llevar su dieta correctamente, y tomar de 1.5 a 2 litros de agua diariamente.
3.- Eliminación	Comer alimentos ricos en fibra y consumir la cantidad de agua recomendada para evitar estreñimiento. No consumir laxantes químicos, de ser necesario utilizar los naturales.
4.- Moverse y mantener buena postura	Estar en constante movimiento, realizar los ejercicios que recomienda el médico de rehabilitación, no dejar perder sus citas, enseñar a los familiares para que le realicen sus ejercicios, para recuperar más rápido la movilidad.
5.- Descanso y sueño	Evitar dormirse por las tardes para que pueda dormir y descansar durante la noche, favorecer el sueño con la lectura
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	Cambio de ropa diario, usar ropa cómoda, holgada y no apretada, acorde a la temperatura ambiental, utilizar zapatos con el forro suave para evitar que presione los dedos.
7.- Termorregulación	Mantener su temperatura corporal adecuada 36 a 36.5°C, en caso de presentar fiebre acudir al médico.
8.- Higiene y protección de la piel	Su baño es diario, lavado de manos antes, durante y después de ir al baño y cada que sea necesario, lubricar su piel con la crema de su preferencia,

	<p>procurando que sea grasosa, cortar las uñas de los pies en forma recta, evitando cortarse las esquinas, en caso de recibir algún golpe estar al pendiente de que no se infecte.</p>
9.- Evitar peligros	<p>Evitar estar mucho tiempo solo, no estar cerca de las escaleras, no estar en el baño sin protección, o colocar algún apoyo como son los pasamano, utilizar silla de ruedas o una andadera, procurar que el piso no esté húmedo, usar zapatos con suela antiderrapante.</p>
10.- Comunicación	<p>Practicar el habla, hacer ejercicios en cara para mejorar su comunicación, en caso de no poder comunicarse lo puede hacer con movimientos y mímica</p>
11.- Practicar su religión	<p>Acudir a su centro de reunión cuando le sea posible, no es necesario ir diario a misa, si prefiere puede rezar en su domicilio.</p>
12.- Trabajo y realización	<p>Tramitar sus incapacidades para evitar que tenga problemas en su trabajo, llevarlo para cobrar sus incapacidades y procurar no preocuparse ya que esto podría favorecer a la elevación de la T/A.</p>
13.- juego y recreación	<p>Se puede jugar con su familia sin necesidad de salir de su casa, podría ser juegos de mesa en los que participan la mayoría de la familia y sirve para incorporarlos a las tareas del hogar.</p>
14.- Aprendizaje	<p>Se le recomienda buscar información acerca de sus padecimientos y la forma de prevenir accidentes.</p>

TRATAMIENTO

- Enalapril 20mg vía oral cada 8hrs.
- Isosorbide 10mg vía oral cada 8hrs.
- Pravastatina 20mg vía oral cada 24hrs.
- Amlodipino 5mg vía oral cada 12hrs.
- Metformina 850mg vía oral cada 8hrs, con los alimentos
- Omeprazol 40mg vía oral cada 24hrs.
- Acido acetil salicílico soluble 150mg vía oral cada 24hrs.
- Cita en el servicio de rehabilitación en magdalena de las salinas
- Cita en la consulta externa del servicio de neurología.

Rehabilitación

El objetivo principal de los cuidados al enfermo que ha sufrido un accidente cerebrovascular es ayudarlo a alcanzar el máximo grado posible de independencia.

Disposición de la habitación; el lado hemipléjico debe estar siempre situado en el centro de la habitación para favorecer la máxima estimulación sensorial. A si el paciente para realizar cual quiera actividad dentro de la habitación esta forzado a mirar hacia su lado hemipléjico.

Mientras el paciente guarda cama, lo mejor es colocarlo en decúbito lateral, tanto sobre el lado sano como sobre el lado paralizado, debiendo mantenerse extendidos en ambos casos el brazo y la pierna hemipléjicos

El decúbito sobre el lado sano es casi siempre la posición más cómoda para el paciente, y debe adoptarla para las horas de sueño nocturno. Se procurará que el paciente no esté mucho tiempo en decúbito supino. Cuando el paciente este en esta posición, el primer dedo del pie hemipléjico debe apuntar al techo. Si el paciente ha de estar cubierto con mantas o colchas, se emplearan dispositivos para evitar el roce con ellas.

➤ **Giros**

Para girar hacia el lado sano desde la posición de decúbito el terapeuta debe asistir el hombro y la cadera hemipléjicos, pero para girar hacia el lado hemipléjico el paciente debe colaborar activamente, si es posible, mediante la aducción del miembro inferior sano hacia ese lado.

➤ **Sentado en la cama**

Colocar la cabecera de la cama tan alta como sea posible, con una almohada en la espalda. El tronco estará recto y la cabeza sin apoyo. Las caderas 90° en flexión y los brazos han de estar hacia adelante, colocados en una mesa de cama, descansando sobre almohadas.

Esta misma posición debe ser adoptada cuando el paciente pasa a sedestación en silla, debiendo tener en este caso los pies bien apoyados en el suelo, con las caderas y las rodillas flexionadas 90°.

➤ **Sentar en la cama desde la posición de tumbado**

Se rueda al paciente sobre el lado hemipléjico, con la mano sana cruzada delante del tronco y apoyada en el borde de la cama.

Cuando el paciente pueda colaborar algo más, el terapeuta debe limitarse a sostener la cadera sana y guiar el hombro sano hacia atrás.

➤ **Deslizamiento sobre las nalgas**

Manteniendo las manos juntas con los brazos hacia adelante. Se trata de que el paciente transfiera el peso de un lado del cuerpo al otro, y usando movimientos coordinados de caderas y hombros, se desplace hacia el borde de la cama.

➤ **Sentar en el sillón desde la cama**

La silla debe colocarse en el lado hemipléjico. El paciente, sentado en el borde de la cama, apoyará las plantas de los pies en el suelo, con los brazos sobre los hombros del terapeuta debe dirigir el peso del cuerpo hacia adelante, elevando las nalgas, ya a continuación girar el cuerpo hacia la silla, guiando el terapeuta el movimiento desde los hombros.

➤ **Pasar del sillón a la cama**

El terapeuta está colocado en pie frente al paciente sentado. El tronco del paciente ha de inclinarse hacia adelante, con sus brazos alrededor del tronco del terapeuta.

