



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UNA PERSONA, ATENDIDA EN EL HOGAR; CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES DE OXIGENACIÓN Y MOVIMIENTO ASOCIADAS A SECUELA DE EVC ISQUÉMICO.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

ADOLFO AGUILAR GONZÁLEZ

No. Cta. 30605052-1

Asesoría: Mtra. Teresa Sánchez Estrada

México D.F. Noviembre de 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.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Adolfo y Maricela por la vida, cariño, amor incondicional, ejemplo de vida, valores inculcados. Porque soy un reflejo de ustedes. Gracias siempre.

A MIS HERMANOS:

Diana y Ángel por darme la oportunidad de ser ejemplo a seguir, una responsabilidad y al mismo tiempo privilegio que me motiva al camino recto y el amor y alegría por la vida. Los quiero siempre.

A ANGHIE.

Por una compañía especial en mi vida que me permitió saber lo importante de la sensibilidad, el amor, y la importancia del otro en la vida de todos. Conocerte fue, es y será lo más increíble que me pudo pasar.

A LA MTRA TERESA SÁNCHEZ ESTRADA

Gracias por compartir, con paciencia, cariño y comprensión sus conocimientos, por su apoyo incondicional en los momentos más duros de esta prueba, siempre será una guía para mí.

A MIS CONDÍSCIPULOS:

Israel, Juan Pablo; aprendimos juntos el valor de la amistad. Seremos siempre un equipo. Gracias amigos.

A NESTOR

Gracias porque me demostraste el valor de la colaboración entre pares. Comparto tu ETHOS enfermero. Que goces de lo mejor de la vida siempre.

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM:

Mi Alma Mater en el sentido filosófico de la palabra. En lugar de glóbulos rojos tengo "PUMAS".

A la ENEO:

Espacio en el que encontré un camino hacia la autorrealización a través del servicio al "otro". Portar el uniforme de la ENEO me dio identidad, legitimidad y compromiso profesional. Gracias por todo.

A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS DE LA UNAM:

Realicé mi servicio social en un ambiente cálido en el que se respira el amor por la UNAM. Estuve en mi casa. Gracias.

RECONOCIMIENTOS

AL DR. FRANCISCO JAVIER GARFIAS Y AYALA:

Una persona valiente, objetiva, tenaz, veraz y sobre todo muy humano. En síntesis un sabio enamorado de la vida. Siendo yo quien le cuida, ha sido él quien me enseña. Por lo tanto, cuidarle es aprender. En esta relación terapéutica he sido yo el auténtico beneficiario. Dr. Garfias lo llevo en mí.

A LA MTRA. ROSA MARGARITA GARFIAS VÁSQUEZ

Por la confianza y actitud abierta ante los procesos de vida. Es ejemplo de alegría por existir, de paciencia y comprensión ante todos quienes le rodean. Es bella la forma de relación con su Padre. Maestra gracias por conocerle.

INDICE

Contenido

Prólogo.....	1
Introducción.....	3
Justificación.....	4
Objetivos.....	5
Metodología.....	6
Marco teórico.....	7
1.-Antecedentes del proceso enfermero.....	7
1.2.-Epistemológicas más destacadas por época.....	10
1.3.-Siete conceptos de proceso enfermero según diversas epistemológicas del cuidado de enfermería.....	11
1.4.-Características estructurales del PAE.....	12
1.5.-Etapas del PAE.....	14
1.6.-El cuidado y el proceso de atención de enfermería.....	22
2.-Teoría del cuidado:.....	23
2.1.-Metaparadigma de enfermería.....	26
2.3.-Factores curativos de la ciencia del cuidado.....	31
3.-Necesidades básicas de Virginia Henderson.....	37
4.-Atención Domiciliaria.....	39
4.1.-Modalidades de atención domiciliaria.....	39
5.1.-Accidente cerebrovascular de origen isquémico.....	59
6.-Fibrosis Pulmonar.....	64
6.1-Rehabilitación pulmonar.....	70
6.2-Oxígeno suplementario.....	75
7.- Valoración.....	76
7.1 Análisis de los datos relevantes.....	84
7.2 Jerarquización de las necesidades.....	85
7.4 -Diagnósticos de enfermería Jerarquizados.....	87
7.5 -Plan de cuidados.....	88

Conclusiones.	138
Galería de fotos como evidencia de las intervenciones con autorización y selección del Dr. Garfias.	140
Bibliografía	145
Anexos	148

Prólogo

Os voy a contar una breve historia sobre los síntomas que sufrí de (1999-2014) debido a un Evento Vascular Cerebral. La historia se inicia en la cena que mi amigo Jaime Noriega me ofreció para mostrarme su nueva casa. Ahí sufrí una visión doble que no le di mayor importancia, pues al día siguiente la visión ya se había restablecido a la normalidad, por lo cual no le preste la mayor atención. Un hecho que me preocupó enormemente fue que mi padre vivía en Polotitlan cuidando su rancho. Por razones que no me explicaba en ese entonces se presentó en su casa de la ciudad de México mostrando debilidad en la marcha y deficiencia en el uso de la palabra, a los pocos días falleció sin la mayor explicación.

Al poco tiempo el Dr. José Herran me nombro jefe de la división de estudios de posgrado, lo cual suponía que entre otras cosas tenía que acudir a frecuentes juntas del consejo de estudios superiores de la universidad. Además tenía que seguir supervisando las tesis de mis alumnos de licenciatura, Maestría y Doctorado y acudir a una junta semanal del comité Intergubernamental para fijar la demanda y calidad de combustibles que demandaría el país en los próximos 30 años. En esa época mi querido profesor Alberto Urbina de Razo, eminente profesor de Ingeniería Química me invito a asesorar sobre investigación en la planta de sosa Texcoco, a lo cual mi entrañable amigo el Ingeniero Químico Alberto Bremauntz Monge respaldó la invitación y me otorgo beneficios económicos importantes. Antes de este hecho no tenía una idea clara del efecto de la tensión por el trabajo, en la salud física de la persona, no obstante desempeñar varias funciones.

La manifestación de mi enfermedad ocurrió en Acapulco donde me encontraba asistiendo a una conferencia de mi querido amigo Dr. Francisco Barnes de Castro ex rector de la UNAM, que me obligo a regresar a la ciudad de México al otro día. Al comunicarme con mi familia notaron que tenía deficiencias en el habla, por lo que a mi llegada me esperaba en el aeropuerto Rodolfo Ocampo, cardiólogo que diagnosticó un infarto cardíaco y que mostraba además arritmia cardiaca.

Al acudir al hospital me detectaron un evento vascular cerebral de tipo isquémico, el cual dejo secuelas importantes de movilidad en el lado izquierdo de mi cuerpo, alteración en mi memoria de corto plazo y alteraciones en la marcha, las cuales supere gracias a terapia.

