



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PERSONA ADULTA  
MAYOR CON ALTERACIÓN EN EL ESTADO DE CONSCIENCIA**

**QUE PARA:**

**OBTENER EL TÍTULO DE ENFERMERA GENERAL**

**PRESENTA:**

**JEMIMA MACARIA VALADEZ GARCÍA**

**089502851**

**DIRECTOR DEL TRABAJO**

**Lic. MARIA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCÍA**

**MÉXICO D,F SEPTIEMBRE 2015**



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por ser mi compañero constante en esta vida, por todas las bendiciones con las que me ha rodeado a través de la vida, gracias por ser mi Padre amado, torre fuerte, mi roca y fortaleza. Por ser la mano que me guía, me sustenta y me guarda.

### **A MI MAMACITA**

Por ser la bendición más grande que Dios me dio. Por su amor, su apoyo, esfuerzo y su trabajo, por ser esa mujer que me sacó adelante y por ser un ejemplo de vida para sus generaciones y gracias a Dios por permitirme compartir esta experiencia con usted.

### **A MIS HIJAS**

Por ser tres estrellas hermosas que iluminan mi vida Zay, Pao y Jemi las amo y son el motor que impulsa mi vida.

### **A MIS HERMANAS.**

Que siempre han sido mi apoyo, mis amigas y compañeras en esta vida, las amo.

### **A MIS PROFESORES.**

Gracias por transmitir sus conocimientos y por darme una formación profesional.

### **A MI COMPAÑERO Y COMPAÑERA.**

Gracias por compartir sus conocimientos y acompañarme en esta etapa de la vida.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>9</b>
<b>EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....</b>	<b>17</b>
<b>EL PROCESO DE ENFERMERIA.....</b>	<b>23</b>
<b>EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA VALORACION DE SALUD DEL ADULTO MAYOR.....</b>	<b>32</b>
<b>PRESENTACION DEL CASO.....</b>	<b>35</b>
<b>DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERIA.....</b>	<b>36</b>
<b>VALORACION DE ENFERMERIA.....</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>62</b>
<b>SUGERENCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>65</b>

## INTRODUCCION

La enfermera a lo largo del tiempo se ha encontrado a la deriva, en un mar de conocimientos, sin tomar su propio rumbo; proyectando la mayoría de las veces falta de identidad profesional, sin embargo en la actualidad las exigencias de nuestro mundo cambiante ofrecen la pauta para que la enfermería profesional modifique la manera de atender las necesidades de nuestra sociedad, utilizando las teorías y modelos de enfermería; pues la teoría, la base científica de conocimientos y es capaz de describir, explicar y predecir los fenómenos, nos ayuda a mejorar la calidad de la atención y sobre todo nos da autonomía, por otro lado el modelo es útil para el desarrollo de la teoría sirviendo de guía en el desarrollo de nuestro trabajo profesional.

Por lo antes mencionado, el presente trabajo tiene como finalidad, aplicar el modelo de Virginia Henderson al proceso de enfermería en una persona adulta mayor con alteración del nivel de conciencia, lo que permitirá valorar las 14 necesidades básicas que tiene la persona, conocer el grado de dependencia: realizar, ejecutar y evaluar el plan de atención de enfermería en base a las necesidades identificadas como dependientes, para que con ello mejore notablemente su calidad de vida.

Otra de las razones por la que se realiza este trabajo es, tomar como referencia que en la actualidad en nuestro país las enfermedades neurológicas se encuentran dentro de las principales causas de morbimortalidad, teniendo como principal consecuencia la discapacidad.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivos generales:**

Aplicar el modelo de Virginia Henderson al proceso de enfermería en una persona adulta mayor con alteración en el estado de conciencia e identificar las necesidades dependientes para proporcionar cuidados de enfermería con un enfoque holístico.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar necesidades dependientes en la persona y jerarquizar las mismas.
2. Construir diagnósticos de enfermería.
3. Elaborar el plan de atención.
4. Ejecutar los cuidados de enfermería.
5. Hacer participar a los familiares en el cuidado de su familiar.

## METODOLOGÍA

Para la elaboración del proceso de enfermería se realizaron los siguientes pasos:

En un primer momento en el servicio de terapia intermedia, se elige a la persona en la cual se desarrollará el proceso de enfermería, quien es una adulta mayor de 75 años de edad con alteración en estado de conciencia y previo consentimiento informado se realizan los siguientes pasos.

1. En la etapa de valoración: se hace la recolección y la organización de los datos relacionados al estado de salud de la persona a través del interrogatorio se realiza directa e indirectamente, misma que se hace en dos momentos, se utiliza como apoyo para la recolección de los datos sobre el estado de la salud de la persona el instrumento de Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson (utilizando la entrevista).

Se realiza la exploración física céfalo-caudal utilizando los métodos de exploración que son, observación, palpación, percusión, auscultación.

2. Diagnóstico: Aquí es en esta etapa en donde se establecen juicios o conclusiones de enfermería que se producen como resultado de la valoración del estado de salud que permite conocer el grado de dependencia de las necesidades básicas y construir los diagnósticos de enfermería.
3. Planeación: se jerarquizan los diagnósticos de enfermería en base a las 14 necesidades básicas de la persona del modelo de Virginia Henderson, y se establecen los objetivos e intervenciones de enfermería

Individualizados en la persona que permiten prevenir, minimizar, y corregir problemas reales, potenciales y posibles.

4. Ejecución: se aplican los cuidados de enfermería que se han planeado para coadyuvar y lograr la independencia de las necesidades básicas que se han identificado como dependientes en la persona.
5. Evaluación: se comparan las respuestas y evolución que tiene la persona de las intervenciones de enfermería que se realizaron, que determinan donde se han logrado los objetivos establecidos a lo largo del proceso de enfermería.

Al término del proceso de enfermería se realizan las conclusiones y sugerencias pertinentes al mismo.

## MARCO TEÓRICO

### **Evolución histórica del cuidado enfermero**

#### **La teoría y conocimientos de enfermería.**

La enfermería es, en esencia, una disciplina práctica, aunque la calidad de la misma depende de las actitudes, los conocimientos y las capacidades para un cuidado efectivo. La forma en que el personal de enfermería utiliza los conocimientos y aplica la teoría influye en su enfoque. Una buena toma de decisión depende de una experta utilización de los conocimientos.

De ellos se deduce que parece que hay algo más en la relación entre la teoría y la práctica que una simple comprensión de lo que se hace y del porque se hace. Para poder discutir la importancia de la teoría y la práctica de enfermería resulta necesario examinar las dos principales interrelaciones. En primer lugar, la interrelación entre los conocimientos y la práctica de enfermería y en segundo, la interrelación entre la presencia de la teoría, su interpretación y su aplicabilidad práctica. Las/los enfermeras/os saben cómo actuar aunque se cuestiona si comprenden el motivo de sus acciones. En el Oxford English Dictionary se define el conocimiento como “la comprensión teórica o práctica”, el estar “bien informado” y “la familiaridad adquirida con la experiencia”. Estas definiciones implican que se puede adquirir un conocimiento sin la introducción de una teoría.

Benner (1985) considero de forma detallada las diferencias entre conocimiento práctico y el teórico. Sugirió que aquellos que adquieren técnicas prácticas es posible que no puedan responder teóricamente de sus actos. Ella continúa sugiriendo que los conocimientos se amplían añadiéndoles el máximo de “experiencia”.

La ampliación de la “experiencia” parece formar una parte importante del desarrollo de los conocimientos de enfermería en este siglo. Considera la forma

en que las/los enfermeras/os tienen respuesta a las demandas de desarrollo tecnológico en tratamientos y modelos de cuidados de salud. Considera también la forma en que las/los enfermeras/os han heredado los procedimientos que con anterioridad realizaban los médicos.

Este fenómeno se ha exacerbado todavía más con la imagen que se tiene de la enfermera como auxiliar del médico. En respuesta al proceso patológico y en general sin tomar decisiones acerca de los cuidados (Chafman, 1985). Además, permanece el hecho de que el trabajo de la profesión médica es en esencial práctico. Este enfoque pragmático, descrito por Friedson (1975) como “la mentalidad clínica”. sugiere que no solo el personal médico perpetua practicas sin conocer el fundamento que lo apoya, si no que la misma naturaleza del trabajo exige la capacidad de adaptarse de una situación individual a otra, la cual se traduce en la posibilidad de que la solución carezca de una base científica o académica.

Aunque se podría discutir el significado del análisis realizado por Friedson del uso que hacen los médicos de los conocimientos, resulta necesario centrarse en el posible efecto que esta actitud ejerce sobre las/los enfermeras/os. Parece ser que las enfermeras han tardado en reconocer la posibilidad de ampliar sus conocimientos clínicos mediante la investigación científica (Crow, 1982). La historia de enfermería sugiere algunas razones para explicar ello, destacando el poder del personal médico sobre su formación. Este incluía el control del curriculum de enfermería, entre la segunda (1920) y la quinta década de este siglo (1950); la consecuencia de todo ello fue que los médicos eran los que daban casi todas las clases de la formación de enfermería. Esta situación tendía a reforzar el estado del conocimiento médico, y limitar la introducción de enfermeras profesores y enfermeras de los servicios en las clases prácticas. Se exacerbó todavía más debido al examen para obtener el certificado estatal. Se exigían respuestas basadas en el modelo médico, y los exámenes prácticos, hasta finales de los años 60, se dirigían fuera de marcos de referencia clínicos. Al parecer, el conocimiento médico disponía de un status muy alto comparado con los conocimientos de enfermería. Esto significa que se daba menos énfasis a los conocimientos e investigación de enfermería.

En lugar de aprender los motivos del desarrollo de la práctica de enfermería las/los enfermeras/os se encontraban asumiendo tareas médicas y técnicas mientras la experiencia médica crecía y aumentaba. Se podría sugerir que se distorsionó el reconocimiento y la importancia de la aplicación de la teoría por el ansia de querer “engullir” la experiencia médica.