La rodilla y el pie hemipléjicos del paciente estarán atrapados entre las rodillas y los pies del terapeuta, respectivamente, transfiriendo el peso del paciente hacia delante. Se guían los hombros del paciente hacia adelante y hacia abajo, con lo que sus nalgas se elevan. Después las manos del terapeuta se colocan en sus caderas, para facilitar la transferencia de peso. Para ayudar a que el paciente se incline hacia adelante, puede ofrecerse un taburete sobre el que apoyar las manos mientras él está con las plantas de los pies en el suelo. Es importante que, mientras esto ocurre, el pie hemipléjico esté en posición vertical respecto a la rodilla del mismo lado, sosteniendo el terapeuta si fuese necesario dicha rodilla, colocando la mano en la cadera sana, para evitar la claudicación hacia ese lado.

➤ **Bipedestación e inicio de la marcha**

El terapeuta estará colocado delante del paciente, sosteniendo el brazo y hombro hemipléjicos, estabilizando la cadera mediante apoyo en la pelvis del lado sano.

Al caminar, el terapeuta debe colocarse al lado hemipléjico del paciente e igualmente estabilizar y soportar el hombro y brazo hemipléjicos.

(Kottke, Lenhmann, 1997).

EJERCICIOS DE RECUPERACION PARA EL PACIENTE

Lo antes posible, entre el primero y cuarto días después de haber sufrido un EVC el enfermo debe comenzar a realizar los siguientes ejercicios de recuperación. Cada uno de estos ejercicios se realizará unas 20-30 veces al día en tanto que el paciente no se fatigue.

➤ **Maniobras anticapsulitis del hombro**

Con las manos entrelazadas, con el pulgar del lado paralizado sobre el del lado sano y los brazos extendidos se llevarán los brazos al frente y hacia atrás. También hacia los lados. De esta manera se consiguen arcos totales en la articulación del hombro, evitando así posibles complicaciones a este nivel.

➤ **Maniobra del Puente**

Con las rodillas flexionadas en el paciente levantará la espalda de la cama, manteniendo las rodillas juntas y los brazos extendidos sobre la cama, con las

palmas hacia abajo. Esta maniobra va encaminada a la rehabilitación a los músculos del tronco (que empiezan a actuar al mantener la pelvis elevada), los cuales cobran especial importancia:

En la función motora posterior de los miembros paralizados, ya que procurará estabilidad a las inserciones de origen de los músculos de los miembros. El paciente que fracasa en establecer la maniobra del puente fracasará mas tarde en mantener un buen equilibrio de la pelvis y patrón de la marcha.

En la función respiratoria, la rehabilitación de los músculos del tronco desempeña también importante, evitando así la aparición de neumonías.

➤ **Rodamientos**

Con los brazos extendidos y las rodillas flexionadas el enfermo girará a ambos lados de la cama. Ayudan a tener conciencia de ambas partes del cuerpo. Con la rotación del tronco se inician también movimientos activos de los miembros hemipléjicos.

➤ **Ejercicios de balance en sedestación**

Sentado en el borde de la cama, con los pies bien apoyados en el suelo y las manos extendidas y apoyadas, el enfermo se balanceará primero a un lado y después a otro. Estos ejercicios le servirán después para aprender a mantenerse sentado.

CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE HEMIPLEJICO

Aunque el paciente este en el hospital, no debe prescindir de su dentadura postiza, gafas, audífono, etc., que hagan más fáciles la realización de sus actividades de la vida diaria como la comprensión de las órdenes dadas por el terapeuta:

1. Se debe estar atento a estas cuestiones e instar a la familia a que provea al paciente de todos estos objetos mientras el paciente permanece en el hospital.
2. Función del médico es prevenir el inicio de la espasticidad. Esto se consigue cumpliendo y haciendo cumplir las medidas posturales con el fin

de que los miembros hemipléjicos estén en patrones opuestos a los de espasticidad o sinergias.

3. Iniciar las movilizaciones activas, en especial con dos ejercicios concretos: la maniobra del puente y los rodamientos.

4. Medidas anti ulcerosas por compresión.

5. Fisioterapia respiratoria con el fin de evitar infecciones respiratorias.

6. Ejercicios orolingüofaciales como abrir, cerrar y torcer la boca de un lado a otro, estirar y fruncir los labios, sacar repetitivamente los labios, sacar repetitivamente la lengua, etc. Favorecen una masticación y deglución más adecuada y posteriormente el lenguaje si el paciente esta afásico.

7. Vigilar:

(a) Aparición de fiebre (neumonía aspirativa)

(b) Aparición de infecciones micóticas como consecuencia de las alteraciones del sistema nerviosos autónomo, transpiración, et.

(c) Aparición de infecciones urinarias.

8. Hacer partícipe a la familia y al paciente de la rutina de trabajo que se inicia en el hospital y debe continuar en casa.

Es importante que el paciente haga todo lo que pueda solo, aunque sea lentamente y con supervisión: si no necesita la ayuda de una persona, debe ayudarle sólo una; si necesita la ayuda de dos personas, pueden ayudar dos. (MIRALLAS MARTÍNEZ, 2004).

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La finalidad de la aplicación del proceso enfermero es brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente, sus características son que es un método porque debemos seguir una serie de pasos, sistemático por estar conformado de cinco etapas en orden lógico y conducen al logro de resultados, humanista por considerar al hombre como un ser holístico, flexible porque lo podemos aplicar en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarlo a cualquier teoría y modelo de enfermería, e interactivo por la interrelación humano-humano con el usuario, para lograr objetivos comunes.

El disponer de una herramienta metodológica con base en el proceso enfermero, contar con instrumento de valoración de enfermería, sustentado en el modelo de Virginia Henderson y el lineamiento general para la elaboración de planes de cuidados de enfermería sustentado por la comisión permanente de enfermería, me ayudó y facilitó para estructurar planes de cuidados de enfermería estandarizados, que contribuyeron en beneficio de la calidad del cuidado del paciente, las acciones del cuidado se refieren a todas aquellas actividades que se ejecutaron con la finalidad de satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del mismo. El formato de PLACE es un instrumento que sirve al personal de enfermería para documentar y comunicar la situación de los pacientes, los resultados que se esperan obtener, las intervenciones y su evaluación, en un inicio se hizo complejo ya que se tienen que usar las tres nomenclaturas, pero con la práctica se vuelve más sencillo, muchas de las actividades se realizan sin saber que están fundamentadas científicamente, pero si no se escriben es como si no se hubiesen realizado. Por lo que Sugiero a las instituciones docentes que implementen o sigan utilizando el Proceso Atención de Enfermería junto con un Plan de Cuidados y que se comprometan en fomentar profesionales de enfermería para que articulen sus conocimientos a la toma de decisiones y las ejecuten en las acciones, para contribuir al cuidado de la salud, en particular agradezco a mis profesores que me enseñaron desde el inicio de la carrera a utilizarlo y conforme avance de grado fueron modificando su aplicación y actualización. Es por eso que estoy agradecida con todos ellos para así inclinarme a esté y poder titularme como Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Como profesional de la salud tengo el deber de fomentar la salud y lograr cambios en el estilo de vida, promover el bienestar de los pacientes, por lo que se investigo sobre su rehabilitación y fue de mucha ayuda porque gracias a esto se vieron resultados en su coordinación y en sus movimientos.