En año 2014 mi hija Margarita Rosa Garfias Vázquez contrató el servicio de enfermería particular, con el fin de cuidarme y apoyarme en mis actividades diarias. En Junio de este mismo año bajo el cuidado de Adolfo Aguilar González pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO-UNAM, mientras estaba en el baño ocurrió una segunda Isquemia, que me hizo perder la conciencia, por lo que activaron el servicio de emergencia que me trasladó a Medica Sur, en donde la Médico Jazmín de la Garza diagnosticó que había sufrido un Evento Vascular Cerebral de tipo Isquémico.

Esta segunda vez los médicos me informaron que gracias a la oportuna activación de los servicios de emergencia, las secuelas en mi cuerpo habían sido mínimas. Me recomendaron continuar con el servicio de enfermería, y cambiar el estilo de vida intenso a un estilo de vida pacifico con el menor estrés posible.

Como consecuencia de un cambio total en la vida me encuentro, tranquilo y sin tenciones por el trabajo, no obstante que no he dejado de ir a la universidad.

Post Data Sugiero a mis hijos, David, Margarita, Marisol, Javier y Regina que si perciben síntomas de esta enfermedad genómica como los que me han ocurrido acudan a consulta médica, o en este caso que busquen la asesoría de Adolfo Aguilar González ya que me ha demostrado tener la habilidad y los conocimientos necesarios en un momento de emergencia.

Dr. Francisco Javier Garfias y Ayala profesor Emérito de la Facultad de Química de la UNAM.

Octubre 2015

Introducción

El presente documento contiene la descripción del caso de una persona atendida en el hogar, por afectación de las necesidades de oxigenación y movimiento. Para abordar el tema se toma como guía la teoría de la epistemóloga Virginia Henderson para explicar la manera en que las necesidades de la persona son afectadas. Para concretar el proceso de cuidado se utilizó la teoría del método enfermero a fin de valorar, diagnosticar y proponer las intervenciones de Enfermería pertinentes.

A manera de contexto se hace una breve revisión del proceso histórico del método enfermero y de sus más importantes representantes. Se incluye también un capítulo específico de las necesidades básicas de Virginia Henderson como plataforma al plan de cuidados.

Considerando que la persona atendida sufrió un Accidente Vascular Cerebral se incluye un capítulo sobre, la epidemiología y fisiopatología de dicha patología a fin de comprender los signos y síntomas relacionados y poder estar alerta sobre posibles complicaciones.

Un capítulo importante de este caso está constituido por la valoración clínica de enfermería, que incluye en primer término la presentación del caso, las necesidades afectadas, el nivel de dependencia, el diagnóstico, la clase el dominio y la tabla de puntuación Diana de acuerdo a lo establecido por NIC- NOC- NANDA.

Como es natural derivado de lo anterior se integra al plan de cuidados con la necesidad afectada, la intervención y la evaluación de la intervención.

Cabe hacer énfasis en que se trata de un estudio realizado, previo consentimiento informado, en el hogar del paciente. Debe decirse también que la experiencia vivida rebasa lo que este documento pueda expresar. No obstante, en un esfuerzo por condensar la vivencia se aplica con el máximo rigor posible la metodología del método enfermero a fin de dar evidencia de la práctica profesional realizada.

Como complemento al documento se integra las conclusiones, la bibliografía y una galería de fotos autorizadas por el paciente el Dr. Garfias quien autorizo la publicación no solo de las fotos si no de su nombre porque quiere ser participe activo de esta acción de cuidado. Se trata de un caso único en la historia de la relación profesional con los pacientes.

Justificación

Trascendencia.

La realización de un estudio de caso en el hogar, atendiendo a un esquema sistematizado; modifica la percepción y por lo tanto las actitudes que el profesional de enfermería deba asumir en su desempeño dentro del hogar. Son pocas las experiencias de atención domiciliaria documentadas con forme a los cánones clínicos de la enfermería, por lo este estudio de alguna manera establece un precedente de lo que debe ser la atención en el hogar para cualquier tipo de problema.

Impacto.

El realizar un cuidado sistematizado impacta en primer término en la calidad de vida del paciente y también sobre la seguridad y confianza de la familia en el servicio contratado. Es deseable mantener esta intención de que los egresados de la ENEO que se desempeñan en la práctica privada o a través de agencias para el cuidado en el hogar, rescaten y apliquen las bondades del método enfermero cuando se trata de cuidar un paciente en casa.

Vulnerabilidad.

Este es un primer ejercicio de las posibilidades, reales potenciales del proceso enfermero. Habrá que tener mayor número de experiencias a fin de verificar lo que se plantea en los dos puntos anteriores. Algo que debe señalarse en particular es que se tuvo que hacer un corte en el tiempo para hacer el reporte, por tanto se reconoce por ahora, que el proceso enfermero tiene una dificultad en término de seguimiento del caso cuando el problema es crónico. A lo anterior surge la pregunta ¿en qué momento y con qué periodicidad y sobre todo con que estructura se reportara los avances?

Motivos personales.

Desempeñarme en el campo del cuidado en el hogar, no estaba en las expectativas, sin embargo fue el azar quien me llevo a asumir un compromiso profesional de tal magnitud, que me llevo a probar no solo mis conocimientos si no mi autoconocimiento e intención de servicio al otro. Reconozco en esta práctica un potencial insospechado, para todo aquel que sepa que cuidar a una persona tiene múltiples facetas, pero cualquiera que esta sea esta matizada por los valores, el conocimiento y la actitud profesional

Objetivos

Objetivo General:

1.-Sistematizar las intervenciones de enfermería a una persona adulto mayor con alteración en la necesidad de oxigenación y movimiento, a través del proceso enfermero, fundamentado en la Teoría de Virginia Henderson.

Objetivos Específicos:

A.-Realizar una valoración de enfermería bajo los criterios de las necesidades básicas de la persona.

B.-Proponer el plan de cuidados identificando el diagnostico la intervención y realizando la evaluación de la misma.

C.-Siguiendo los criterios de NIC-NOC-NANDA establecer la clase el dominio y la puntuación Diana a fin de mejorar la calidad de la atención otorgada.

Metodología

El estudio de caso atiende estrictamente al método enfermero en su fase de Valoración, Diagnostico de enfermería, planificación, ejecución, evaluación, el tipo de valoración que se utilizo fue globalizada integrando las observaciones para las 14 necesidades básicas y complementarias incluyendo en todos los casos un breve apartado de la valoración de Enfermería para cada una de las necesidades.

Puesto que se trata de una persona atendida en el hogar, se hace un corte en el tiempo, que ya es de un año seis meses, a fin de tener un criterio objetivo de las necesidades presentadas en un periodo concreto. En este caso el seguimiento de este caso es de seis meses haciendo el corte de mayo de 2014 a enero 2015.