Si como averiguó Webb (1881), se valora la experiencia hasta el punto de excluir la investigación, entonces se dificulta el cambio y el desarrollo en la práctica clínica. McFarlane (1976) identificó afirmaciones hechas por enfermeras justificando los rasgos dominantes y negativos de la experiencia. Se incluían: “así, es como los hemos hecho siempre” y “a la enfermera le gusta que lo hagamos así” Murphy (1971) fue más lejos, afirmó que el conocimiento de la enfermería proviene de la “trasmisión de supersticiones, de especulaciones y de la acumulación de experiencias sin fundamento”. Esta acusación no es la única, Henderson (1982) la apoyó. Sin embargo existen otros dos puntos de vista que deben ser mencionados aquí, es decir, el conocimiento proviene de la experiencia y la noción de que existen áreas complementarias de conocimiento práctico. Sería un error suponer que sólo porque algunos de los conocimientos prácticos pueden carecer de una base teórica, carezcan de validez. Benner (1985) sugiere que se puede adquirir la experiencia de la práctica, conduciendo a la pericia, y afirma que “resulta esencial una descripción adecuada de los conocimientos prácticos para el desarrollo y aumento de la teoría de enfermería”.

Esta conclusión indica de forma clara la forma en que la práctica puede servir en el desarrollo de un conocimiento. Sin embargo, en el Reino Unido se reconoce que ha sido muy limitado el uso de la investigación en enfermería como una forma de desarrollar y transmitir los conocimientos, sobre todo antes de los 60 (Hunt, 1981), y aquellos que publican estudios e investigación tienden a ser los profesores y los líderes de las/los enfermeras/os, en vez de las personas que trabajan en áreas clínicas. Al parecer, durante este periodo, las enfermeras no valoraron la posible contribución de enfermería al ciudadano de la salud. Tampoco reconocieron la posible riqueza de conocimientos que tenían al alcance.

En un estudio americano realizado por Smoyak (1976) sobre el contenido teórico de los libros de texto de enfermería, se destacó que los diplomados en enfermería, a los que se les pedía identificar el contenido teórico, identificaron:

“muy poca teoría, algunos hechos (aunque algunos estaban anticuados o se cuestionaban, y se clasificarían como mitos) y gran cantidad de principios para la práctica... Dichos principios rara vez se basaban en hallazgos científicos; provienen del hecho pragmático de tener que sacar adelante el trabajo con prontitud. Tienden a solidificarse como rocas, a medida de que pasan los días, y resulta difícil cuestionarlos”.

Para existir marcada, similitud entre el limitado valor que se da en este estudio a la investigación, y la experiencia del Reino Unido. Quizá los problemas son autoperpetuables si la calidad de la bibliografía de enfermería no consigue representar la realidad como la perciben los que trabajan con ella. No obstante, el reconocimiento de los principios es una cuestión importante. El Concise Oxford Dictionary (1979) define el principio como una “fuente fundamental”, una “verdad fundamental como base de razonamiento”, una “ley general”, un “código personal”. Esto plantea la cuestión de si las enfermeras que participaron en este estudio fueron capaces de identificar la teoría definida por la misma autoridad como “un sistema de ideas basado en principios generales”.

El estudio de Smoyak, por tanto, sugiere que las enfermeras están, de hecho, usando la teoría y cuestionando su valor, reconocimiento al mismo tiempo que la investigación es el medio de validarla. Es necesario, ahora, examinar la naturaleza y el propósito de la teoría y de su utilización en la práctica.

### **Teoría y práctica de enfermería.**

Chinn y Jacobs (1983) define la teoría como “una abstracción sistemática de la realidad que sirve para algún propósito y que describe, controla y predice los” acontecimientos que conciernen a la disciplina en particular. A la luz de esto, la teoría de enfermería podría contribuir hacia la aclaración de ambigüedades al mostrar lo que está pasando y sirviendo como predictor de las acciones de la misma.

Si las teorías son capaces de describir por un lado y predecir por otro, existen una serie de posibilidades en lo referente a su utilización y desarrollo. Así, es necesario examinar las fuentes y los tipos de teorías dado que, en su forma tradicional, el uso de la teoría ha sido limitado. Los profesionales de enfermería poseen una serie de teorías personalizadas, que se demuestra por los distintos enfoques que algunas veces se dan a la práctica. Ocurre en el caso de la prevención y el tratamiento de las úlceras por compresión, la administración de cuidados bucales y en la información preoperatoria.

Las enfermeras pueden ver con suspicacia de una teoría formal ya que son pocas las enfermeras calificadas que ejercen en la práctica. Si la teoría no queda registrada, no solo puede pasar sin ser discutida ni aprobada, si no que puede estar generando prácticas irregulares. La importancia de la teoría para la práctica tiene que servir de apoyo para la misma. Es de gran importancia para reconocer su aplicabilidad.

Entonces, es necesario estimular el desarrollo de una teoría inductiva, es decir, el desarrollo de una teoría a partir del estudio y examen de la práctica de enfermería. Estudios realizados durante la décadas de los años 60 y 70 demostraron la atención prestada a las funciones de enfermería, a los problemas de determinados clientes y a cuestiones relacionados al papel de la enfermera. Durante este periodo surgieron importantes estudios de la práctica; destacan, por ejemplo, el trabajo realizado por Hayward (1975) sobre el grado de dolor y la información dada, y el trabajo de Norton et al (1962) sobre la valoración y prevención de las áreas de presión en ancianos.

Una prestigiosa fuente orientativa previene de las teorías sociológicas, de las teorías de cambio social. Sin embargo, las enfermeras en la práctica general no han conseguido incorporar dichos hallazgos a la misma incluso años después de su publicación. No sólo se ha visto que las enfermeras no leyeron este trabajo, sino que también desconocían de su existencia, incluso cuando sus estudios estaban relacionados con su propio trabajo.

Parece ser que a pesar de existir una teoría disponible, puede subestimarse. Algunas enfermeras no consiguen utilizar los hallazgos de la investigación

porque no comprenden el lenguaje técnico. Ello sugiere que, si los conocimientos que poseen sobre el tema son pocos, las enfermeras no podrán reconocer ningún valor relacionado con su práctica que destaque un defecto importante en el conocimiento basado en la experiencia. De forma similar, las enfermeras pueden dudar de la aplicabilidad de la teoría si no consiguen identificarse con ella y no tienen acceso a la misma.

Este apartado ha encaminado la importancia de la aplicación de la teoría y la utilización de la misma. No existen dudas que el valor que se da a la aplicación de la teoría en enfermería. Se han examinado los conocimientos de enfermería, en el desarrollo de una teoría y la utilización de la misma. No existen dudas de que el valor que se da a la aplicación de la teoría en la práctica ha sido variable. Persiste el hecho que la teoría de enfermería depende no solo de los conocimientos compartidos con otras disciplinas, sino también de la capacidad de la enfermera para identificarse con la misma, de creerla y utilizarla. No obstante, es posible que su aplicación no llegue a comprenderse del todo hasta que las enfermeras valoren el significado y el propósito de la valoración, de la planificación implementada, ejercicios y evaluación de los cuidados.

Es un gran reto, y como afirma Fawcett (1980) “ha llegado el momento de validar del conocimiento con la investigación como un determinante principal de la práctica de enfermería. Solo cuando se comprenda este objetivo, la enfermería será capaz de declararse independiente”.

### **Teoría y modelos de enfermería.**

La enfermería es una actividad compleja. Se puede demostrar de muchas y varias formas. Los modelos ayudan a dar sentido a los diferentes enfoques de los cuidados, ofreciendo una representación de un aspecto de la realidad. El modelo en si no es real, “frecuentemente es abstracto”... y “contiene muchos o la mayoría de los rasgos de la realidad”.

Los modelos son esenciales para el crecimiento de la teoría de enfermería y de los conocimientos de la misma. Son los que contienen a los elementos teóricos que pueden o no ser probados transportados directamente a la práctica.

Los modelos pueden contener también las ideas y experiencias de las enfermeras. Podría decirse que todas las enfermeras tienen su propio modelo de enfermería, que en general reflejan en sus actos, actitudes y conocimientos en su práctica. Estos modelos deberían ser identificados y sometidos a un estudio empírico.

Las enfermeras que se han iniciado en una mayor comprensión de la enfermería a partir de la formación de un modelo de manera habitual tienen sus ideas y sus experiencias acerca de la misma, de la salud, del hombre y la sociedad, y con ello han intentado explicar la interrelación que existe entre ellos.

### **Los rasgos de los modelos de enfermería**

Los modelos de enfermería contemporáneos, como resultado de este proceso, poseen en común unos rasgos claves. Éstos se podrían resumir de la siguiente manera:

1. Se da prioridad a la integridad del individuo
2. La valoración de las necesidades de salud del individuo es la base de todas las actividades de toma de decisión en la resolución de problemas relacionados con el cuidado.
3. El valor se sitúa en el fomento y promoción de un grado óptimo de salud para el individuo a lo largo de todo el periodo de cuidado.
4. Cada modelo ofrece un tema o enfoque de enfermería que proporciona un modo de centrar las necesidades del individuo, en caso del autocuidado y la adaptación. Por lo tanto, el modelo es la guía del proceso de toma de decisión.

### **Para la práctica de la enfermería clínica, un modelo:**

“Proporciona la dirección para el proceso de valoración y proporciona un enfoque sistemático del cuidado al paciente. Muestra a la enfermera lo que hay que buscar y cómo tiene que proporcionar el cuidado de enfermería.

### **La selección de un modelo de enfermería.**

La selección de un modelo de enfermería y de un enfoque del cuidado de la misma puede seguir una de dos perspectivas generales. La selección, puede estar influenciada por las necesidades individuales del paciente. Se puede escoger siguiendo una valoración completa y una comprensión de las prioridades de los cuidados. De forma alternativa, la selección puede depender de un criterio amplio de pacientes, sino también factores asociados con el equipo de cuidados de salud, el entorno de los mismos y a los recursos. Esto resulta pertinente cuando el entorno clínico se utiliza para la educación básica o post-básica, y donde se utiliza un modelo, facilitando un buen cuidado además de una comunicación verbal y no verbal eficaz entre el personal.

Resulta importante resaltar aquí que el plan de cuidados puede inhibirlos o facilitarlos. Ello se hace realidad en un entorno clínico docente, donde los impresos para registrar la información están bien diseñados y permiten trazar los rasgos del modelo para hacerlo más explícito. Ello conduce a la persona inexperta que lo vaya a utilizar hacia una valoración exhaustiva y una conservación de los registros.

## EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

### **Antecedentes personales y profesionales.**

Virginia Henderson es una enfermera norteamericana. Nació en 1897 en Kansas (Missouri). Desarrolló su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingresó a la escuela de enfermería de la Armada en Washington D.C graduándose tres años más tarde.

Inició su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería. Cinco años después regresó a la universidad, donde obtuvo el grado de Maestra en artes con especialización en docencia de Enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica, volvió a la universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico y práctica clínica, por el periodo de 1930- 1948.

Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Bertha Harper, que se publicó en español con el nombre de tratado de Enfermería Teórica Práctica y que sirvió de libro de texto o de consulta de muchas escuelas de enfermería. El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teorías, en el grupo de enfermería Humanística, porque considera a la profesión de Enfermería como arte y una ciencia.<sup>1</sup>

En 1955 publicó su libro “Definición de enfermería”, en 1966 perfiló su definición en el libro “The Nature of Nursing”.

Explicación de los supuestos principales del modelo de Virginia Henderson  
*“cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud”.*

Un estado saludable es aquel en el que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla

---

1 WOLFF. Cursos de enfermería moderna 7 ed. Ed. Harla. Méx. p.6

lo más rápido posible. Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar este estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

Valores; “La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta y esto le ayudará a afirmarse como colega de los otros miembros del equipo de salud. Cuando desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada.

“La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo como la enfermera”. La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicio.

La enfermera es un profesional capaz de hacer un juicio independiente, es decir tiene la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería, y ayudar a las personas en las diferentes actividades; necesidades bajo un conocimiento biológico, social y de técnica.

**Persona:** Individuo (un ser humano único y complejo con componentes biológicos psicológicos socioculturales y espirituales) que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad) que necesita de la asistencia para alcanzar su salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Influye por el cuerpo y la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia, necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

**Dependencia:** Se define como la capacidad de la persona para realizar actividades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

**Independencia:** La ausencia de actividades llevadas a cabo por otra persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades, por falta de fuerza, voluntad o conocimiento.

**Entorno:** sin definirlo explícitamente lo relaciono con la familia, abarcando la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados, la sociedad espera de los servicios de la enfermera para aquellos individuos capaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

1. Físicos: aire, temperatura, sol, etc.
2. Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

**Salud:** La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas.

- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada y temperatura):
- La seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencia).
- Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

**Enfermería:** la define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades para una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermera ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

**Necesidades.** Henderson identifica 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover el desarrollo y crecimiento de la persona, que constituyen las componentes de la asistencia de enfermería, dichas necesidades son:

1. **Respirar normalmente.**
2. **Comer y beber en forma adecuada.**
3. **Eliminar los residuos corporales.**
4. **Moverse y mantener una postura adecuada.**
5. **Dormir y descansar.**
6. **Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).**
7. **Mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno ambiental.**
8. **Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.**
9. **Evitar los riesgos del entorno y evitar lesiones a otros.**
10. **Comunicarse con los demás, expresando sus emociones, necesidades, temores y opiniones.**
11. **Profesar su fe.**
12. **Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.**
13. **Jugar o participar en alguna actividad recreativa**
14. **Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzca al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.**

La enfermera requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un plan de cuidados del enfermero por escrito.

Desde un punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación de la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

**Epistemología:** Aunque la mayor parte de su teoría está basada, como así define en su libro “The Nature of nursing”, en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, también utiliza la observación de su práctica diaria para dar una forma a una teoría.

### **Asunción del modelo.**

El profesional de enfermería requiere de trabajar de una manera independiente 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 este para proporcionar el cuidado del paciente.

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente;

1. **La enfermera como sustituto del paciente:** en estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente”.-
2. **La enfermera como ayudante del paciente:** la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.
3. **La enfermera como compañera y orientadora,** la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia y juntos formulan el plan de cuidados, lo ejecutan y lo evalúan.

Henderson afirma que “la enfermera es temporalmente, la conciencia del inconsciente. La pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven”<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> GARCIA G.M El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Edit. Progreso p 15

Henderson un plan de estudios en tres fases. El punto central de cada una de las fases permanece igual; asistir al paciente cuando necesita fuerza, voluntad o conocimiento para realizar sus actividades diarias o para llevar a cabo la terapia prescrita con el objetivo principal de la independencia.

**Primera fase:** el énfasis recae en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de los cuidados de enfermería y la función particular de la enfermería en la asistencia para que el paciente lleve a cabo sus cuidados diarios.

En esta primera fase el plan de estudios no completa estados patológicos o enfermedades específicas, sino que tiene en cuenta principalmente, las condiciones que afectan las necesidades básicas.

En la **segunda fase**, el énfasis recae en ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades durante trastornos corporales o estados patológicos que exigen modificaciones en el plan de cuidados de enfermería. También se refiere en la atención en procesos fisiológicos, para tomar medidas preventivas, a fin de evitar el desarrollo de complicaciones.

En la **tercera fase**, el énfasis se centra en el paciente, la familia y la comunidad. Henderson ha enfatizado sobre el hábito de investigación, “es mejor un conocimiento minucioso de unos cuantos procesos, que en conocimientos superficiales de muchos trastornos”.

En esta última fase, el enfermero debe ser capaz de desempeñar un amplio abanico de actividades de enfermería, requeridas por las necesidades de los pacientes.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados de enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

### **Consideraciones éticas**

Ya que el cuidado de enfermería se desarrolla dentro de una relación privilegiada enfermera o persona, donde la confianza e intimidad que la caracteriza le permite a la enfermera a conocer las necesidades de la persona, las cuales pueden ser derivadas del estado de salud o enfermedad en el que se encuentra, el cuidado de enfermería debe estar basado en conocimientos sólidos y actualizados de la ciencia y la tecnología, así como los fundamentos humanísticos, culturales, sociales, biológicos, epidemiológicos e históricos para dar una atención integral e individualizada.

## **EL PROCESO DE ENFERMERIA**

Aceptando que el proceso de enfermería se considera como la esencia de la profesión, puesto que se basa en un método para la intervención del cuidado de enfermería para la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades en las personas sanas o enfermas que así lo demanden con la relación humana, podremos abarcar y explicar las distintas etapas de las cuales se conforma el proceso mismo de enfermería.

Según Rosalinda Alfaro (1993) “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran han la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales y potenciales”. En el término paciente se incluye también a la familia o a la comunidad.<sup>3</sup>

Yura y Walsh (1988) afirman que el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, y pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo de la persona y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación

---

<sup>3</sup> GACIA G:M: El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Edit. Progreso Méx. P 21

exija para llevarle de nuevo el estado de bienestar. En caso de este bienestar no se puede conseguir, el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida de la persona, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

### **Objetivo**

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, de la familia y la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre las personas y el profesional de enfermería y la persona como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con la persona y de forma conjunta utiliza el proceso de enfermería. Esto ayuda a la persona a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

El proceso de enfermería comprende una serie de pasos interrelacionados. Estos pasos son clínicos, es decir, cada paso se repite tantas veces como lo requerían los cambios en el estado de salud de la persona que alteran la base de datos y hacen necesarias nuevas valoraciones, diagnósticos de enfermería, planificación, implementación y evaluación de resultados. La interacción entre cada una de las partes del proceso de enfermería es constante: el proceso es dinámico, más que estático. Los en un paso del proceso afectan a todos los demás. La esencia de la práctica profesional de la enfermería se encarna en la aplicación del proceso de enfermería a la atención de la persona.

### **Etapas del proceso atención de enfermería**

#### **Valoración**

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. Es un proceso continuo, sistemático y dinámico por medio del cual los enfermeros, a través de la interacción con el paciente, su familia y otros profesionales de la salud, reúnen y organizan datos acerca del paciente.

### **Hay dos tipos de valoración.**

1. Inicial o primaria: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primera vez que contactamos con el paciente). Nos permita recoger datos generales. Facilita la ejecución de las intervenciones.
2. General o Focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Recoge datos a medida que se producen los cambios. Contribuye a realizar revisiones y actuaciones del plan.

### **Fases de valoración**

#### **1. Recogida u obtención de datos.**

Es la recopilación de forma sistemática y continua de toda la información disponible que se obtiene de un paciente.

#### **Las fuentes de obtención de datos son las siguientes:**

- a) Paciente y su familia: dependiendo de quién aporta el dato, puede ser:
  - Subjetivo (síntomas o datos recubiertos): Son los transmitidos por el paciente y solo él puede describir (dolor, prurito...)
  - Objetivo (signos o datos manifestados): Son los datos que se observan realizada por la persona que recoge los datos. (Eritema, vesículas).

#### **Métodos de recogida de datos:**

1. **Observación:** Es un método sistemático de recogida de datos que consiste en los sentidos, con el objetivo de tener información sobre el paciente, familia y su entorno, así como la interrelación entre estas tres variables.
2. **Entrevistas:** Es la recogida información a través de una conversación planificada y con unos objetivos determinados. Obtenemos datos subjetivos. Es la historia de enfermería.

3. **Exploración física:** Es un examen exhaustivo y sistemático, se centra en:
  - Definir a un más la respuesta del paciente ante la enfermedad.
  - Obtener datos para establecer comparaciones.
  - Confirmar los datos subjetivos obtenidos en la entrevista.

**Técnicas de exploración:**

1. **Inspección:** es la exploración visual del paciente para determinar respuestas normales o anormales. Debe de hacerse en forma sistemática y activa para no dejar nada sin inspeccionar.
2. **Palpación:** es la utilización del tacto para determinar las características de las estructuras del organismo.

Permite evaluar: tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, vibración, distensión, pulsos, sensibilidad o dolor y movilidad.
3. **Percusión:** obtiene el resultado de golpear una superficie corporal con los dedos para producir un sonido. Esta técnica permite determinar el tamaño y forma de los órganos internos mediante el establecimiento de sus bordes y nos indica si un tejido u órgano se encuentre lleno de aire, líquido, etc.
4. **Auscultación:** consiste en escuchar el ruido producido por los órganos del cuerpo. Puede hacerse en forma directa (oído), o bien, indirecta (estetoscopio o fonendoscopio).
  - Expediente clínico: es un documento legal que maneja el equipo de salud, en el cual se concentra la historia clínica del paciente.
  - Registros de enfermería al problema.

## **Diagnóstico de enfermería**

Es un proceso de deducción clínica a través de la observación de los cambios físicos o psicológicos que se producen en el paciente, si se hace correcto e inteligentemente, conducirá a la identificación de las posibles causas de la sintomatología (Aspiral).