Este proceso enfermero me deja una enorme satisfacción en cuanto a conocimientos, atención al paciente y aplicación del plan de cuidados, gracias a mis profesores que contribuyeron en la revisión del mismo ya que el proceso de atención de enfermería es el método científico de la profesión y se lleva a cabo en virtud de la relación y colaboración que existe entre el personal de enfermería y el paciente, este incluye la comunicación interpersonal entre nosotros, con otras personas importantes para el cliente como es su familia y junto con el equipo multidisciplinario hacemos posible su pronta recuperación para integrarlo a su vida cotidiana. El tiempo empleado al paciente fue de calidad, porque los objetivos planteados fueron logrados, las facilidades prestadas dentro de la institución también fue de calidad, al igual que la colaboración de la familia del cliente.

A mis colegas les sugiero se inclinen más sobre el proceso enfermero, y a realizar a todo paciente a su cuidado la elaboración de planes de cuidados de enfermería, ya que es una forma de plasmar todas las actividades que se les realizan, se tiene los conocimientos para poder elaborar diagnósticos de enfermería, la capacidad para actuar sin las indicaciones médicas, porque nos centramos en las respuestas humanas, en donde se tiene la autoridad para la predicción, prevención, y tratamiento. Con la práctica diaria se facilita la realización de los diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados.

GLOSARIO DE TERMINOS

ACIDO LISÉRGICO (LSD): Estructura cíclica común a todos los derivados activos del cornezuelo de centeno. Su dietilamina es alucinógena.

AFASIA: Defecto del lenguaje consecutivo a una lesión cerebral que perturba la utilización de las reglas precisas para la producción y/o la comprensión de la palabra.

ANEURISMA: Bolsa formada por la dilatación o rotura de las paredes de una vena o arteria y llena de sangre circulante.

ANGOR: Angina

ANGINA: En general, inflamación del istmo de las fauces/ cualquier síndrome caracterizado por sofocación espasmódica.

AREA DE BROCA: Pequeña circunvolución de la cara interna del hemisferio cerebral, por delante de la subcallosa.

AFASIA DE BROCA: Afasia motora por lesiones que exceden habitualmente el área del mismo nombre y caracterizada por una suspensión del lenguaje.

APONEUROSIS: Membrana fibrosa blanca, luciente y resistente que sirve de envoltura a los músculos o para unir éstos con las partes que se mueven.

ARTERIOLA: Pequeña rama arterial.

ATEROSCLEROSIS: Forma común de arteriosclerosis, caracterizada anatómicamente por el depósito de placas de ateromas en la túnica íntima.

CETOACIDOSIS: Acidosis en la que se observa acumulación de cuerpos cetónicos, especialmente el ácido acetocético, ácido B- hidroxibutírico y acetona, como en la acidosis diabética.

CETONURIA: Presencia de cuerpos cetónicos en la orina.

CIRCUNVOLUCIÓN: Eminencia sinuosa en la superficie del cerebro, limitada por cisuras.

CREATININA: C₄H₇N₃O. Anhídrido de la creatina, importante producto metabólico que se encuentra siempre en la orina.

DISARTRIA: Trastorno de la articulación del lenguaje debido a lesiones orgánicas en los núcleos o vías del sistema nervioso central.

ENCEFALOPATÍA: Enfermedad o trastorno del encéfalo

ENDARTERITIS: Inflamación de la túnica interna de las arterias. El desarrollo de tejido fibroso (endarteritis proliferante) en dicha túnica puede producir la obliteración del vaso (endarteritis obliterante).

ENDOTELIO: delgada membrana compuesta de un solo estrato de células planas, poligonales, que constituye la superficie libre de las membranas serosas y sinoviales y la túnica interna de los vasos sanguíneos, linfáticos y del corazón.

FASCIA: Aponeurosis o expansión aponeurótica

FIBRINOIDE: Sustancia formada durante la caseificación por los tejidos, semejante a la fibrina.

GAA: Glucosa Anormal en Ayuno.

HbA1c: Hemoglobina glicada (glucosilada).

HEMIPARESIA: Paresia de una mitad del cuerpo.

HOMOCISTEINA: Producto de la demetilación de la metionina e intermediario en la biosíntesis de la cisteína a partir de la metionina.

HIPERLIPEMIA: Exceso de grasa, lípidos o lipoides en la sangre.

HOMOCISTEÍNA: Producto de la demetilación de la metionina e intermediario en la biosíntesis de la cisteína a partir de la metionina.

INFARTO: Porción de parénquima privada súbitamente de circulación sanguínea por obstrucción de vasos arteriales o venosos y conjunto de fenómenos morbosos consecutivos.

INSULA: Lóbulo de la ínsula, isla de Reil; eminencia de la corteza cerebral oculta en el fondo de la cisura de Silvio, constituida por cuatro pequeñas circunvoluciones rectilíneas.

ISLA DE REIL: (Ínsula de Reil).

ISQUEMIA: Detención de la circulación arterial en una parte y estado consecutivo de ésta.

ITG: Intolerancia a la Glucosa.

LÍMBICO: Relativo al limbo.

LIMBO: Borde, orla o ribete

LOBULO: Porción más o menos saliente de una víscera, limitada por surcos y divisiones.

NEUROPATIA: Término general para las enfermedades nerviosas, en especial las degenerativas.

PAPILEDEMA: Edema de la papila óptica.

PARENQUIMA: Elemento esencial específico o funcional de un órgano, generalmente glandular, en distinción de la estroma o tejido intersticial.

PGA: Prueba de Glucosa en Ayuno.

POLIDIPSIA: Sed excesiva.