Cabe destacar que a la fecha se sigue atendiendo al Dr. Garfias y su evolución ha sido satisfactoria.

Para interpretar los hallazgos desde la valoración clínica se utiliza la teoría de Virginia Henderson y los diagnósticos y plan de cuidados se sustentan en la clasificación NIC-NOC-NANDA.

Marco teórico

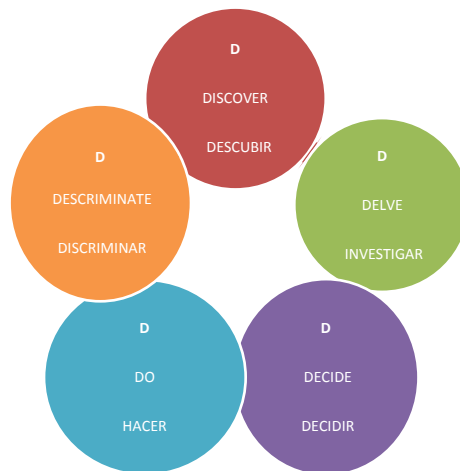
Se presentara una propuesta que ayudara a sustentar el estudio de un caso, de acuerdo con las necesidades básicas de un individuo con interpretación refiriéndose a los cuidados de enfermería.

1.-Antecedentes del proceso enfermero

Las teorizadoras enfermeras iniciaron con la construcción de un marco teórico-conceptual de la disciplina y dieron los primeros pasos a considerar sobre el método de actuación profesional de las enfermeras, al cual nombraron Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Pese a que se reconoce su origen a mediados del siglo XX, con la representación de Florencia Nightingale mencionando que el observar es una pieza fundamental para brindar la atención necesaria que el paciente requiere¹.




CRONOLOGÍA DEL PAE SEGÚN LAS EPISTEMÓLOGAS



¹ Leininger, Madeleine (1994). La Enfermería Transcultural: conceptos, teorías y prácticas. Greyden.

Cuadro descriptivo de las fases del Proceso Atención de Enfermería en el cual se han capturado datos importantes a lo largo de su desarrollo y trayectoria histórica.

AÑO	EPISTEMÓLOGA	NOMBRE DE LAS FASES
1952	Peplau. H. 	1.- Orientación 2.- Identificación 3.- Aprovechamiento 4.- Resolución
1957	Kreuter. F. R. 	1.- Coordinación 2.- Planificación 3.- Evaluación
1959	Johnson. D. E. 	1.- Valoración de las situaciones 2.- Toma de decisiones 3.- Ejecución de acciones designadas para resolver los problemas de enfermería 4.- Evaluación
1961	Orlando. I. J. 	1.- Conducta del cliente 2.- relación enfermera 3.- Actividades de enfermería

1963	Wiedenbach. E. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Identificar la ayuda necesitada 2.- Administrar ayuda 3.- verificar que la ayuda fue dada
1963	Ernestine Wiedenbach. Nueva propuesta de etapas del PAE.	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Observación 2.- Prestación de ayuda 3.- Validación
1965	Heldgerken. L. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Evaluación del comportamiento y la situación, identificación de los sistemas físicos 2.- Diagnóstico 3.- Planificación e identificación de las necesidades 4.- Coordinación del régimen del cliente a través de todos los estadios del cuidado
1967	Yura y Walsh 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Valoración 2.- Planificación 3.- Realización 4.- Evaluación

Fuente:

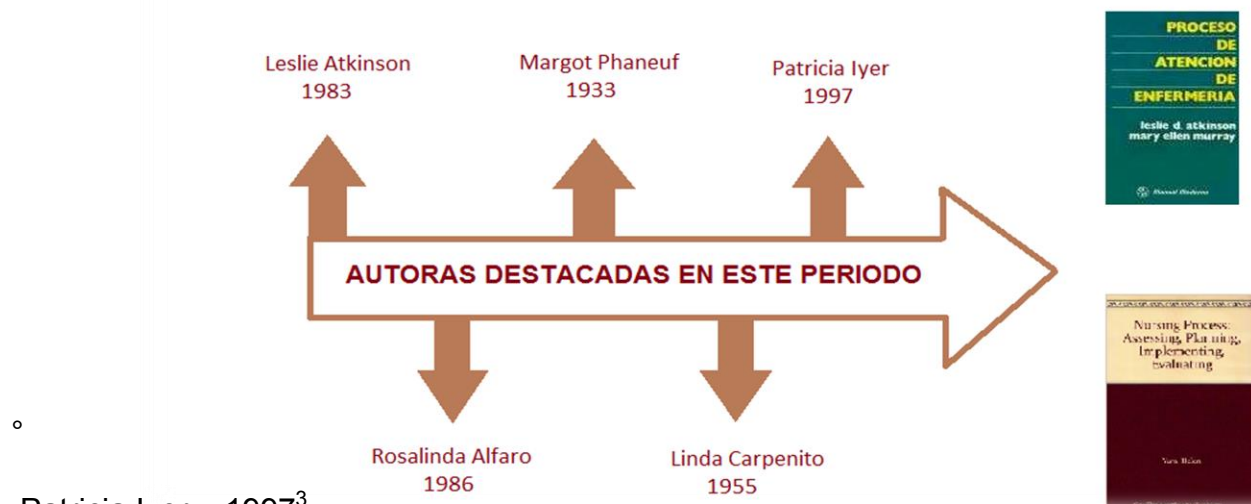
Adaptado de Rivera Montiel Angelina 2011

Pero Blodi en 1974 y Roy en 1975² añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases. Éste como instrumento, herramienta o método para la práctica, ha sido el modelo predominante en la clínica en enfermería desde hace veinticinco años y es uno de los temas por considerar en el análisis de teorías y modelos teóricos de enfermería.

Conforme al desarrollo histórico se apoderó tanto de su influencia que en 1973 la American Nurse's Association (ANA), publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso de atención de enfermería, esta propuesta se ha convertido en el punto de partida para que estados de la Unión Americana lo unen a su sistema legal del ejercicio profesional de enfermería. Se esparció en E.U.A. en los años 60's y en Europa y América Latina en los años 70's.

El proceso de atención de enfermería tuvo su mayor aumento en los años 80's y 90's, durante este periodo se notó y demostró demasiado interés, que publicaron más libros sobre este proceso con el fin de enseñar cómo debía ser un cuidado más detallado para el paciente en el cual se iba desarrollando conforme a la necesidad que requería.

1.2.-Epistemólogas más destacadas por época:



Patricia Iyer – 1997³

Fuente: el autor

² ICN, Ethical Concepts Applied to Nursing, 1973. News Release 1975;(6): 4.

³ Iyer P. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana, 1997.