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente. (Rosalinda Alfaro 1993)<sup>4</sup>

Es un juicio clínico establecido en función de las respuestas (humano, familia y comunidad) ante procesos reales y potenciales.

En el término enfermero proporciona la base para la selección de actuaciones, de cuyos resultados es responsable el personal de enfermería. (NANDA/90, Carpenito,)

## **Tipos de diagnósticos**

Gordon plantó el formato **P.E.S** para enunciar y confirmar diagnósticos.

1. **(P)** es el problema
2. **(E)** la causa o etiología
3. **(S)** los signos y síntomas

Este formato P.E.S es valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas.

## **Diagnóstico Real**

Es el que describe un estado que está presente, que existe, validado por signos y síntomas “mayores

---

4 GARCIA G.M. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Edit. Progreso Méx. 1997 p 32

### **Diagnósticos de riesgo**

Describe que una persona es más vulnerable que otra (desarrollar el problema) en una situación similar. (Hay factores reales). Validados por los factores contribuyentes (riesgo).

### **Diagnóstico potencial**

Describe un problema que la enfermera sospecha que puede estar presente pero que requiere una recogida de datos, adicional, para destacar o confirmar su presencia, (no hay unos factores reales).

### **Problemas interdisciplinarios**

Describe un problema potencial o real que aparecer como complicación fisiológica. Relacionado con:

1. Enfermedades primarias: enfermedad base (enfermedad secundaria se produce después).
2. Pruebas diagnósticas

### **Destrezas necesarias para el diagnóstico.**

1. Conocimiento de los resultados de los seres humanos.
2. Conocimientos de los elementos del diagnóstico de enfermería.
3. Conocimiento de la taxonomía diagnóstica.
4. Conocer y reconocer los datos identificados.
5. Contar con la posibilidad de error diagnóstico.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptados por la NANDA para la formulación descripción diagnóstica, en 1990 su novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene cuatro componentes:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o termino que representa un patrón.

2. Definición: expresa un significado claro o preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, esta es la que nos da significado propiamente del diagnóstico, el título sólo es sugerente.
4. Las características que definen los diagnósticos reales, son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas presentes que se han calificado como secundarios, están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se considera evidencia necesaria del problema.
5. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que puede influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluye en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo:
  - Factores fisiopatológicos (biológicos y psicológicos). Shock. Anorexia nerviosa.
  - Factores de tratamiento (terapias, pruebas, diagnósticos, medicación, etc.)
  - Factores de medio ambiente como, expuesto a residuos tóxicos, etc.

### **Ventajas de la realización de diagnósticos**

#### **Para el paciente:**

1. Permite la identificación de sus necesidades particulares.
2. Permite plantear objetivos para su cuidado personal.
3. Permite una nueva visión profesional de los problemas.
4. Permite un tratamiento específico de las enfermeras sobre alguno de sus problemas.

## 5. **Como profesión**

1. Define nuestra área de responsabilidad.
2. Aumentará nuestro prestigio profesional ante el usuario y otros profesionales.
3. Aumentará la motivación.
4. Favorece el crecimiento profesional

### **Para la enfermera**

1. Facilitará la comunicación por el uso de una taxonomía propia.
2. Favorece la implementación del proceso de atención de enfermería como método de trabajo.
3. Aumentará la información sobre el paciente.
4. Permitirá la participación con contenido específico de las reuniones del equipo de salud.

### **Planificación**

Consiste en elaborar un plan de acción con el fin de prevenir, reducir o solucionar los problemas de salud identificados en el paciente.

Lo esencial de la planeación, presupone un esfuerzo deliberado para fijar objetivos precisos tanto a corto, como a largo plazo, confirmando continuamente la validez de los datos obtenidos en la valoración de los problemas del paciente, estableciendo prioridades y tomando decisiones relativas a las medidas específicas que deben tomarse para resolver sus problemas.

### **Plan de cuidados**

En el plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986).” es un instrumento para documentar y comunicar la situación del

paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

La finalidad de los planes de cuidado está dirigida a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

1. Los cuidados individualizados.
2. La continuidad de los cuidados.
3. La comunicación.
4. La evaluación.

Partes que componen los planes de cuidados.

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

1. Diagnósticos de enfermería/ problemas interdependientes.
2. Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado).
3. Ordenes de enfermería (actividades).
4. Evaluación (informe de evaluación).

### **Ejecución**

Es la puesta en práctica de lo planeado en la fase anterior. Las fases de planeación y ejecución tiene una relación muy estrecha y en la práctica se puede encontrar dificultad en marcar la diferencia, la clave está en que durante la planificación se proponen las actividades, y en la ejecución se ponen en práctica, en los registros del plan de cuidados se anotaran las respuestas del paciente a las actividades de enfermería.

La planificación dirige la ejecución, que a su vez está determinada por la valoración continua del paciente.

## **Evaluación**

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las acciones de enfermería.

A la etapa de evaluación se le da el quinto lugar del proceso de enfermería porque es el que corresponde siguiendo un orden lógico en el ordenamiento de las etapas. En la práctica puede decirse que es un proceso que inicia desde la etapa de valoración y retroalimentación a cada una de las otras etapas.

El papel de la enfermera en la valoración de salud del adulto mayor

En fecha reciente se ha prestado mayor atención a las necesidades especiales en el adulto mayor, por lo que ha indicado la importancia de prepararse para satisfacer las necesidades de mantenimiento de salud de este sector de la población.

Sabemos que en la actualidad el arte en la enfermería profesional consiste en diagnosticar y tratar la “reacción humana”. La frase importante en este caso valga la redundancia es la reacción humana ya que entendiéndose de esta manera, las enfermeras no diagnostican, ni tratan las enfermedades, sino las reacciones humanas ante enfermedades o estados alterados de salud. Por ello están preparadas para asumir la atención de salud en los adultos mayores, utilizando el modelo de Virginia Henderson para tal efecto, o bien cualquier otro modelo que permita a la enfermera practicar el arte de atender a las personas para que alcancen y mantengan una salud y funcionamiento óptimos. Para todo esto la enfermera debe tomar en cuenta que los adultos mayores representan dos esferas importantes de atención a la salud;

1. Mantenimiento de la salud y prevención de la salud o invalidez.
2. Una atención sumamente experta, de enfermería cuando se enferman.

También debemos tomar en cuenta que la valoración de enfermería en el adulto mayor resulta un tanto complicada debido a la multiplicidad de

problemas relacionados, a los procesos normales y patológicos que se presentan a esta edad y a las interacciones entre estos.

Sin embargo, la habilidad profesional de la enfermera sobrepasa esto, cuando aplica una adecuada metodología y funge como líder ante esta reacción humana de la persona y todo lo que se mueve alrededor de ésta; diagnosticando, tratando y enseñando a la persona a mantener su salud.

A partir de este marco conceptual decidimos que el papel de la enfermera desde la obtención de los datos relacionados con el problema de salud del adulto mayor deben ser propositivos y orientarse en relación con las características individuales de la persona mayor; teniendo la enfermera un marco referencial bien definido de las características de esta etapa del desarrollo humano desde la búsqueda de información o datos acerca del adulto mayor, utilizando un recurso muy estratégico que es la entrevista con la cual obtenemos un panorama general de su situación de salud actual y pasada respecto a la persona; es importante destacar que debido a los diversos problemas que pueda tener la persona en relación con la dependencia para mayor fiabilidad de los datos se correlacionaran con el adulto mayor (fuente primaria) en cuestión y su familia (fuente secundaria), y los registros de salud que se tengan acerca del primero así como no dejar de lado la perspicacia y observación directa de la enfermera ante tal cuestión.

Posteriormente echamos mano a los métodos de exploración física como son observación, palpación, percusión y auscultación registrando todos los hallazgos para poder utilizar posteriormente de manera efectiva la información obtenida a través de la valoración, empleando en todo momento ante la persona un enfoque integral (biológico, psicológico social, espiritual); o como destaca la Asociación Americana de Enfermeras, sobre la importancia de la etapa de valoración del adulto mayor, en su publicación *Standard Of Geriatric Nursing Practice* (punto 3) “la enfermera observa los hallazgos muy evidentes como los más sutiles siempre que se relacionen con los cambios, tanto normales así como los patológicos del proceso de envejecimiento, e instituirá las medidas de enfermería que le parezcan pertinentes

Pues la trascendencia del papel de la enfermera es: “mientras mayor sea la base de conocimientos sobre la que se apoya la valoración, mayor será la eficacia para abordar la respuesta humana del adulto mayor y por ende brindará una atención de enfermería con calidad y mejorará la calidad de vida de ellos.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una persona femenina de **75 años** de edad, **religión católica, con una escolaridad de primaria**, se dedica al hogar, **procedente de estado de México**. Inició padecimiento el 14 de julio del 2015, al presentar mareos y malestar general. Acudió a consultorio particular, se registró presión arterial de 160/90, se inició tratamiento con Norvas 5 mg 1 tableta por día. Sin embargo, continuó con la misma sintomatología. Los días subsecuentes la cefalea es más intensa por lo que acudió al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, donde es valorada por presentar cefalea frontal pulsátil con irradiación occipital acompañada de vómito y deterioro del estado de alerta, presión arterial de 220/110 por lo que es referido al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. El 19 de julio ingresó al servicio de urgencias, se realizó estudio de tomografía, e intentó realizar angiografía la cual no fue posible debido a presencia de aterosclerosis generalizada. Se reportó un diagnóstico médico de hemorragia subaracnoidea (HSA) Fisher IV por ruptura de aneurisma de la arteria comunicante anterior, por el diagnóstico clínico se planeó la colocación de clip en el sitio de aneurisma. El 20 de julio se intervino quirúrgicamente, por el manejo quirúrgico y necesidad de observación de evolución se traslada al servicio de terapia intermedia intubada y bajo efectos de sedación.

## DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERIA

### VALORACION DE LAS NECESIDADES HUMANAS

#### 1. Necesidad de oxigenación

##### SUBJETIVO

¿Padece algún problema relacionado con su respiración? Si ¿Cuál?

Tos crónica

¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar? Malo para la salud de uno mismo y los demás ¿usted fuma? Si ¿desde hace cuanto tiempo? Desde la adolescencia ¿que cantidad de cigarros fuma al día?