POLIFAGIA: Hambre voraz o canina. Uso de toda clase de alimentos.

POLIURIA: Secreción y emisión abundante de orina.

PTOG: Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa

RETINOPATÍA: Enfermedad degenerativa no inflamatoria de la retina.

SUBARACNOIDEA: Situado debajo de la aracnoides.

TROMBOLISIS: Lisis o destrucción de trombos.

TROMBOXANO: Prostaglandina.

TUMEFACCIÓN: Hinchazón; aumento de volumen de una parte por infiltración, tumor o edema.

UREA: Carbamida o carbodiamida; cuerpo cristalino, incoloro, neutro $\text{CO}(\text{NH}_2)_2$ que existe en la orina y en pequeña cantidad en la sangre, quilo, linfa, etc. Se genera en el hígado, es el principal constituyente nitrogenado de la orina y el producto final de más interés del metabolismo proteico; diurético.

VANILILMANDÉLICO: (Ácido). Producto de degradación de las catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, que se elimina por el riñón. Su concentración en la orina se halla aumentada en el feocromocitoma.

VASOCONSTRICCIÓN: Disminución del calibre de los vasos por influencia nerviosa u otra.

VCT: Valor Calórico Total.

VET: Valor Energético Total.

BIBLIOGRAFIAS

- 1) C.P Anthony, G.A. Thibodeau "Anatomía y Fisiología", Ed. Mc Graw-Hill interamericana, ed decima, 1983, pp. 252-259.
- 2) DUANE E. Haines, "Principios de Neurociencia", Ed. Elsevier science, ed segunda, 2003.
- 3) GERARD J. Tortora, BERGEN Community College, DERRICKSON Bryan, VALENCIA Community College, "Principios de Anatomía y Fisiología", ed 11a 2007.
- 4) MARK H. Beers, Md, "Manuel Merck de Información Médica edad y salud", Ed. Thomas V. Jones Md, Mph, 2004.
- 5) RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia "Proceso Enfermero", Aplicación Actual, Ed. Cuellar, ed 2a, México 2006, pp. 29-94.
- 6) SPRINGHOUSE Notes, RUBY I. WEALEY Rn, Phd, Crrn, "Teorías y Modelos de Enfermería", Ed. Mc Graw- Hill interamericana, ed 2a, 1997.
- 7) MOORHEAD Sue, JOHNSON Marion, MAAS Meridean. "Clasificación de Resultados de Enfermería" (NOC), Ed. Mosby, Elsevier España, ed 4a 2010.
- 8) BULECHEK Gloria, BUTCHER Howard, Mc Closkey Joanne. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería" (NIC), Ed. Mosby Elsevier España, ed 5a, 2009.
- 9) NANDA Internacional, "Diagnósticos Enfermeros", Definiciones y Clasificación 2009-2011. Ed. Elsevier España, 2010.
- 10) http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php
- 11) Instrumento de Valoración de Enfermería elaborado por distintos profesores del Hospital Juárez de México.
- 12) Datos obtenidos del expediente clínico del paciente
- 13) Diccionario Medico, MASSON, s.a. ed 4ª.
- 14) http://es /hemisferio_cerebral.com.mx
- 15) KOTTKE F.J., LENHMANN J.F., "Medicina Física de la Rehabilitación", Ed. Panamericana Madrid España, ed 4ª, 1997.

- 16) **MIRALLAS Martínez Ja. "Avances en la Rehabilitación del paciente con Enfermedad Cerebro Vascular"., Rehabilitación, 2004: 38: 78-85.**
- 17) **http://serviciosva.itesm.mx/cvr/formato_apa/doc0014.htm**
- 18) **(Norma Oficial Mexicana NOM-030-ssa2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial).**
- 19) **(Norma Oficial Mexicana NOM-015-ssa2-2010, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus).**

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre _____
 2. Edad años 3. Fecha de Nac. _____
 Sexo M. 5. Talla _____
 7. Escolaridad _____
 8. Ocupación _____
 9. Religión _____
 10. Lugar de Nacimiento _____
 11. Idioma _____
 12. Estado civil _____
 13. Tipo de familia _____
 14. Domicilio _____
 15. Teléfono _____
 16. Fuente de información: Directa SI () NO ()
 Indirecta ()
 Quién _____
 Cuál _____

Toma de signos vitales: FR _____ x min. F.C _____
 T/A _____ mmHg _____ T°C _____
Respiración espontánea SI () NO ()
 Tipo de apoyo Ventilatorio no
Estado de conciencia:
 Conciente () Desorientado () Somnoliento ()
 Estuporoso () Inconsciente ()
Coloración de la piel: Rosada () Cianótica ()
 Palidez () Marmórea ()
Coloración de los labios: Rosada () Cianótica ()
 Palidez ()
Coloración de zona peribucal: Cianótica () Palidez ()
Coloración de las uñas de las manos: Rosada () Cianótica ()
 Palidez ()

Morfología de las uñas de las manos:

VALORACIÓN DE NECESIDADES

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

1.1 ¿Refiere dificultad para respirar? SI () NO ()
 1.2 ¿Ha presentado sensación de falta de aire?
 SI () NO ()
 1.3 ¿Ha presentado sensación de ahogo? SI ()
 NO ()
 1.4 ¿Cómo es su respiración? Normal () Rápida ()
 Lenta ()
 1.5 ¿Tiene dolor al respirar? Inspiración ()
 Espiración ()
 1.6 ¿Al realizar esfuerzo físico presenta dificultad para respirar?
 SI () NO ()
 Especificar _____
 1.7 ¿Actualmente presenta "Tos"?
 SI () NO () PRODUCTIVA () SECA ()
 1.8 ¿Acostumbra fumar? SI () NO ()
 ¿Cuántos cigarrillos al día? _____
 ¿Hace cuanto tiempo? _____
 1.9 ¿Presencia de varices en miembros inferiores?
 SI () NO ()
 Características _____

DATOS OBJETIVOS

Patrón respiratorio uniforme: SI () NO ()
Dificultar al respirar: Sin esfuerzo ()
 Al esfuerzo físico () Acostado () Nocturna ()
Presenta Aleteo nasal: SI () NO ()
 Tiros intercostales SI () NO ()
 Depresión del Apéndice Xifoides SI () NO ()
Auscultación de pulmones con paso libre de aire en ambos campos pulmonares
 SI () NO ()
 Sibilancias (ruido continuo agudo) ()
 Crepitaciones (estertores) durante la respiración ()
 Roncus (Sibilancias sonoras prolongado) ()
 Roces (secos y ásperos) ()
Uso de los músculos accesorios de la respiración:
 SI () NO ()
Presencia de edema en miembros inferiores
 SI () NO () Grado I () II () III ()
Palpación de pulsos periféricos:
 Carótida () Branquia () Radia () Femora ()
 Popíleo () Dorsal/pie () Tibial posterior ()
Auscultación de pulmones con paso libre de aire en ambos campos pulmonares
 SI () NO () Sibilancias (ruido continuo agudo) ()
 Crepitaciones (estertores) durante la respiración ()
 Roncus (sibilancias sonoras prolongado) ()
 Roces (secos y ásperos) ()
Latido cardíaco apical visible y palpable SI () NO ()
OBSERVACIONES: _____

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

2.1 ¿Qué tipo de alimentos consume usualmente en 7 días?