1. Con LIDIA Hall, D. Johnson, J. Orlando y E. Wiedenbach, quienes consideraron un proceso de tres etapas: valoración, planeación, aplicación y evaluación, donde el descongelamiento es similar a la valoración en el proceso de enfermería, en que se identifica el problema para darle solución. El desplazamiento o movimiento es la planeación y la aplicación en el proceso de enfermería y para solucionar el problema se realiza un análisis y búsqueda de alternativas. El recongelamiento es la evaluación en el proceso de enfermería y la aplicación y evaluación en el proceso de solución de problemas.

1.3.-Siete conceptos de proceso enfermero según diversas epistemólogas del cuidado de enfermería

De acuerdo con Rivera Montiel el proceso de enfermería ha tenido diferentes conceptos y puntos de vista a través del tiempo. Sin embargo las categorías clave parecen centrarse básicamente en las palabras: intervenciones, método, sistema.

1. Acciones intencionadas que la enfermera realiza en un **orden** específico, con el fin de asegurar el confort de la persona. Alfaro (1986) citada por Montiel 2011.
2. Aplicación de la *resolución científica* de problemas a los cuidados de enfermería. Marriner (1983).
3. *Método* de enfermería para unificar criterios y organizar sus pensamientos, observaciones e interpretaciones, dirigidos a hacer más eficiente y efectiva la práctica. Feliú (1995).
4. Método sistematizado y racional de planificar dar cuidado de enfermería⁴. Kozier (1994).
5. Serie de acciones señaladas y analizadas para cumplir el objetivo de la enfermería; manteniendo el bienestar óptimo de la persona y si su estado cambia brindarle la

⁴ Kozier B, Erb G et al. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005.

calidad y cantidad de asistencia de enfermería que requiera su necesidad⁵. Yura y Walsh (1988).

6. Sistema de investigación propia de enfermería ante la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos⁶. OMS (1977).
7. Sistema de práctica de enfermería en el sentido que muestra y proporciona el mecanismo que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales. (Alfaro,1986; Marriner,1983; Feliú, 1995; Kozier, 1994;Yura y Walsh, 1988;OMS, 1977; Iyer, Taptich y Bernocchi-Losey, 1997). Citados por Rivera Montiel Angelina (2011)⁷.

1.4.-Características estructurales del PAE

- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
- Humanístico: los cuidados se planifican y ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad /Alfaro, 1986)
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Universal: se adapta a la persona, familia y comunidad y a los diferentes ámbitos en los que las enfermeras desarrollan.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, así como, la familia y profesionales de la salud.

⁵ Yura H, Walsh MB. The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating. New York: Appleton-Century; 1974.

⁶Ugalde Apalategui. M. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. Madrid: Masson; 1994.p,1-13.

⁷ Rivera Montiel Angelina2011. (Lo que piensan las enfermeras del proceso de enfermería) [tesis de maestría UNAM: TESIUNAM.

- Es flexible: ya que se adapta al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con los individuos.
- Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluye ciencias y humanidades y se explica a cualquier modelo teórico de enfermería.
- Interpersonal: debido a que favorece la interacción entre el paciente – enfermera.

Retomando un poco sobre las antecesoras sobre el Proceso de Atención de Enfermería en 1953 donde se inició por primera vez con Vera Fry habla sobre el PAE, con los diagnósticos de enfermería, dos años después, 1955, Lydia E⁸. Hall donde menciona la esencia del cuidado relacionada con la calidad de asistencia de enfermería detallando la práctica de enfermería como un proceso, ulteriormente se presenta Ida Jean Orlando que habla en su teoría sobre: La relación recíproca entre enfermera y paciente detallándola en tres fases relacionadas una con otra:

Fases:

- 1.- Comportamiento del paciente
- 2.-Reacción de la enfermera
- 3.- Actuación de la enfermería orientada hacia el beneficio del paciente.

Es así como empezaron a surgir teorías de figuras importantes a través de la historia de la enfermería, con cada una de ellas basándose en su experiencia y sobre todo de conocimientos a lo largo de su trayectoria profesión.

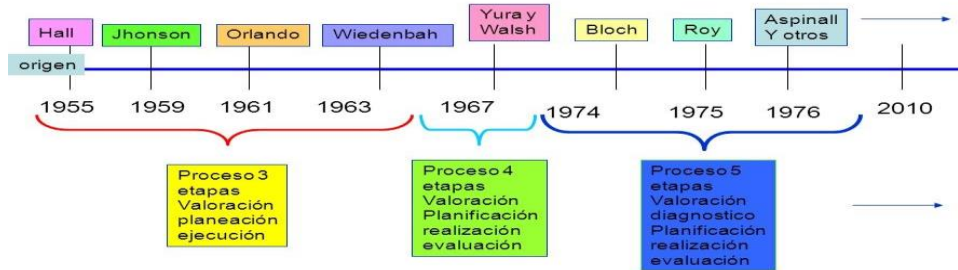
Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación.

El objetivo general de Proceso Atención de Enfermería debe construir una estructura que pueda contribuir, individualizar, las necesidades de la persona, a familia y la comunidad, teniendo en cuenta:

⁸ <http://es.slideshare.net/Modelos09/lydia-hall-28353523>

- ° Identificar las necesidades reales y potenciales
- ° Establecer planes de cuidados
- ° Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

CRONOLOGÍA DEL PAE



1.5.-Etapas del PAE

Actualmente el proceso está conformado por 5 fases:



1.- VALORACIÓN

Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona (Lyer, 1987). Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud". Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados. Su objetivo consiste en recoger los datos necesarios para identificar las respuestas y experiencias humanas (NANDA Internacional, 2010).

- Valoración inicial: se realiza al ingreso del paciente al centro asistencial. La realiza el estudiante en el servicio de urgencias, en hospitalización, en cirugía y medicina interna, y en la comunidad, en el primer contacto que tiene con el paciente⁹.
- Valoración focalizada: se lleva a cabo durante la ejecución de los cuidados de enfermería y permite identificar problemas nuevos o que pasaron inadvertidos. La realizan el estudiante con la aplicación de los instrumentos.
- Valoración urgente: se realiza durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente, identificando los problemas que ponen en peligro la vida.

Por ejemplo, durante el turno en una emergencia hipertensiva, un choque hipovolémico, un estatus epiléptico, etc.

- Nueva valoración: después de un tiempo, tiene como propósito comparar el estado actual del paciente respecto a los datos obtenidos inicialmente. Se ejecuta en diferentes contextos: hospital, consulta externa o en el hogar (visitas domiciliarias).

En la práctica clínica, la nueva valoración la realiza el estudiante, el personal de enfermería y el docente, todos los días, durante el recibo y entrega de turno.