6 ¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar? Le genera tranquilidad ¿considera que el lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? Si ¿Por qué? El lugar donde vive es zona urbana ¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? Ninguna fármacos específicos sin datos otros sin datos

##### OBJETIVO

Paciente en estupor, orointubada asistida a ventilación mecánica modo asistido controlado FiO2 al 60%, saturación de oxígeno al 95%, FR de 14X produce abundantes secreciones amarillo sanguinolentas espesas, ausencia de reflejo tusígeno y nauseoso, con úlcera en cavidad oral y abundante sialorrea, a la auscultación campos pulmonares ventilados con estertores gruesos. Se encuentra con monitorización cardiaca, a la auscultación ruidos cardiacos rítmicos sin disrritmias, frecuencia cardiaca de 60 por minuto, presión arterial de 150/90.

## 2. Necesidad de Nutrición e Hidratación

### SUBJETIVO

¿Qué alimentos consume regularmente? Verduras y legumbres  
¿cuántas veces se alimenta al día? 3 veces al día ¿Qué alimentos  
prefiere? Alimentos secos ¿tiene problemas para masticar o deglutir?  
Si ¿cuáles? ¿Cómo influye a su estado de ánimo en la ingestión  
de líquidos? Cuando no come a sus horas se molesta ¿influyen sus  
creencias religiosas en su forma de cómo se alimenta? No ¿Qué  
porcentaje económico destina para su alimentación? 50 pesos diarios  
¿Utiliza sustancias para reducir de apetito? No Fármacos sin datos

### OBJETIVO

Peso 94 kg talla 1.65 cm paciente con sonda naso gástrica, mucosas nasales y orales semihidratadas, abdomen globoso a expensas de tejido adiposo blando, depresible, sin masas palpables. A la percusión abdomen con sonido timpánico.

## 3. Necesidad de eliminación

### SUBJETIVO

¿Cuántas veces evacua al día? 1-2 al día ¿Qué características tienen sus heces? Normales ¿Cuántas veces micciona al día? Sin datos ¿qué características tiene su orina? Amarilla ¿utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? No ¿padece algún problema relacionado con la evacuación, micción? No

### OBJETIVO

Evacua por lo regular una vez al día con características normales. No controla esfínteres debido a la lesión en la arteria comunicante anterior, así que se utiliza pañal y colocación de sonda vesical con un flujo continuo de orina.

#### 4. Necesidad de Movilidad y Postura

##### SUBJETIVO

¿Cómo es su actividad física continua? No realiza ninguna actividad

¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y postura?  
Debido a sus manifestaciones clínicas le imposibilitó casi por completo.

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? No

##### OBJETIVO

No realiza ninguna actividad física, ni ejercicio debido a la cuadriplejia y la alteración del nivel de conciencia (estupor). Presenta edema de ambas extremidades principalmente en miembros torácicos. A la exploración muscular se encuentra rigidez muscular.

#### 5. Necesidades de descanso y sueño

##### SUBJETIVO

¿Cuánto tiempo destina para descansar? Durante la tarde ¿Cuántas horas duerme? 8 horas ¿se duerme fácilmente? A veces ¿cree tener alteraciones del sueño? Si ¿A qué cree que se deba estas alteraciones? Preocupaciones con sus hijos ¿ronca ruidosamente? Si ¿usted cree que el roncar es un problema de salud? Si ¿Qué ha hecho para solucionarlo? Nada ¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? Si no se duerme se siente molesta durante todo el día ¿Cómo influye el lugar donde vive para su descanso y sueño? El lugar donde vive es muy ruidoso, vive sobre la avenida y eso evita que descanse

##### OBJETIVO

A la inspección se encuentra en estado de estupor profundo.

#### 6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

## **SUBJETIVO**

**¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? Si ¿en qué medida? Por su problema resiente es necesario que le ayudemos ¿elige su vestuario en forma independiente? No ¿su autoestima es determinante en su modo de vestir? No le molesta lo que elegimos para vestirla**

## **OBJETIVO**

Se proporciona baño de esponja, en el cual se cambia la ropa de cama, pañal y bata.

### **7. Necesidad de termorregulación.**

## **SUBJETIVO**

**¿Cómo influyen sus emociones en su temperatura corporal? Sin datos ¿regularmente que temperatura tiene? Sin datos ¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? Es muy friolenta y siempre la abrigamos ¿que medidas emplea para mantener su temperatura corporal? La tenemos con ropa térmica.**

## **OBJETIVO**

Se mantiene con una temperatura de 37.7 grados (febrícula).

### **8. Necesidad de higiene y protección de la piel.**

## **SUBJETIVO**

**¿Con frecuencia se realiza baño y aseo de actividades? Diario ¿a qué hora prefiere bañarse? Por las mañanas ¿Cuántas veces se lava los dientes al día? Dos veces ¿en qué casos se lava los dientes? Cuando va al baño, preparaba la comida o cuando estaban sucias ¿con que frecuencia se corta las uñas? Cada mes aproximadamente ¿Qué aspectos de la higiene considera más importantes? El baño ¿Qué significa para usted la higiene? Estar limpio y confortable**

## OBJETIVO

El baño se le realiza diario (de esponja), el aseo bucal una vez por turno. En la exploración encontramos que su piel esta semihidratada, higiene bucal deficiente, con ulcera en cavidad oral y abundante sialorrea.

9. Necesidad de evitar peligros.

## SUBJETIVO

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? Si ¿Qué tipo de exploración física realiza para evitar daños a su salud? Papanicolaou y exploración de mama ¿con que frecuencia se realiza autoexploración física? Cada año ¿tiene vida sexual activa? No ¿toma bebidas alcohólicas? A veces ¿desde cuándo y con qué frecuencia? Desde la adolescencia y solo en reuniones familiares ¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? Afecta a la salud más cuando se hace con frecuencia ¿ha tomado fármacos o “remedios” sin prescripción médica? Si ¿como cual o qué? Té de manzanilla ranitidina ¿en el lugar donde vive, existen peligros que le pudieran provocar daños a su salud? Si ¿Cuáles? El smog y el ruido ¿Cómo manejan una situación de estrés? Se apoya en sus hijas

## OBJETIVO

Debido al padecimiento actual, solo responde de manera breve a estímulos intensos y repetidos, debido a la alteración de conciencia (estupor).

10. Necesidad de comunicarse

## SUBJETIVO

¿Con quién vive? Con dos nietos y su hijo ¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? Son muy unidos ¿pertenece a un grupo social? No ¿durante cuánto tiempo esta solo? Regularmente siempre

está acompañada ¿tiene pareja? No ¿utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? No

## OBJETIVO

Actualmente debido a la pérdida del estado de alerta, tiene una nula interacción con el medio ambiente, por tanto una incapacidad para la comunicación. El ambiente hospitalario que se le brinda en el servicio de terapia intermedia es tranquilo.

### 11. Necesidad de creencias y valores

#### SUBJETIVO

¿Tiene alguna creencia religiosa? Si ¿Cuál? Es católica ¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? Todo va relacionado con sus creencias ¿con que frecuencia acude a centros religiosos? Cada 8 días ¿sus creencias religiosas pueden inferir en su salud? Si ¿Por qué? Teniendo fe a Dios el hombre puede estar bien ¿sus creencias religiosas le generan conflictos personales? Se molestan sus hijos cuando va a misa ¿Qué significa para usted un valor? Sin datos ¿considera usted congruente su forma de pensar con su manera de vivir? De acuerdo a sus decisiones y enseñanzas su vida ha sido tranquila y de ejemplo ¿Qué significa para usted la vida y la muerte? La luz y la muerte al final de todo.

### 12. Necesidad de trabajo y realización

#### SUBJETIVO

¿Cuáles su rol familiar? Abuela ¿está satisfecha con el rol que desempeña? Si ¿Por qué? Disfruta a los nietos ¿sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? Si ¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? Cuida los nietos prepara la comida.

**13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.**

**SUBJETIVO**

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? No ¿porqué? Por su edad ¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? Ninguna ¿se integra con su familia y otras personas han la realización de actividades recreativas? Si ¿Por qué? Le gusta estar con sus nietos ¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? Cuando juega con sus nietos y convive con sus familiares se nota alegre.

**14. Necesidad de aprendizaje**

**SUBJETIVO**

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? Si ¿de qué tipo? Por el padecimiento que tiene actualmente ¿Qué significado tiene para usted la escuela? Siempre nos inculcó la escuela y que era indispensable para la vida y nuestra superación.

## VALORACION DE ENFERMERIA

Actualmente su diagnóstico de enfermería es: **Alteración en el estado de conciencia.**

A la inspección se encuentra en estado de estupor profundo.

Cabeza sin lesiones, cabello cano corto, palidez generalizada de tegumentos, ojos simétricos, pupilas mióticas, presencia de respuesta pupilar a estímulos luminosos, orejas simétricas, mucosas nasales y orales semihidratadas con sonda naso gástrica; orointubada asistido controlado a un FiO<sub>2</sub> al 60%, saturación de oxígeno al 95%, presenta abundantes secreciones amarillo sanguinolentas espesas, con ausencia de reflejo tusígeno y nauseoso; con úlcera en cavidad oral y abundante sialorrea, a la aplicación se encuentra hipertermia, piel deshidratada, con diaforesis. Fondo de ojo sin alteraciones, conducto auditivo integro, paladar integro. No hay respuestas a estímulos.

Cuello sin adenomegalia con tráquea central, pulso carotideo sincrónico.

Tórax cilíndrico, con monitoreo cardiaco, clavículas simétricas, catéter subclavio en miembro torácico derecho, costillas integras. A la auscultación, campos pulmonares ventilados con estertores gruesos, frecuencia cardiaca sin ruidos característicos.

Abdomen, globoso a expensas de tejido adiposo blando, depresible, sin masas palpables. A la percusión abdomen con sonido timpánico.

Extremidades, edema en ambas extremidades principalmente en miembros torácicos, presenta cuadriplejia e hiperriflexia, con equimosis en femoral izquierdo.

Genitales íntegros, sonda vesical a derivación con bolsa recolectora, la uresis presenta sedimentos, sin masas presentes.

Los signos vitales son 150/90, FR 14x` FC 60x` temperatura de 37.7 C°.