ALIMENTO	1-3 DÍAS	3-5 DÍAS	5-7 DÍAS
CARNES			
LACTEOS			
FRUTAS			
VERDURAS			
LEGUMINOSAS			
CEREALES			
GRASAS			
AZÚCARES			

2.2 ¿Cuántas veces come al día?
 Una () Dos () Tres () Mas de tres ()
 2.3 ¿Su horario de alimento es?
 FIJO () IRREGULAR ()
 2.4 ¿Come acompañado? SI () NO ()
 2.5 ¿En un ambiente agradable? SI ()
 NO ()
 2.6 ¿Ha presentado falta de apetito últimamente?
 SI () NO ()

2.7 ¿A que lo atribuye?

2.8. ¿Consume en su dieta diaria algún alimento irritante?

(Grasas, condimentos, café, té, picante, refresco)
 SI () NO ()

Especifique _____

2.9 ¿Cuándo está enojado tiene preferencia por algún alimentos en especial?

SI () NO ()

Cuál _____

2.10 ¿Cuándo se encuentra triste qué tipo de alimentos consume?

2.11 ¿Sigue alguna dieta especial? SI ()

NO ()

TIPO DE DIETA _____

2.12 ¿Ha tenido pérdida involuntaria de peso mayor a cuatro kilogramos en los últimos tres meses?

SI () NO ()
2.13 ¿Tiene periodos en lo que le da mucha hambre?

SI () NO ()
2.14 ¿Qué tipo de alimentos consume cuando le da mucha hambre?

2.15 ¿Ha tenido trastornos digestivos en los últimos tres días?

Vómito SI () NO () Náuseas SI () NO ()
Distensión abdominal SI () NO ()
Diarrea SI () NO () Estreñimiento SI () NO ()
Ardor SI () NO () Agruras SI () NO ()

2.16 ¿Tiene dificultad para masticar? SI () NO ()

A que le atribuye usted _____

2.17 ¿Tiene dificultad para deglutir? SI () NO ()

2.18 ¿Utiliza dentadura postiza para comer? SI () NO ()

2.19 ¿Le lastima la dentada al momento de consumir sus alimentos? SI () NO ()

2.20 ¿Asea su dentadura? SI () NO ()

Cuántas veces al día _____
2.21 ¿Es alérgico a algún alimento? SI () NO ()

Especifique _____
2.22 ¿Intolerancia alimentaria? SI () NO ()

Especifique _____
2.23 ¿Come fuera de casa? SI () NO ()

2.24 ¿Depende de otras personas para consumir sus alimentos? SI () NO ()

2.25 ¿Cuánta agua consume al día?
0-1 Vaso () 2-3 Vasos () 3-4 Vasos ()
4-6 Vasos () 6-8 Vasos ()
+8 Vasos ()

2.26 ¿Ingiere bebidas alcohólicas? SI () NO ()

¿Con que frecuencia? _____

2.27 ¿Padece alguna enfermedad? SI () NO ()

¿Cuál? _____

2.28 ¿Actualmente toma algún medicamento?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

Recetado () Automedicado ()

2.29 ¿Realiza algún tipo de ejercicio? si () NO ()

¿Especifique? _____

2.30 ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?

0-1 vez () 2-3 veces () 3-4 veces ()

4-5 veces () 5-7 veces ()

ASPECTO GENERAL

CABELLO

Abundante () Con brillo () Sedoso ()

Grueso () Delgado () Opaco ()

Escaso () Quebradizo () Caída de cabello ()

Signo de bandera ()

OJOS

Conjuntivas

Rosas Hidratadas () Pálidas () Deshidratadas ()

PIEL

Rosada () Hidratada () Pálida () Seca ()

Otros _____

MUCOSA ORAL

Coloración () Rojo Rosado () Pálida () Húmeda ()

Otros _____

DIENTES

Caries SI () NO () Cuántas piezas 4

Cuáles _____

Adoncia SI () NO () Cuántas piezas

Cuáles _____

UÑAS

Duras () Gruesas () Débiles () Delgadas ()

Quebradizas () Descamadas () Rosadas ()

Pálidas ()

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Peso kg. / (Talla m)²)

Peso ideal _____ Peso Real _____

Talla _____

<18 () 22-24.9 () 25-27 () >30 () >40 () 17.92 -> IMC

BAJO PESO () NORMAL () SOBREPESO ()

OBESIDAD () OBESIDAD MORBIDA ()

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

3.1 ¿Frecuencia de la evacuación?

Diario () 2 ó 3 veces por semana () Otros ()

Especifique _____

3.2 ¿Cantidad aproximada?

Escaso () Abundante ()

3.3 ¿Consistencia de las heces?

Blandas formadas () Duras ()

Líquidas ()

3.4 ¿Color?

Marrón () Amarillas () Otros ()

Especifique _____

3.5 ¿Olor?

Acre (Varia según alimento) ()

Desagradable ()

3.6 ¿Identifica elementos extraños en su defecación?

SI () NO ()

Alimentos no digeridos () Sangre ()

Parásitos ()

Otros ()

Especifique _____

3.7 ¿Requiere laxantes para evacuar?

SI () NO ()

Natural () Medicamento ()

Especifique _____

3.8 ¿Bajo tensión emocional hay cambio en su defecación?

SI () NO ()

Diarrea () Estreñimiento () Otros ()

Especifique _____

3.9 ¿Consumo medicamentos actualmente?

SI () NO ()

DATOS OBJETIVOS

Explore

Abdomen

Peristaltismo aumentado () Peristaltismo

disminuido ()

Blando depresible () Distendido duro ()

Otros ()

Especifique _____

3.10 ¿Presencia flatulencias?