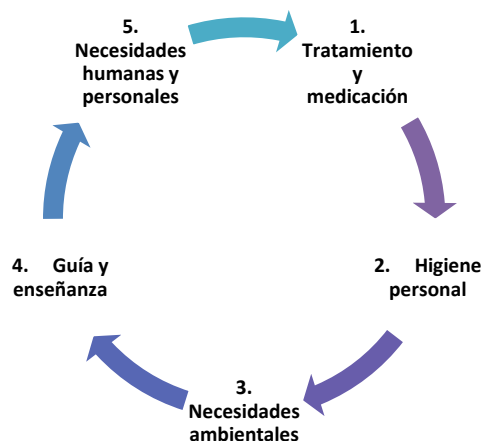
2.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es la segunda fase del Proceso de Atención de Enfermería, sus antecedentes se basa en el año 1950 donde R. Louise Mcnaus¹⁰ usa por primer vez este concepto al diferenciar y situar las funciones profesionales de enfermería dentro del contexto para la identificación de

⁹ Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente Bogotá (Colombia), 11 (2): 47-76, julio-diciembre de 2009

¹⁰ Barbara J. Callaway, Hildegard Peplau: Psychiatric Nurse of the Century, (2002), Ed. Springer Publishing Company.

problemas. Después tres años más Vera Fry señaló la posibilidad de formular diagnósticos partir de la observación de cinco áreas de la persona:



Es un enunciado o una conclusión en relación con la naturaleza de un fenómeno. La organización NANDA Internacional ha estandarizado los diagnósticos nombrándolos como etiquetas diagnósticas (enunciado del problema del paciente); mientras que la etiología (la relación causal entre un problema y los factores relacionados o factores de riesgo) se denomina diagnóstico de enfermería. En 1990, la NANDA adoptó una definición oficial¹¹

“Un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, una familia o una comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales.”

Los Diagnósticos de enfermería¹² proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los resultados de los que es responsable el profesional de enfermería.

El pensamiento del Proceso de Atención de Enfermería ha ido obteniendo nuevas ideas y pensamientos sobre la función que debe tener la enfermera como profesional y el de tener habilidades cognitivas; Aspinal citada por Kozier (1993)¹³ lo describe como un proceso donde lo supone que a través de la observación los cambios físicos o psicológicos que se producen en la persona, se realiza correcta e inteligentemente, lo llevara a la identificación de las posibles sintomatologías (causa).

¹¹ NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier; 2006

¹² 4 Nanda International, 1990

¹³ Kozier B., Er, Glenora y Olivieri Rita (1993). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. España: McGraw-Hill. Interamericana.

Como bien se ha contemplado a lo largo de la historia de la enfermería y todo lo que conlleva a tener el mejor cuidado posible al paciente, la formulación de diagnósticos de enfermería, demanda a las enfermeras a la utilización de las habilidades del pensamiento crítico, de esta forma de pensar se le conoce como Proceso Diagnóstico, se entiende y define como una función intelectual altamente compleja que involucra el análisis de datos y elaboración de inferencias o hipótesis así como la formulación de los problemas detectados (Luis, Fernández y Navarro, 2005).

En el 2003, la NANDA¹⁴ International consideró algunos aspectos importantes de esta definición como: el profesional de enfermería es el responsable de emitir los diagnósticos. Los diagnósticos de enfermería sólo incluyen estados de salud que los profesionales de enfermería están capacitados y autorizados para tratar; son juicios que se emiten luego de obtener información sistemática y completa; describen de forma continua el estado de salud, las desviaciones de esta y la presencia de los factores de riesgo, y permiten descubrir áreas de enriquecimiento personal que poseen los pacientes.

Los diagnósticos de enfermería se encuentran contenidos en la taxonomía diagnóstica, teniendo en cuenta que ha sido reconocida y aceptada a la propuesta por la Asociación Norteamericana de los Diagnósticos de Enfermería. Su versión más reciente y actualizada se encuentra en el libro: Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación: 2012 – 2014.

En este libro se encuentra una nueva organización basándose en las necesidades de Virginia Henderson y también los Patrones Funcionales de Salud Propuesto por Gordon.

Esta nueva taxonomía¹⁵ es de tipo multiaxial y está conformada por ejes, dominios y clases; mientras que los ejes facilita a la enfermera a formular el diagnóstico específico de la persona, los dominios proporcionan un marco para la estructuración y categorización al situar cada diagnóstico en una clase concreta así encontramos su taxonomía en su versión más reciente:

* La edición 2012-2014 está ordenada por conceptos según los dominios de la Taxonomía II, es decir, Promoción de la Salud, Nutrición, Eliminación e Intercambio, Actividad/Reposo,

¹⁴ NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier; 2006.

¹⁵ La taxonomía es la ciencia y práctica de categorización y de la clasificación. La NANDA la detalla como una clasificación de acuerdo a las relaciones naturales entre los presuntos tipos y subtipos. NANDA International (Online).

Percepción/Cognición, Auto percepción, Rol/Relaciones, Sexualidad, Afrontamiento/Tolerancia al Estrés, Principios Vitales, Seguridad/Protección, Confort y Crecimiento/Desarrollo.

* Contiene capítulos revisados sobre la Taxonomía de NANDA-I y la ubicación de los diagnósticos en las taxonomías de NANDA INNN; el razonamiento diagnóstico y la claridad conceptual, y la presentación de diagnósticos nuevos y revisados.

*Incorpora nuevos capítulos sobre el uso de los diagnósticos enfermeros en la formación, la práctica clínica, los registros de salud electrónicos, la gestión de enfermería y de la atención sanitaria, y la investigación¹⁶.

Esta edición incluye: · Bibliografía esencial y nivel de evidencia para cada diagnóstico. · 16 diagnósticos nuevos. · 11 diagnósticos revisados.

3.- PLANIFICACIÓN

Tercera fase del proceso en el cual consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, señaladas en el diagnóstico de enfermería. Comienza después de la formulación del diagnóstico concluye con la documentación real del plan de cuidados (Alfaro, 2003).

La planificación consta de 4 etapas (Luis, Fernández y Navarro, 2005):

1. Establecimiento de prioridades: nos indica que problemas deben abordarse en primer lugar y cuales pueden o deben esperar.
2. Formulación de objetivos o de resultados esperados: se centra en la persona y se fija en los resultados deseados del tratamiento y de los beneficios que el paciente puede obtener de las intervenciones de enfermería (Iyer, 1997)¹⁷.
3. Determinación de intervenciones y actividades: se empieza con la identificación del problema que se va a tratar y marcando objetivos y resultados que deseen conseguir, (Luis, Fernández y Navarro, 2005)

¹⁶ NANDA (2013), International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012 – 2014, First Edition, Edited by Herdman H., Ed Elsevier, España.

¹⁷ Iyer, Nathan, et.al (1997). Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana.

4. Registro del plan de cuidados

Como cabe decir que la planeación es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC¹⁸, y proceder a su documentación y registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución.