## **Valoración de necesidades**

### **Necesidad de oxigenación:**

Es una paciente en estupor, orointubada asistido a ventilación mecánica modo asistido controlado FiO<sub>2</sub> al 60%, saturación de oxígeno al 95%, produce abundantes secreciones amarillo sanguinolentas espesas. Según sus familiares fumaba 6 cigarrillos al día. A la exploración se encontraron estertores. Ruidos cardiacos rítmicos sin disrritmias, frecuencia cardiaca de 60 por minuto.

### **Necesidad de eliminación**

Evacua por lo regular una vez al día con características normales. No controla esfínteres debido a la lesión en la arteria comunicante anterior, así que se utiliza pañal y debido a la colocación de sonda vesical presenta un flujo continuo de orina.

### **Necesidad de movilidad y postura**

No realiza ninguna actividad física, ni de ejercicio debido a la cuadriplejia y la alteración del nivel de conciencia (estupor). En la exploración muscular se encuentra rigidez muscular.

### **Necesidad de higiene y protección de la piel**

El baño se realiza diario (de esponja), el aseo bucal una vez por turno, en la exploración encontramos que su piel esta semihidratada, higiene bucal deficiente.

### **Necesidad dependiente: Oxigenación**

### **Diagnóstico de enfermería**

Alteración del nivel de conciencia relacionado con depresión del sistema activador reticular ascendente manifestado por estupor.

### **Fundamentación.**

El sistema de activación reticular, consta de fibras que se proyectan a la corteza cerebral. Este sistema se encarga de mantener la conciencia y el

despertar. El daño al sistema activación reticular o a otras partes puede producir alteración del estado de conciencia.

**Objetivo**

Disminuir el riesgo de complicaciones por déficit neurológico

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Valorar el nivel de conciencia	Al deterioro de esta área normalmente será el primero en aparecer, identificarlo oportunamente ayudará a intervenir inmediatamente previniendo riesgos más graves.
Valorar respuesta pupilar a estímulos luminosos por hora	Examinar el estado de pupilas, los cambios pueden sugerir la implicación del tronco encefálico por un aumento de la presión intracraneal (PIC)
Mantener presión arterial media (PAM) entre 90 y 100 mmHG.	Mantener la presión arterial dentro de los límites normales evita un aumento de la presión intracraneal (PIC), favoreciendo la perfusión cerebral y evitando así una nueva hemorragia.
Elevación de la cabecera de 30 a 45 grados.	Colocar al paciente en posición semifowler favorece el retorno venoso cerebral favoreciendo la perfusión en los vasos disminuyendo el riesgo de isquemia y aumento

	<p>de la PIC. Es importante mantener de igual manera el cuello y la cabeza, bien alineados evitando la flexión para favorecer el retorno venoso.</p>
<p>Evitar maniobras de vasalva, tos y pujidos.</p>	<p>Las maniobras bruscas o esfuerzos pueden ocasionar aumento de la PIC y causar rompimiento de aneurisma.</p>
<p>Vigilar parámetros del ventilador; FiO2 al 60%, saturación de oxígeno 90-100%.</p>	<p>La vigilancia estrecha en paciente con ventilación mecánica es de suma importancia, ya que esta es una situación de extrema dependencia. La vigilancia exige la monitorización respiratoria que nos permita presenciar alteraciones en el patrón respiratorio que puedan agravar la perfusión cerebral.</p>
<p>Explicar al paciente los procedimientos que se realizaran y ubicarlo en cuanto a persona, lugar y tiempo.</p>	<p>A pesar de la alteración del estado de conciencia al paciente es un ser que necesita cuidado, apoyo y respeto, se le debe informar sobre todo procedimiento que se la va a realizar, logrando orientándolo en espacio, persona y tiempo, y lograr que esto sea con un enfoque holístico.</p>

## Evaluación

Se logra mantener las vías aéreas permeables y una saturación de oxígeno adecuada.

**Necesidad dependiente:** Oxigenación

## Diagnóstico de enfermería

Limpieza ineficaz de vías aéreas respiratorias relacionado con supresión del automatismo respiratorio y el reflejo de tos, manifestado por abundantes secreciones bronquiales espesas de color amarillentas Que obstruyen la cánula endotraqueal e impide el libre tránsito de oxígeno.

## Fundamentación

Los pacientes con vías aéreas artificiales siempre requieren asistencia con remoción de secreciones. Los tapones de secreciones en la cánula son frecuentes porque entra sin humedad con que lo hacía llegar desde la nariz y boca, provocando ciertas complicaciones, así mismo, la disminución del reflejo de la tos y el nauseoso así como la movilidad contribuyen al desarrollo de atelectasia y neumonía.

## Objetivo

Mantener una ventilación adecuada y vías aéreas permeables, libres de secreciones

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Aspiración gentil de secreciones de la cánula endotraqueal, nariz y boca las veces que sean necesarias.  Cambios frecuentes de posición.	Son maniobras que se realizan para mantener la vía aérea permeable libre de secreciones.  El cambio frecuente y periódico de posición, tiene como objetivo favorecer la respiración y la circulación sanguínea, evitando así posibles complicaciones.

<p>Mantener la cabecera a 45 grados, en una posición semifowler.</p>	<p>La posición semifowler es con el fin de elevar la ventilación, ya que permite una expansión más adecuada de los pulmones.</p>
<p>Extracción de sangre arterial para gasometrías.</p>	<p>El análisis de gases sanguíneos en una muestra obtenida por punción percutánea de la arteria humeral, radial o femoral o obtenida de un catéter intraarterial, permite valorar la ventilación al medir las presiones parciales del oxígeno (paO<sub>2</sub>), además del pH sanguíneo.</p>
<p>Valorar cambios del patrón respiratorio.</p>	<p>El aumento de la PIC o una hemorragia podrán alterar el patrón respiratorio, ausculte los sonidos pulmonares en signos de complicaciones respiratorias. La obstrucción de las vías aéreas aumenta la PIC.</p>
<p>Realizar fisioterapia pulmonar (15 minutos mínimo) cuando sea requerido</p>	<p>Es método para desprender las secreciones; por medio de la palmo percusión y puño percusión, estas se pueden realizar antes de la aspiración.</p>

## **Evaluación**

Se logra mantener las vías aéreas permeables y una adecuada saturación de oxígeno.

**Necesidad dependiente:** Oxigenación

## **Diagnóstico de enfermería**

Alteración del patrón respiratorio relacionado con pérdida del automatismo respiratorio manifestado por imposibilidad para respirar y manejar secreciones bronquiales.

## **Fundamentación**

Los pacientes con alteración del nivel de conciencia requieren de soporte ventilatorio mecánico debido a su alteración para soportar su función respiratoria, y así mejorar la presión arterial de oxígeno.

## **Objetivo**

Mantener una adecuada ventilación pulmonar.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMNETACIÓN</b>
Realizar la sujeción correcta de la cánula endotraqueal	La fijación del tubo endotraqueal es con el fin de impedir la extubación accidental y controlar su posición, mejorar la comodidad del paciente, evitar la necrosis de los tejidos blandos, de la estructura nasal y bucal, promoviendo así el cuidado higiénico.
Vigilancia de cánula endotraqueal	Limitar el excesivo movimiento del tubo endotraqueal en las vías respiratorias y evaluar la marca en centímetros en las comisuras, siempre debe ser de la misma distancia usualmente entre 20 y 23 cm., dependiendo el sexo, estatura, etc. para evitar una extubación.
Constatar que el globo de la cánula endotraqueal este bien insuflado	Insuflar el manguito de seguridad para impedir las fugas y evitar el desplazamiento de la cánula o la bronco aspiración.
Verificar que los parámetros del ventilador sean los correctos en relación a las necesidades de la persona (modalidad ventilatoria, FiO2, Sat. De O2).	Los pacientes con ventilación mecánica deben someterse a una vigilancia estricta, ya que están en situación de extrema dependencia, tanto del ventilador como el personal de salud.

### **Evaluación**

Se logra mantener una adecuada ventilación manteniendo los parámetros normales de ventilación.



<p>Medición del residuo gástrico.</p>	<p>Un residuo elevado (mayor de 100 ml), cuando el extremo de la sonda se ha dejado distal al píloro, puede indicar que esta se ha desplazado, se reduce la infusión a la mitad durante la siguiente hora. Si continua alto se le debe avisar al servicio nutricional.</p> <p>Ayuda a determinar la cantidad de glucosa circulante en sangre, el mantenimiento de glucosa, evita el aumento de metabolismo del organismo.</p>
<p>Toma de glicemia capilar cada 8 horas en ayunas.</p>	<p>Es el procedimiento que consiste en vigilar, medir y registrar todas las pérdidas o ganancias de fluidos corporales en 24 horas y se toma su densidad urinaria que nos permite conocer las concentraciones de solutos urinarios lo cual refleja la capacidad renal para concentrar orina.</p>
<p>Control estricto de líquidos (ingresos y egresos).</p>	<p>El soporte de este debe darse con solución salina, se debe evitar la dextrosa por el aumento en la generación de ácido láctico. Se recomienda administrar un volumen entre 100-150 cc/hr.</p>
<p>Instalación de soluciones vía parenteral.</p>	<p>El hidratar constantemente la boca con gases húmedas proporcionara a la paciente mejor hidratación de su mucosa evitando deshidratación y complicaciones en cavidad oral.</p>
<p>Humedecer la mucosa oral con</p>	

gasas.	
--------	--

### **Evaluación**

Se logra mantener un aporte nutricional adecuado a las necesidades de la paciente.

Se mantuvo un equilibrio hidroelectrolítico.

**Necesidad dependiente:** Higiene y protección de la piel

### **Diagnóstico de enfermería**

Pérdida de la integridad de la mucosa oral relacionado con la presencia vía aérea artificial y aspiración de secreciones orales manifestado por úlceras en la cavidad oral.

### **Fundamentación**

La mayoría de los pacientes en estado de estupor requerirán de soporte de ventilador mecánico, es apropiado considerar de manera precoz la intubación endotraqueal del paciente con estado mental alterado para evitar la broncoaspiración, inclusive con una función respiratoria que permita una oxigenación y ventilación normales.