SI () NO ()

3.11 ¿Frecuencia de la micción?

2 ó 3 Veces al día () 4 a 6 veces al día ()

Otros ()

Especifique _____

3.12 ¿Color?

Transparente Ámbar () Otros ()

Especifique _____

3.13 ¿Bajo estado emocional hay cambio en su eliminación urinaria?

SI () NO ()

Aumenta el deseo de orinar ()

Otros ()

Especifique _____

3.14 ¿Presenta alguna alteración urinaria?

SI () NO ()
Ardor () Disuria ()
Incontinencia ()

Otros ()

Especifique _____

DATOS OBJETIVOS

Explore

Presencia de globo vesical

SI () NO ()

Dolor en el bajo vientre () Dolor en el ángulo
costo vertebral ()

SI () NO ()

Especifique características _____

¿Identifique elementos extraños en la orina?

Sangre () Sedimento () Otros ()

Especifique _____

¿Presenta diaforesis?

SI () NO ()

¿Ritmo de la menstruación?

Cada 28 días () Cada 30 días () Otros ()

Especifique _____

¿Cuántas toallas sanitarias utiliza durante el día?

Menos de 3 () De 3 a 4 () Otros ()

Especifique _____

¿Duración?

3 a 4 días () 5 a 6 días () Otros ()

Especifique _____

¿Color?

Rojo brillante () Rojo Oscuro () Otros ()

Especifique _____

¿Presenta alguna alteración?

SI () NO ()

Dolor () Sangrado Inter.-menstrual () Otros ()

¿La tensión emocional altera su ciclo menstrual?

SI () NO ()

Como _____

DATOS OBJETIVOS

Explore

Abdomen

Especifique características _____

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DATOS SUBJETIVOS

4.1 Antecedentes de Dolor:

Cervical () Lumbar () Ciática ()

De articulaciones de miembros superiores ()

De articulaciones de miembros inferiores ()

4.2 Tipo de trabajo que realiza:

Con esfuerzo físico () Sin esfuerzo físico ()

4.3 Actividad que realiza en el trabajo es:

Sentado de 2-3 hrs. () de 4-6 hrs. () de 7-8 hrs. ()

De pie de 2-3 hrs. () de 4-6 hrs. () de 7-8 hrs. ()

De movimiento continuo

4.4 ¿Acostumbra tomarse algún tiempo de descanso durante el día?

SI () NO ()

4.5 ¿De cuánto tiempo?

De 10 min. () 15 min. () 20 min. () + De 30 min. ()

4.6 ¿En qué postura? Sentado () Recostado ()

4.7 ¿Se considera una persona?

Activa () Sedentaria ()

Porque? _____

4.8 ¿Regularmente el calzado que usa es?

De tipo común () de algún arreglo ortopédico ()

Otros ()

4.9 Rol Social ¿Pertenece a algún grupo?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

DATOS OBJETIVOS

4.10 De acuerdo a la observación, ¿la alineación ósea es la adecuada?

SI () NO ()

Describe _____

4.11 ¿De acuerdo a la exploración física el tono, la resistencia y la flexibilidad son las que corresponden a la edad del paciente?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

4.12 ¿El peso y la talla corresponden a la edad cronológica del paciente?

SI () NO ()

Porque? _____

4.13 ¿La complexión física del paciente es?

Delgado () Robusto () Atlético ()

4.14 De acuerdo a la exploración física ¿consideras que el estado emocional del paciente afecta la postura anatómica?

SI () NO ()

Porque? _____

4.15 Equilibrio sentado ¿es firme y seguro?

SI () NO ()

4.16 ¿Al levantarse el paciente lo hace?

Con impulso normal y sin ayuda ()

Utiliza los brazos como ayuda ()

Con ayuda de otra persona ()

4.17 ¿Para la ambulación observas si el paciente requiere de algún apoyo?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

Bastón () Andadera () Muletas ()

De otra persona ()

4.18 ¿Presenta alguna facies de dolor?

SI () NO ()

Describe _____

4.19 En cuanto a la marcha ¿ésta es?

Con pasos continuos () Con pasos discontinuos ()

4.20 La marcha, ¿La inicia inmediatamente después de que se le pide que camine?

SI () NO ()

Porque? _____

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS SUBJETIVOS

5.1 ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?

SI () NO ()

5.2 ¿Cuántas horas duerme durante la noche?

Menos de 4 hrs. () de 4 a 6 hrs. ()

de 7 a 9 hrs. ()

Más de 9 hrs. ()

5.3 ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

5.4 ¿Cómo es su patrón de sueño?

Continuo () Discontinuo () Insomnio ()

¿Por qué? _____

5.5 ¿Realiza alguna actividad para favorecer el sueño?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

5.6 ¿Toma algo para inducir el sueño?

SI () NO ()

¿Qué? _____

5.7 ¿Los medicamentos que toma lo mantienen despierto?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

- 5.8 ¿Su estado de ánimo le impide dormir?
SI () NO ()
- 5.9 ¿Ronca o le han dicho que ronca mientras duerme?
SI () NO ()
- 5.10 ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por periodos cortos?
SI () NO ()
- 5.11 ¿Padece dolor de cabeza tras despertarse?
SI () NO ()
- 5.12 ¿Tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día?
SI () NO ()
- 5.13 ¿Acostumbra a tomar una siesta?
SI () NO ()
½ hora () Una hora () Más de una hora ()
- 5.14 ¿Se queda dormido en momentos inapropiados?
SI () NO ()
- 5.15 ¿Durante el día se siente cansado?
SI () NO ()

OBJETIVO

1. ¿Presenta ojeras?
SI () NO ()
2. ¿Cambia de posición varias veces?
SI () NO ()
3. ¿Bosteza frecuentemente?
SI () NO ()
4. ¿Presenta visión borrosa?
SI () NO ()
5. ¿Su tipo de respuesta es lenta?
SI () NO ()
6. ¿Se observa fatigado?
SI () NO ()
7. ¿Se encuentra irritable?
SI () NO ()
8. ¿Se encuentra apático?
SI () NO ()
9. ¿Presenta somnolencia excesiva?
SI () NO ()

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

DATOS SUBJETIVOS

- 6.1 ¿Su estado de ánimo es determinable para elegir las prendas de vestir que usará?
SI () NO ()
Cómo

6.2 ¿Considera que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?