4.- EJECUCIÓN

Es la penúltima fase del proceso de enfermería, se fundamenta en tres que la preceden y es tan importante como las demás en el conjunto que constituye el ejercicio profesional (Jiménez de Esquenazi y Gutiérrez de Reales, 1997)¹⁹.

Inicia después de concluir con el desarrollo de cuidados y está enfocada en el inicio de intervenciones y acciones de enfermería que ayudan a la persona a conseguir los objetivos deseados (Alfaro, 2003)

Este plan de cuidado se organiza en tres pasos (Jiménez de Esquenazi y Gutiérrez de Reales, 1997):

1. Preparación para la ejecución
2. Aplicación o ejecución
3. Registro de las acciones cumplidas y sus efectos

La ejecución se ajusta a alguna de las siguientes categorías:

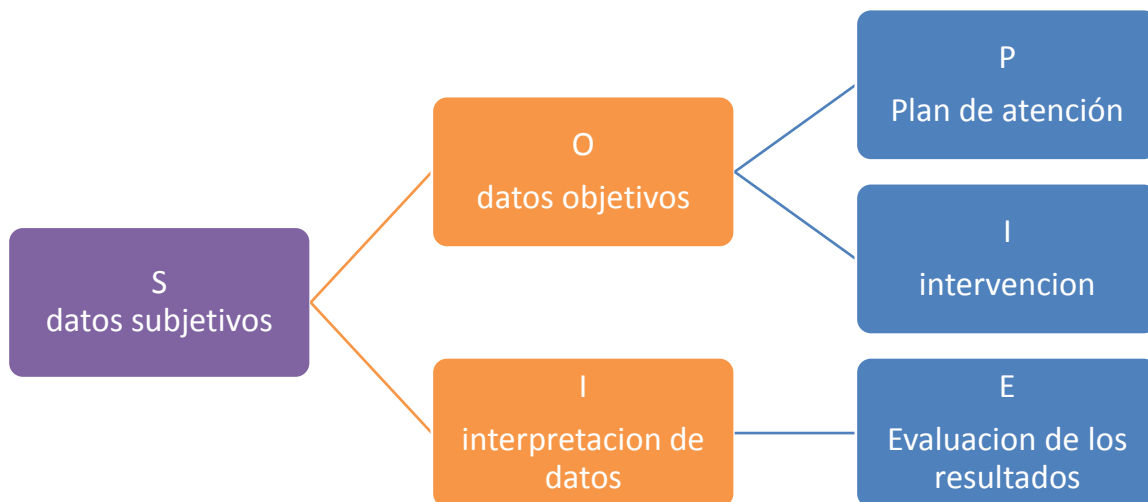
- Refuerzo de cualidades
- Ayuda en las actividades de la vida cotidiana
- Supervisión de trabajo con otros miembros del equipo de enfermería
- Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria

¹⁸ Johnson M., Moorhead S., Bulechek G., Butchar H., Mass M., Vínculos de NOC y NIC a NANDA-1 y Diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ra ed., ED. Elsevier Mosby.

¹⁹ Jiménez T, Gutiérrez E. El proceso de enfermería: una metodología para la práctica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Orión; 1997

- Educación
- Prestación de cuidados para conseguir los objetivos de la persona (Alfaro, 2003).

Existen diferentes formatos de registro, pero uno de los más conocidos es el método SOAP derivado del método de solución de problemas el cual se modificó para enfermería SOIPIE²⁰:



La adaptación del registro medico se adapta e incorpora todos los pasos del Proceso de Atención de Enfermería en el registro diario que se enfoca a problemas.

5.- EVALUACIÓN

Es la última fase del proceso de enfermería y algo aun proceso continuo en el cual se decide y asignan valores que sucesivamente va obteniendo en la valoración, en el diagnóstico, en la planeación y ejecución.

La planeación del cuidado se orienta en dos sentidos: uno, si los planes son adecuados para la persona, y dos, si estos planes se ajustan a las normas preestablecidas. Cuando existen planes estandarizados o prediseñados, estos se evalúan de manera individualizada, y además si se ajustan o no a la condición particular de la persona, familia y comunidad.

²⁰ Citado el 23 de Diciembre del 2013. Disponible en:<http://es.slideshare.net/MAXIMA600/soapie-registros-de-enfermeria>

<p>EVALUACIÓN EN LA ETAPA DE VALORACIÓN</p>	<p>*Comprende la aprobación de datos respecto de su significado para formular hipótesis.</p> <p>*Contribuye a reconocer que faltan datos y manteniendo el inicio de continuidad de datos específicos.</p>
<p>EVALUACIÓN EN LA ETAPA DE DIAGNÓSTICO</p>	<p>*Evaluación crítica de las categorías utilizadas para rotular un conjunto de signos y síntomas.</p> <p>*Sirve para establecer la corrección de diagnósticos.</p>
<p>EVALUACIÓN EN LA ETAPA DE PLANIFICACIÓN</p>	<p>*Se realiza en dos momentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- durante la planeación 2.- cuando ya se ejecutaron las intervenciones de enfermería. <p>*su objetivo en esta etapa es analizar si los planes propuestos son compatibles a los estandarizados y si se ajustan a la condición particular de la persona.</p>
<p>EVALUACIÓN EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN</p>	<p>*Se concentra en las acciones como en el proceso.</p> <p>*a la enfermera le permite apreciar la efectividad de estas acciones, al comprar los resultados esperados con los obtenidos en términos de respuesta biológica, psicológica de la persona en intervenciones de enfermería.</p>

Con esto concluimos que la evaluación tiene 3 fases fundamentales:

- 1.- Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución.
- 2.- Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible.
- 3.- La enfermera y la persona deben establecer si el plan ha sido efectivo y si hay algún cambio en el mismo.

1.6.-El cuidado y el proceso de atención de enfermería

Virginia Henderson en su obra: “Enfermería: O la ciencia y El Arte de Cuidar” plantea las razones fundamentales que servirán como estructura al desarrollo de la teoría sobre el cuidado definiéndolo de la siguiente manera :

CUIDADO

Cuidar, principio, guía, meta. Para Virginia Henderson cuidar es ayudar a las personas en aquellas actividades dirigidas a potenciar la salud o restituirla lo más pronto posible y que la persona que realizaría por ella misma, si supiera, tuviera la fuerza y/o la voluntad necesaria. Pero que también es ayudar a encontrar una muerte digna y pacífica²¹.

²¹ Grupo de Cuidado. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Santa fe de Bogotá. UNIBIBLOS. 2002

2.-Teoría del cuidado:

Durante los años se ha contemplado al ser humano de manera holística cuando nos concentramos en sus necesidades, el cuidado es el tema que varias autoras han dado una definición de acuerdo a sus conocimientos y experiencias con los años, lo cual han compartido con las enfermeras.