### **Objetivo**

Eliminar lesiones de la mucosa oral de la paciente.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Hidratar la mucosa con gasas húmedas.	La intubación prolongada, la técnica inadecuada de aspiración de secreciones,

<p>Realizar aseo bucal.</p> <p>Realizar la aspiración gentil y cuidadosa de las secreciones de la cavidad oral.</p>	<p>llega a ocasionar laceraciones en cavidad oral.</p> <p>Realizar el aseo bucal diario para evitar la presencia de bacterias en las lesiones.</p> <p>Las maniobras de aspiración deben ser las adecuadas para prevenir la introducción de microorganismos.</p>
---	---

### **Evaluación**

No hubo recuperación total de la mucosa, sin embargo, tampoco hubo daños de infección en la cavidad oral.

**Necesidad dependiente:** movilidad y postura.

### **Diagnóstico de enfermería**

Riesgo de presentar úlceras por decúbito relacionado con cuadriplejia manifestado por no valerse por sí mismo, desconexión del entorno externo.

### **Fundamentación**

Las personas que están encamadas, con cuadriplejia, presentan; pérdida muscular, contracturas y deformaciones esqueléticas y sobre todo llegan a presentar úlceras por presión. Una úlcera por presión es una fractura cutánea causada por interferencia con el aporte sanguíneo en los tejidos corporales.

### **Objetivo**

Mantener la integridad cutánea libre de úlceras por presión.

Evitar la espasticidad en los músculos del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Realizar cambios frecuentes de posición cada dos horas o tres horas.	Los cambios frecuentes de posición evitan los puntos de presión en las zonas de apoyo, la posición es la alineación de segmentos orgánicos que se adecua en forma intencional con fines de comodidad, diagnóstica o terapéutica.
Colocación de aditamentos en zonas de presión.	Se colocan almohadillas en la zona sacra y extremidades inferiores para evitar necrosis de los tejidos.
Movilidad en las articulaciones y ejercicios pasivos.	Los movimientos pasivos son productivos al paciente sin que realice esfuerzos, cada dos o tres horas siguiendo rotación programada, teniendo en cuenta dentro de las posiciones: mantener alineación corporal de acuerdo con la posición adoptada, repartir el peso para evitar dolor y compresión, evitar arrastre y contacto de prominencias óseas entre si y utilizar medidas de protección.
Colocación de tenis.	Las personas que están prostradas en cama pueden presentar un desgaste muscular significativo; los tenis son con la finalidad de evitar atrofia músculo esquelética.

## Evaluación

La paciente continua con la alteración de la movilidad física pero se encuentra libre de úlceras en su piel.



Mantener limpias y secas áreas como los pliegues	
--	--

### **Evaluación**

Se mantiene integridad de la piel e higiene corporal.

**Necesidad dependiente:** Evitar peligros

### **Diagnóstico de enfermería**

Riesgo de infección nosocomial relacionada con colocación de métodos invasivos (sonda oro traqueal y accesos endovenosos).

### **Fundamentación**

El paciente durante su hospitalización tiende a adquirir alguna infección nosocomial. Dada la gravedad del paciente, el requerimiento de procedimientos invasivos son factores predisponentes.

### **Objetivo**

Disminuir las condiciones que pueden fomentar infecciones.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
Curación de catéter subclavio cuando sean necesarios.	La curación del área del catéter fomenta la limpieza para prevenir infecciones al impedir la entrada de microorganismos patógenos. Así mismo vigilar datos

<p>Realizar urocultivo, hemocultivo y cultivo bronquial.</p>	<p>de infección.</p> <p>Los hemocultivos se efectúan para identificar invasión bacteriana (bacteremia) diseminación generalizada de esta (septicemia) en el torrente sanguíneo. La toma de hemocultivo se efectúa después de 72 horas de haber sido intervenido en caso de fiebre mayor a 38 grados centígrados así como de urocultivo, cultivos de secreción bronquial.</p>
<p>Realizar aspiración de secreciones cuando lo necesite.</p>	<p>Las maniobras de aspiración deben ser adecuadas para prevenir la introducción de microorganismos potencialmente patógenos en el árbol respiratorio inferior.</p>
<p>Vigilar datos de procesos infecciosos secundarios o agregados.</p>	<p>La infección se refiere a los diferentes microorganismos que desencadenan la respuesta inflamatoria y que varían en su severidad de acuerdo a los microorganismos.</p>
<p>Vigilancia estricta de la temperatura corporal.</p>	<p>La fiebre es la elevación anormal de la temperatura corporal, se piensa que la temperatura se eleva por la acción de las sustancias tóxicas, que afectan a la regulación de la temperatura.</p>

## Evaluación

Durante su estancia en el servicio se mantiene libre de infecciones.

**Necesidad dependiente:** Evitar peligros.

## Diagnóstico de enfermería

Riesgo de hemorragia recurrente relacionado con la hipertensión arterial descontrolada.

## Fundamentación

Ocurren por el rompimiento del coagulo pre aneurismático el cual se precipita por el aumento de la actividad fibrinolítica condicionada por la formación del coagulo mismo y el daño tisular. El riesgo que se repita el sangrado es altísimo, en el transcurso de las primeras 24 horas posteriores a la rotura y el séptimo día y suele persistir hasta 3 semanas. La hemorragia recurrente puede agravar la cefalea o disminuir el estado de conciencia. La extensión intraparenquimatosa, es posible origen de déficit por el efecto de masa, incluido el surgimiento de edema y herniación cerebral.

## Objetivo

Mantener la presión arterial de la persona en cifras normales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Valorar y vigilancia de patrón respiratorio	El aumento de la PIC o una hemorragia podrán alterar el patrón respiratorio, ausculte los sonidos pulmonares en signos de complicaciones respiratorias. La obstrucción de las vías aéreas aumenta la PIC.
Valorar la frecuencia cardiaca y la presión arterial cada hora.	La detección de bradicardia es presencia de hipertensión arterial, es un signo intermedio de aumento de la PIC. La hipertensión en la mayoría

<p>Vigilar la presencia de crisis convulsivas.</p> <p>Mantener la cabecera a 45 grados en posición semifowler.</p>	<p>de los casos se da como respuesta ante la disminución de la perfusión cerebral. El dolor, la hipoxia y la agitación pueden aumentar también la presión arterial. La hipertensión puede inducir la hemorragia de los aneurismas y tratados quirúrgicamente.</p> <p>Las convulsiones probablemente como resultado de la isquemia cerebral, las lesiones pueden progresar desde locales a generales, son indicadores de una posible lesión cerebral.</p> <p>La posición semifowler favorece el retorno venoso y se deben observar las piernas para detectar síntomas de tromboflebitis.</p>
--	---

<p>Administración de antagonistas de calcio. Nimodipina, la dosis es de 60 mg/4 hr durante tres semanas por sonda nasogástrica.</p>	<p>Los bloqueadores de canales de calcio previenen que el calcio penetre en la musculatura vascular lisa y de este modo previene la contracción de la musculatura lisa, sin embargo un bloqueador de los canales de calcio pueden causar hipotensión grave, la nimodipina se administra para la profilaxis del vaso espasmo. Este antagonista puede ayudar a disminuir la gravedad del déficit neurológico causado por isquemia cerebral. El preparado actúa como vasodilatador cerebral y por tanto minimiza el espasmo cerebral tras una hemorragia subaracnoidea.</p>
---	--

### **Evaluación**

El pulso, la presión arterial, se hallan dentro de los límites normales.

### **Necesidad dependiente: comunicación**

Deterioro de la comunicación verbal relacionado con intubación manifestado por disfasia expresiva y afasia verbal.

### **Fundamentación**

La intubación es un proceso invasivo, que lesionan las cuerdas vocales y se limita la comunicación verbal del paciente.

### **Objetivo**

Fomentar la comunicación.

### **Intervenciones de enfermería**

Explicar al individuo y a su familia la magnitud y la patología de la deficiencia del lenguaje.

Recomendar paciencia en caso de problemas de comunicación.

Utilizar todas las formas posibles de comunicación (gestos, ademanes, etc.).

Hablar lentamente; utilizar frases breves.

Dar tiempo para que paciente responda.

Repetir las preguntas o expresarlas con otras personas.

Evitar que el paciente se canse y se frustre.

### **Evaluación**

Mejoro un poco la comunicación y aprendió a comunicarse por medio de la gesticulación.

## CONCLUSIONES

Mediante la aplicación de este proceso, me permitió conocer mejor al paciente y los cuidados que se planean en forma individualizada, dando la debida atención.

Me permitió enfrentar nuevas situaciones y establecer nuevas estrategias que me llevan a la solución de las mismas. El proceso de enfermería nos saca de rutinas de servicio, lo cual induce a la creatividad en el equipo de enfermería. El intervenir como profesional en la toma de decisiones, de acuerdo a los conocimientos obtenidos y experiencias previas, y ordenar mejor las acciones dirigidas al cuidado del paciente, logramos enfocar la atención hacia las necesidades básicas.

El personal de enfermería que cuida a la persona con trastornos neurológicos, debe tener una apreciación de las funciones complejas del sistema nervioso, desarrollar actividades de evaluación, comprender y sensibilizarse a la ansiedad y el temor que experimentan el paciente y su familia. Las consecuencias pueden ser devastadoras. De ahí la importancia del trabajo enfermero en establecer una serie de cuidados encaminados a la prevención, detección y rehabilitación de las secuelas.

## **SUGERENCIAS**

El proceso de enfermería en la práctica asistencial enfermero, permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y asistencial. La enfermera puede organizar y sistematizar esta atención con intervenciones que sean precisas, adecuadas y oportunas.

El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre las personas y el profesional de enfermería y la persona como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con la persona y de forma conjunta utiliza el proceso de enfermería. Esto ayuda a la persona enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

Las diferentes etapas para llevar a cabo una atención de calidad, permite la capacidad de discusión en las prácticas profesionales de enfermería

La aplicación de un proceso de atención de enfermería compromete a desarrollar un trabajo en forma más profesional, ya que sirve de guía para la práctica de enfermería, además de que clarifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.