SI () NO ()
Cómo

6.3 ¿Puede decidir por si solo (a) la ropa que se pone habitualmente?

SI () NO ()

6.4 ¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?

SI () NO ()

6.5 ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significado especial para usted?

SI () NO ()

Cual es

6.6 ¿Su modo de vestir está relacionado con sus valores y creencias?

SI () NO ()

6.7 ¿Se le dificulta vestirse y desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otra gente?

SI () NO ()

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DATOS SUBJETIVOS

7.1 ¿Experimenta frío frecuentemente?

SI () NO ()

7.2 ¿Experimenta mucho calor?

SI () NO ()

7.3 ¿Temperatura ambiental que le es agradable?

Templado () Caluroso () Frío ()

DATOS OBJETIVOS

7.4 ¿Vestido adecuado a la estación?

SI () NO ()

7.5 ¿Habitación y vivienda adecuada?

SI () NO ()

Características de la piel

Rubicunda () Diaforesis ()

Frialdad de la piel () Transpiración normal ()

Escalofríos () Palidez () Pilo erección ()

Enlentecimiento del llenado capilar () 2"

Palidez de los lechos angulares () Pie caliente al tacto ()

Temperatura

Hipodérmica () Febrícula ()

Hipertermia () Normo termia ()

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE

8.1 ¿Cuenta con recursos públicos para practicar su higiene?

SI () NO ()

8.2 ¿BAÑO?

Diario () Cada tercer día () Una vez por semana ()

Otro _____

8.3 ¿Lavado de manos?

Antes de comer () Antes de ir al baño ()

Después de ir al baño () otro _____

8.4 ¿Cepillado de dientes y/o prótesis?

Después de cada alimento () 2 veces al día ()

1 vez al día () no lo practica ()

8.5 ¿Necesita ayuda para practicar su higiene?

SI () NO () Parcial () Total ()

8.6 ¿Aspecto general?

Correcto () Incorrecto ()

ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS

PIEL

() Integra / Hidratada () Heridas

Localización _____

() Deshidratada () Ulceras

Localización _____

() Palidez () Edema

Localización _____

() Ictericia () Verrugas

Localización _____

() Cianosis () Lunares

Localización _____

() Otros () Manchas

Localización _____

Decoloración ()

Localización _____

Exudados ()

Localización _____

CABELLO

Fino () Grueso () Brillante ()

Seco ()

¿Presencia de parásitos?

SI () NO ()

Especifique

SI () NO ()

UÑAS

Aspecto

Cuidadas () Descuidadas () Mordidas ()

Lisas ()

Limpias () Duras () Delgadas ()

Micosis ()

Color:

Rosa () Amarillas () Verdoso-

negruzco ()

Otro _____

NARIZ

Mucosa Nasal

Coloración: Rosa intenso () Otro
Secreción abundante
 Transparente () Amarilla () Verdosa ()
 Otra _____
Presencia de:
 Sangre () Costras ()
 Perforaciones ()
 Otros _____

Boca y Oro faringe
LABIOS
Aspecto
 Secos () Grietas () Edema ()
 Otro _____

Coloración:
 Rozados () Palidez (x) Cianosis ()
 Otro _____

Mucosa Bucal
Color:
 Rojo Rosado () Otro
 Húmeda () Otro
Presencia de:
 Manchas () Lesiones () Ulceras ()
 Otras _____

Dientes
 Completos () Incompletos ()
Prótesis: SI () NO ()
Presencia de:
 Caries () Sarro ()
 Localización _____

CAVIDAD ORAL
 () Halitosis () Lesiones
 Localización _____
 () Ulceras
 Localización _____
 () Manchas
 Localización _____
 () Sangrado
 Localización _____
 () Dolor
 Localización _____
 () Criptas
 Localización _____
 () Inflamación
 Localización _____
 () Induraciones

Localización _____

OÍDOS
 Dolor SI () NO ()
 Inflamación SI () NO ()
 Cerumen SI () NO ()
 Derrames SI () NO ()
 Cuerpos Extraños SI () NO ()
 Presencia de:
 () Nódulos
 Localización _____
 () Lesiones
 Localización _____

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS
DATOS SUBJETIVOS
9.1 ¿Con que periodicidad lleva su control médico?
 Cada año () Sólo cuando se enferma () Otros ()
9.2 ¿Se enferma frecuentemente?
 De vacunación () De salud ()
9.3 ¿Cuenta con cartilla?
 SI () NO ()
9.4 ¿Cuenta con vacunas?
 SI () NO ()
 Cuáles _____
9.5 ¿Conoce las medidas para prevenir enfermedades?
 SI () NO ()
 Cuáles _____
9.6 ¿Ha padecido alguna alteración?
 Física () Psicología () Social ()
 ¿Cuál _____
 Este padecimiento altera su auto concepto o su imagen
 Porque _____
9.7 ¿Actualmente requiere de algún tipo de ayuda?
 SI () NO ()
 ¿Cuál? _____
 La utiliza SI () NO ()
 Porque _____
9.8 ¿Cómo reacciona ante una situación de peligro?
 Se estresa SI () NO ()
 Pierde el control SI () NO ()
 Porque _____
 ¿Cómo lo manifiesta?
 La familia le apoya SI () NO ()
 Porque _____
9.9 ¿Asiste a algún centro de ayuda para manejar sus emociones?
 SI () NO ()
 ¿Cuál? _____

9.10 ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su casa?

SI () NO ()
 ¿Cuáles? _____

9.11 ¿Actualmente identifica riesgos de accidentes en su casa?

SI () NO ()
 ¿Cuáles? _____

9.12 ¿Conoce las medidas de prevención en su trabajo?

SI () NO ()
 ¿Cuáles? _____

9.13 ¿En su trabajo identifica áreas o factores de riesgo de accidente?

SI () NO ()
 ¿Cuáles? _____

9.14 ¿Suele consumir?

Alcohol () Tabaco ()
 Medicamentos no prescritos o alguna droga
 Especifique _____

9.15 ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias?