Con referencia a este marco, la Dra. Jean Weston, sus publicaciones reflejan la evolución de su teoría del cuidado. Todo lo que ha escrito va dirigido a los estudiantes de enfermería y les propone la base antológica, ética y epistemológica para su praxis, así como líneas de investigación, esto asándose a sus estudios y experiencias para proporcionar el cuidado que merece la persona.

Confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación: "La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad"²².

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

1.- La teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia:

"El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

²² Watson J., Nursing: The Philosophy & Science of Caring, (2008), Ed. Revised, Editor University Press of Colorado.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- ✓ Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- ✓ Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- ✓ Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

2.- La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

3.- La teoría de sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

Acción de la enfermera:

Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados:

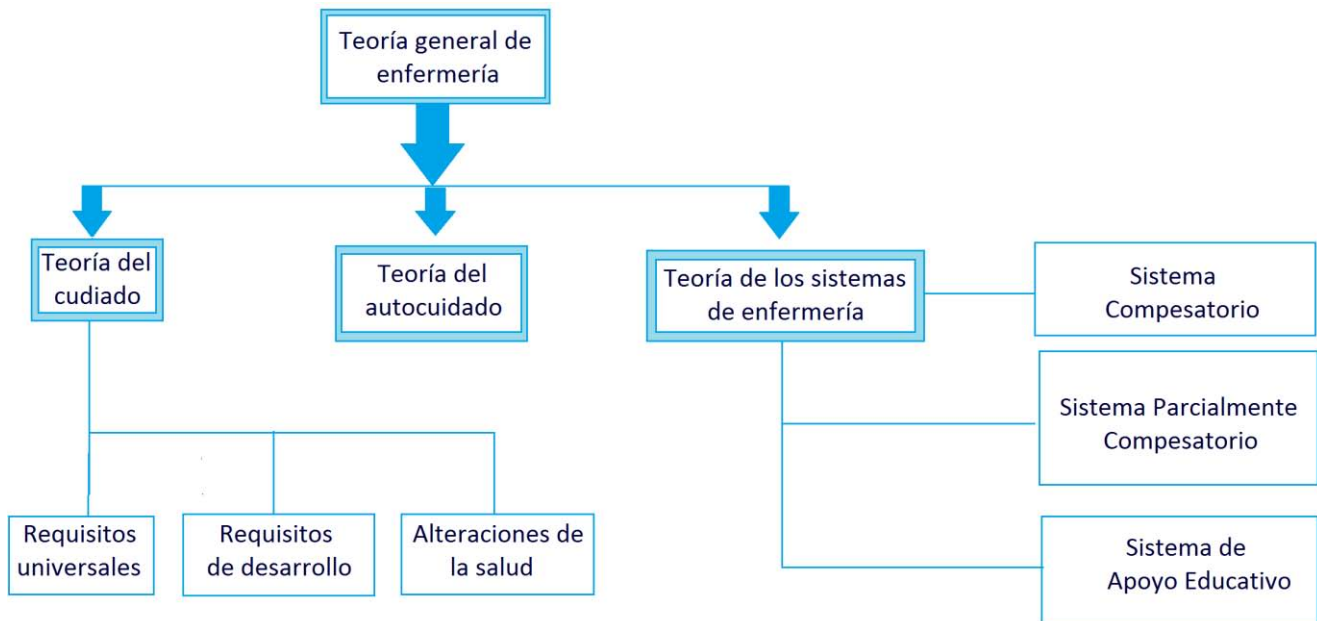
Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.



Jaggar, A. (1995).

Naturaleza del autocuidado:

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- ↳ Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.

- ↳ Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.

- ↳ Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.

- ↳ Prevención de la incapacidad o su compensación.

- ↳ Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

2.1.-Metaparadigma de enfermería.

❖ Persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con

capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

❖ Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

❖ Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son²³:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

²³ Jaggar, A. (1995). "Caring as a Feminist Practice of Moral Reason". En V. Held (Ed.), Justice and Care, essential readings in feminist ethics. Colorado: Westview Press.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

❖ Entorno²⁴:

Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

También es necesario aclarar los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem:

- ✓ Necesidades de autocuidado terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.
- ✓ Actividad de autocuidado: Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.
- ✓ Agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo.
- ✓ Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.
- ✓ La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.
- Kristean Swanson

Kristen Swanson plantea en el año 1991 la “Teoría de los Cuidados”, la autora concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las Enfermería Global N° 28 Octubre 2012 Página 319 creencias). Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.

²⁴ Kristen Swanson plantea en el año 1991 la “Teoría de los Cuidados”

La teoría apoya la reivindicación de que los cuidados son un fenómeno central de enfermería, pero no es necesariamente la práctica de enfermería.]

Sanabria menciona que los cuidados de enfermería no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y en la explicación científica.

En 1993, Swanson desarrolló más su teoría de los cuidados haciendo explícitas sus principales asunciones sobre los cuatro principales fenómenos de interés en la disciplina enfermera: Enfermería, persona-cliente, salud y entorno.

Swanson define la enfermería como la disciplina de los cuidados para el bienestar de otros. Afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por " el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales".

Swanson, define a las personas como "seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas" Postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de "una herencia genética, al legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío". Así pues, las personas modelan y son modeladas por el entorno en el que viven.

Swanson considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye "desprenderse del color interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud".

Swanson define entorno de manera situacional. Sostiene que el entorno para la enfermería es "cualquier contexto que influye o que es influido por el cliente". Swanson sostiene que hay muchos tipos de influencia sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos, por nombrar solo unos pocos. (Swanson,19991-1993 citado por Ann Marriner Tomey – Martha Raile Alligood, Modelos y Teorías de Enfermería).

Relaciones entre los cuatro conceptos del metaparadigma

La enfermería como disciplina, busca el bienestar de la persona, es decir, el ser único que está en proceso de creación, cuya integridad se completa cuando se manifiesta con pensamientos y sentimientos. La salud es entonces bienestar, integridad mediante un proceso de cuidado; el entorno puede influir de manera relevante el bienestar del cliente.

Jean Watson²⁵ considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadwin y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada “Del cuidado humano”.

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.

2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.

3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.

4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.

5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para

²⁵ ANN MARRINER TOMEY – MARTHA RAILE ALLIGOOD, Modelos y Teorías de enfermería, Elsevier Mosby, sexta edición, pp. 91- 105

generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.

7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

2.3.-Factores curativos de la ciencia del cuidado:

- 1- Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.
- 2- Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- 3- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
- 4- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
- 5- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
- 6- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de

problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

7- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizajes diseñados para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

8- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

10- Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Los tres primeros factores del cuidado forman la base “filosófica”. Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta.

Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1.

“El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”.

Premisa 2.

“La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

Premisa 3.