## BIBLIOGRAFIA

1. BALAN.G.C.**TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA**.2ª.edic.México 2009
2. CARPENITO M. **PLANES DE CUIDADO Y DOCUMENTACION CLINICA EN ENFERMERIA**. 4ed. Edit MacGraw Hill Interamericana Colombia 2004
3. MARRINER T. **MODELOS Y TEORIAS EN ENFERMERIA**. 4 ed. Edit Harcourt. España 1999
4. SANFELIU. **PROBLEMAS NEUROLOGICOS**. 2ed. Edit. Masson, España 2002
5. GARCIA G.M. **EL PROCESO DE ENFERMERIA Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON** Edit. Progreso Méx. 1997
6. SANFELIU. **PROBLEMAS NEUROLOGICOS**. 2ed. Edit. Masson, España 2002
7. TINTINALLI. **MEDICINA DE URGENCIAS**. Vol I. 3er ed. Edit. Interamericana. México 1992
8. ENEO. **METODO CIENTIFICO Y PROCESO DE ENFERMERIA**. 2ª. Reimpresión, 2008 México.
9. Enfermera neuróloga Guzmán Hernández Gloria. **EXPLORACION NEUROLOGICA BASICA PARA ENFERMERAS** . México 2009

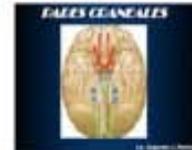
## Anexos

### PARES CRANEALES

Se denominan nervios craneales a los componentes del sistema nervioso periférico (SNP) que son en número de 12 a cada lado (de ahí el concepto de "par craneal").

Mientras que los craneales son nervios mixtos (formados por fibras sensitivas, motoras y vegetativas), los pares craneales son más simples:

- Cinco son puramente motores: pares III, IV, VI, XI y XII.
- Cuatro son mixtos: pares V, VII, IX y X.



### CLASIFICACIÓN

Podemos distribuir los pares craneales en 4 grupos:

- – Cerebro medio: I y II pares.
- – Mesencéfalo: III y IV pares.
- – Protuberancia: V, VI, VII y VIII pares.
- – Bulbo: IX, X, XI y XII pares.

## PRIMER PAR CRANEAL

### NERVIO OLFATORIO



Se toma algún objeto con olor y se valora en cada fosa nasal .

Anosmia en ambas fosas : resfriado , trauma , edad , PK .

Anosmia unilateral : fosa nasal bloqueada , lesión frontal unilateral rara ( meningioma , glioma )

## SEGUNDO PAR CRANEAL (ÓPTICO)

### FONDO DE OJO

### AGUDEZA VISUAL

FIGURA 6

Técnica de exploración del fondo de ojo

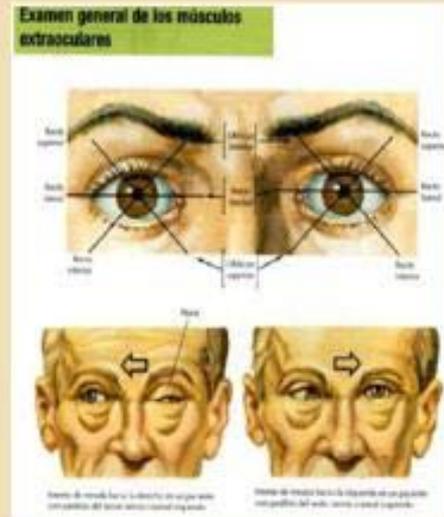


## EXPLORACIÓN DEL III, IV Y VI

### FUNCIÓN

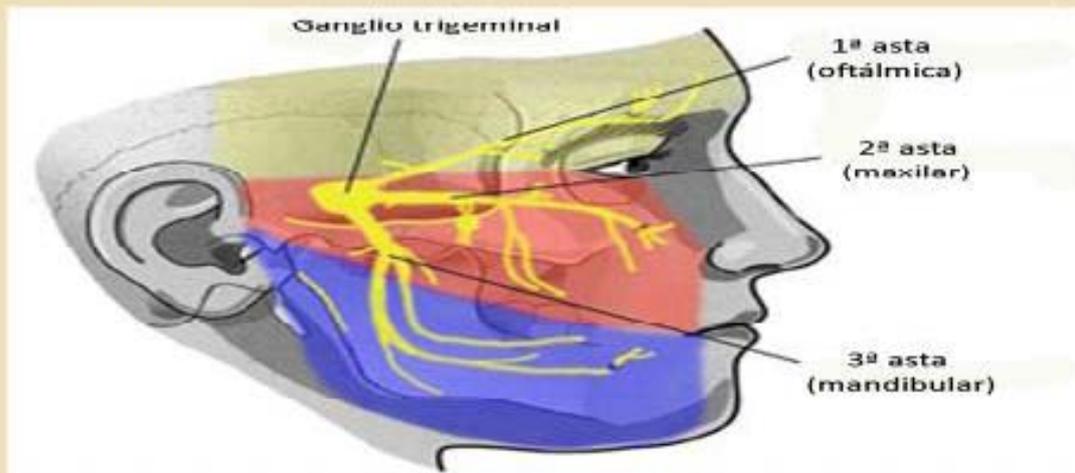
- **III: oculomotor / motor ocular común :**  
**IV: troclear / patético**  
**VI: abducens / motor ocular externo**  
El conjunto de: III, IV y VI pares craneales tienen funciones muy similares, es por eso que se evalúan conjuntamente.
- El III controla el movimiento de 5 músculos extrínsecos del ojo: el elevador del párpado superior, el recto superior del ojo, el recto inferior, el oblicuo inferior y el recto interno, inerva además el músculo constrictor de la pupila.
- El IV inerva el músculo oblicuo superior del ojo.
- El VI inerva el músculo recto externo del ojo.

### FORMA DE EXPLORAR



## EXPLORACIÓN DEL V PAR CRANEAL (FACIAL)

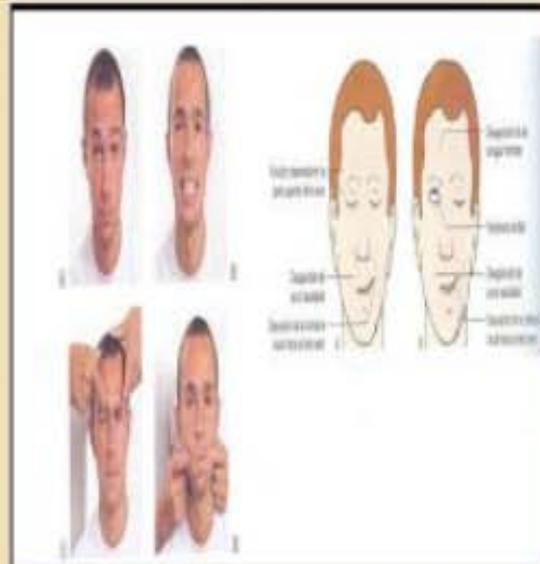
Tiene una parte: \*sensitiva y una \*motora. Consta de 3 ramas:





## VII PAR CRANEAL (FACIAL)

- Si hay una alteración unilateral del nervio facial, produce una asimetría de la cara que se refleja en una desviación de la comisura labial. A nivel clínico el nervio facial se divide en: 2 **\*superior e \*inferior:**
- **\*La rama superior** se encarga de arrugar frente y abrir / cerrar los ojos.
- **\*La rama inferior** produce la dilatación de las fosas nasales, permite los movimientos de la comisura labial, permite silbar y soplar.



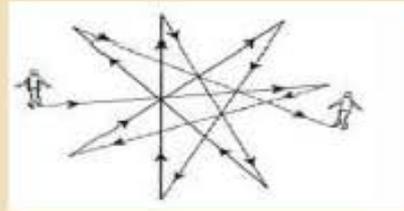
## VIII PAR CRANEAL: AUDITIVA Y VESTIBULAR

- **Rama Auditiva:** El sonido se puede percibir tanto por vía aérea como por vía ósea. La vía aérea se comprueba hablándole al paciente a distintas intensidades de voz y acercándole un reloj (no digital) a la oreja para que aprecie el "tic-tac" de éste.



La vía ósea se valora a través de un diapasón.

- **Rama vestibular:** Es la encargada del equilibrio.



## IX PAR CRANEAL (GLOsofaríngeo)

- El IX par craneal permite sentir los gustos ácido y amargo al 1/3 posterior de la lengua y la parte motora de este nervio inerva la musculatura faríngea (m. estilofaríngeo) (en especial la 1ª fase de la deglución).



## X PAR CRANEAL (NEUMOGÁSTRICO/VAGO)

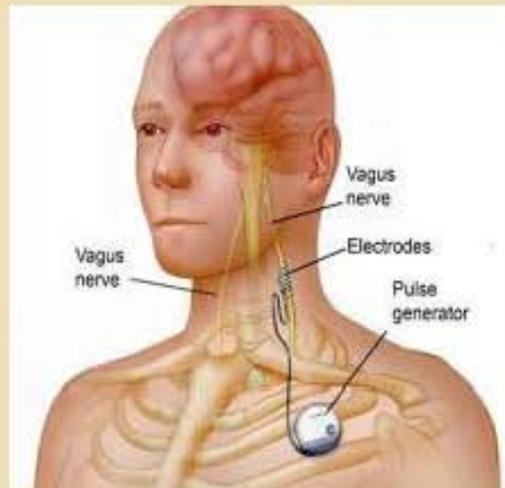
• **Neumogástrico / Vago:**

El X par craneal tiene una parte sensitiva que inerva la faringe, el esófago, la tráquea, los pulmones, la piel del dorso de la oreja, el conducto auditivo externo y la cara externa de la membrana timpánica.

• La parte motora se encarga de estimular los músculos constrictores de la faringe, los músculos del paladar, los músculos intrínsecos de la laringe. Dicho nervio estimula también las fibras secretorias.

• La exploración parasimpática del nervio vago se centra en 3 puntos:

- 1 Frecuencia cardíaca
- 2 Trastornos respiratorios
- 3 Trastornos gastrointestinales



## XI PAR CRANEAL (ESPINAL)

• **XI: Espinal**

Inerva al músculo esternocleidomastoideo y al trapecio, razón por la cual se encarga de la motilidad del cuello y de los hombros. Para la correcta exploración de los músculos hay que hacer que el paciente represente mímicamente "NO SE" (negando con la cabeza, girando el cuello) y "QUIZÁS" (levantando los hombros).



## XII PAR CRANEAL (HIPOGLOSO)

### **XII Par Craneal o Nervio Hipogloso**

El hipogloso nace en el núcleo ambiguo del bulbo, emerge por el surco lateral anterior del bulbo e inerva la lengua. Se explora moviendo la lengua, sacándola, desplazándola hacia arriba o hacia abajo. En caso de parálisis la lengua se desvía hacia el lado afectado. La mitad de la lengua está atrofiada.