SI () NO ()
 ¿Cuáles? _____

DATOS OBJETIVO

¿Escucha bien) SI () NO ()
 ¿Por qué? _____

Tipo de apoyo que utiliza
¿Ve bien? SI () NO ()
 ¿Por qué? _____

Que apoyo utiliza: lentes
Lenguaje Claro SI () NO ()
 ¿Por qué? _____

¿Presenta sensibilidad en su cuerpo?
 SI () NO ()
 ¿Por qué? _____

¿Se le dificulta caminar? SI () NO ()
 ¿Por qué? _____

¿Se fija metas para el futuro? SI ()
 NO ()

En cuanto tiempo
¿Toma previsiones económicas?
 SI () NO ()
 Le apoya algún familiar SI () NO ()
 ¿Quién? _____

**10. NECESIDADES DE COMUNICACIÓN
DATOS SUBJETIVOS**

10.1 ¿Tiene relaciones armónicas con su familiar?

SI () NO ()

10.2 ¿Pertenece o asiste a algún grupo de ayuda?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

10.3 ¿Utiliza mecanismos de defensa al comunicarse cómo?

Sentimientos de negación () Inhibiciones ()
Agresividad () Hostilidad () Desplazamiento ()

10.4 ¿Tiene alguna limitación física que le impide comunicarse?

SI () NO ()

¿Cuál? _____

10.5 ¿Habla con alguien de su familia cuando tiene problemas?

SI () NO ()

¿Con quién? _____

10.6 ¿Cuánto tiempo pasa solo? Medio día

10.7 ¿Tiene contactos sociales satisfactorios?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

10.8 ¿Se siente a gusto con su forma de comunicarse con los demás?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

10.9 ¿Se considera de buen humor?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

10.10 ¿Cuándo estás estresado se le dificulta comunicarse con los demás?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

10.11 ¿En su núcleo familiar o grupo cree que tiene que competir con otra persona?

SI () NO ()

¿Con quién? _____

10.12 ¿Cree que sus necesidades sexuales están cubiertas en forma satisfactoria?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

**DATOS OBJETIVOS
Estado de conciencia**

Consiente () Inconsciente () Estuporoso ()

Soporoso () Somnoliento ()

Según edad está orientado

Persona () Espacio () Lugar () Tiempo ()

¿Tiene dificultades para hablar? SI () NO ()

¿Especificar? _____

¿Al hablar establece contacto visual? SI () NO ()

¿Especificar? _____

¿Se relaciona con su familia? SI () NO ()

¿Especificar? _____

¿Qué persona de su familia es más importante para usted?

¿Cómo lo consideran a usted dentro del núcleo familiar?

¿Recibe visitas de su familia? SI () NO ()

¿De quién? _____

¿En su hogar cuenta con un área específica para comunicarse?

SI () NO ()

Especificar _____

¿Utiliza alguna prótesis para escuchar?

SI () NO ()

¿Especificar? _____

11. PRACTICAR SU RELIGIÓN. ACTUAR DE ACUERDO A CREENCIAS Y VALORES

11.1 ¿Religión?

11.2 ¿Práctica su religión?

SI () NO ()

11.3 ¿Su religión le prohíbe?

Alimentos () Practicas higiénicas ()

Tratamiento médico ()

¿Cuáles? _____

11.4 ¿Necesita de algún objeto, imagen religiosa que le ayude en su tratamiento médico?

SI () NO ()

11.5 ¿De acuerdo a sus creencias y valores como responde a la enfermedad?

Angustia () Temor () Ansiedad ()

Depresión () Enojo () Culpa ()

Vergüenza () Desesperanza () Resignación ()

11.6 ¿Requiere de servicios religiosos?

SI () NO ()

Observaciones _____

**12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN
DATOS OBJETIVOS**

12.1 ¿Tiene actividad remunerada?

SI () NO ()

12.2 ¿Tipo de trabajo?

Eventual () Permanente ()

12.3 ¿Sus ingresos económicos cubren sus necesidades básicas personales y las de su familia?

SI () NO ()

12.4 ¿Le resulta difícil cubrir sus ingresos?

SI () NO ()

12.5 ¿Está usted satisfecho con su trabajo?

SI () NO ()

12.6 ¿Está usted molesto por su trabajo y no lo puede cambiar por otro?

SI () NO ()

12.7 ¿Su trabajo lo realiza de buen humor la mayor parte del tiempo?

SI () NO ()

12.8 ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia en el trabajo?

SI () NO ()

DATOS SUBJETIVOS

Estado emocional () Inquieto ()

Tranquilo () Eufórico ()

Ansiosos () Decepcionado de su trabajo ()

Irritable () Deprimido ()

**13. NECESIDAD DE JUEGO Y RECREACIÓN
DATOS SUBJETIVOS**

13.1 ¿Dedica tiempo para realizar actividades deportivas recreativas u ocio?

SI () NO ()

Tipo _____

13.2 ¿Las situaciones de estrés y emociones intensivas le impiden realizar actividades recreativas y deportivas?

SI () NO ()

De qué modo _____

13.3 ¿Considera que el tiempo que usted dedica a la recreación es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo

SI () NO ()

13.4 ¿Conoce los lugares de recreación que tiene a su alcance en la comunidad?

SI () NO ()

13.5 ¿Cuenta con los recursos económicos para poder realizar actividades recreativas?

SI () NO ()

DATOS OBJETIVOS

13.6 Integridad del sistema neuromuscular

Elasticidad ()

Flexión ()

Extensión ()

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DATOS SUBJETIVOS

14.1 ¿Sabe escribir?

SI () NO ()

14.2 ¿Sabe leer?

SI () NO ()

14.3 ¿Le cuesta trabajo aprender?

Mucho () Poco ()

No me cuesta trabajo ()

14.4 ¿Considera que su memoria es buena?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

14.5 ¿Usted considera que necesita adquirir nuevos conocimientos?

SI () NO ()

¿Por qué? _____

14.6 ¿Conoce el motivo de su ingreso?

SI () NO ()

14.7 ¿Le gustaría aumentar sus conocimientos respecto a su salud?

SI () NO ()

14.8 ¿De qué fuente adquiere sus conocimientos?

Lecturas () De sus semejantes ()

Televisión ()

Radio () Cursos ()

Otros ()

¿Cuáles? _____

14.9 ¿Lo que ha aprendido ha modificado sus estado de salud?

SI () NO ()

¿Cómo? _____

DATOS OBJETIVOS

Identifica alguna alteración en:

VISTA SI () NO ()

¿Cuál? _____

OÍDO SI () NO ()

¿Cuál? _____

El paciente recuerda con facilidad hechos del día anterior

SI () NO ()

Recuerda con facilidad números telefónicos importantes

SI () NO ()

Recuerda con facilidad hechos de la infancia

SI () NO ()

Manifiesta interés por aprender

SI () NO ()

Se muestra receptivo

SI () NO ()