“El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos metaparadigmáticos²⁶ de la siguiente manera:

Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante .La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Conceptos:

1. Interacción enfermera-paciente: proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

²⁶ Morales V. E., Rubio C. A., Ramírez D. M.,. Metaparadigma y Teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. (Citado el 4 de Mayo del 2012) disponible en:
http://www.recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_metaparadigma_teorizac_teorias_modelos_enfermer.pdf

2. Campo fenomenológico: su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.

3. Relación transpersonal de cuidado²⁷: debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:

-Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente

-Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

4. Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las diversas corrientes del pensamiento a través de la historia. El cuidado en enfermería comienza desde los inicios de la vida y se han destacado cuatro etapas en este proceso²⁸ hasta convertirla en profesión: la etapa doméstica, vocacional, técnica y profesional.

A partir del año 1997, en Chile, los servicios profesionales de la enfermera comprenden la Gestión del Cuidado en lo relativo a promoción, manutención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente. Este reconocimiento significa que el cuidado es el aporte específico de la enfermera en la atención de salud y, además, un ámbito determinado de esta atención en salud ha sido reservado para las enfermeras, con el objeto de otorgar

²⁷ Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Dimensiones del Cuidado. Unibiblos. Bogotá. 1998.

²⁸ Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5a ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.

certeza jurídica respecto a su campo de acción; de esta manera se garantiza el derecho a la protección de la salud del usuario²⁹.

Modelos de cuidados que independientemente de cada prototipo organizado por la intervención de la enfermera nos hable sobre:

- Las alteraciones de las capacidades de las personas para satisfacer sus necesidades básicas.
- Los déficits de las personas o de sus cuidadores principales para el autocuidado, es decir, la realización de acciones encaminadas para la satisfacción de sus necesidades antes mencionadas, afrontando situaciones específicas.
- Las intervenciones decididas por otros profesionales del equipo sanitario, que emprende necesidad de ayuda para su acción.

Diciendo con palabras claves sobre el cuidado, es como un proceso, organizado, controlado y dirigido hacia una meta.

²⁹ 8 Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Harcourt ed. Madrid, España: 1999.

3.-Necesidades básicas de Virginia Henderson

Los elementos más importantes de la teoría de Virginia Henderson son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros, esferas en las que se desarrollan los cuidados. Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

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

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipos físicos, psicológicos, sociológicos o relacionados a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.³⁰

³⁰ Morales Oscar. Registros Clínicos de Enfermería [Tesis de Maestría. 2014 ENEO-UNAM

4.-Atención Domiciliaria

La atención en el domicilio es un ámbito de actuación enfermera tratado en el marco de diferentes materias de la Diplomatura de Enfermería. Es el escenario natural de los cuidados, donde transcurre la vida de las personas y familias y por lo tanto, es un entorno al cual se debe prestar especial atención. Se puede considerar de este modo que la atención domiciliaria es un aspecto transversal y permanente en el desarrollo de contenidos temáticos de asignaturas como Enfermería Básica, Metodología de Enfermería, Trabajo en Equipo Multidisciplinar y lógicamente en el marco de materias clínicas como la Enfermería Geriátrica o del Anciano.

4.1.-Modalidades de atención domiciliaria

Según la iniciativa

A demanda

En esta modalidad la atención domiciliaria se presta como respuesta a la solicitud del propio usuario o de algún familiar o allegado. Generalmente esta demanda se produce como consecuencia de una enfermedad o accidente que requiere la intervención de un profesional y ante la imposibilidad de que la persona afectada pueda desplazarse con facilidad al centro de salud. La demanda puede tener un carácter "ordinario" (para administrar un tratamiento previamente pautado, cambiar una sonda, etc.), o "urgente", cuando una situación de emergencia lo requiere.

Programada

Se denomina así la visita de atención domiciliaria cuya iniciativa corresponde al profesional. Las razones pueden ser diversas: por tratarse de una actividad com Según la iniciativa Según el fin Según la dependencia Según la financiación Según la tipología del paciente prendida dentro de un programa, para estudiar el ambiente familiar, para recoger datos de una persona o familia, para atender una situación de crisis o precrisis que, a juicio del

profesional, requiera este tipo de actuación, como continuidad de una visita inicial "a demanda", etc. En la atención domiciliaria programada cabe distinguir, a su vez, dos situaciones diferentes: la primera visita, que requiere una metodología más precisa (Ver el apartado "Metodología" de este capítulo y, específicamente, las fases preparatoria y de introducción al núcleo familiar), y la visita sucesiva o de seguimiento, en la que se cuenta con la ventaja de conocer el medio, los recursos y las características de la situación.

En función del fin principal que se persigue

Asistencial

Tiene la finalidad de proporcionar cuidados asistenciales directos tanto a la persona, individualmente, como a la familia en su conjunto, en situación de salud (acciones preventivas como la administración de vacunas) o en casos de enfermedad (aplicación de tratamientos, cuidados postquirúrgicos, etc.). En general, es la modalidad más frecuente.

Investigadora

Cuando la visita tiene por objetivo conocer el hábitat familiar: condiciones higiénicas de la vivienda, factores de riesgo (para la prevención de accidentes), posibilidades de acondicionamiento a las necesidades de sus moradores (sobre todo en casos de invalidez), condiciones socioeconómicas, hábitos de consumo, interrelaciones personales, etc.

Educadora

Cuando el propósito de la visita es impartir educación para la salud, individual o grupal. Suele presentarse esta necesidad en familias en situaciones marginales o en casos en los que, por alguna razón, no pueden acudir al centro de salud. El fomento del autocuidado y la ayuda informal se basan principalmente en demostraciones prácticas llevadas a cabo en el propio domicilio tales como cuidados a un recién nacido, cambios posturales a un anciano, alimentación por sonda, movilizaciones, etc.

Administrativa

Cuando la visita tiene un carácter fundamentalmente administrativo: captación de un caso, registro de datos, cumplimentación de un formulario, realización de una encuesta, etc. Lo más frecuente, no obstante, es que una misma visita domiciliaria tenga, en mayor o menor grado, una finalidad asistencial, investigadora, educadora y administrativa a la vez.

En relación con la dependencia institucional

Atención domiciliaria primaria

Dependiente de los centros de salud. Es la atención sanitaria a domicilio que se presta desde el nivel primario. Puede tratarse de atención médica, de cuidados de enfermería o de ambos a la vez. También se incluye en esta modalidad la atención sociosanitaria en la que intervienen los profesionales de trabajo social del equipo de atención primaria.

Atención domiciliaria social

Dependiente, normalmente, de los Servicios Sociales de las comunidades autónomas y de los ayuntamientos. Se trata de una modalidad de atención domiciliaria que tiene como objetivo proporcionar ayuda doméstica y apoyo en las actividades de la vida diaria. Las tareas las suelen realizar auxiliares con formación específica en ayuda a domicilio.

Hospitalización a domicilio

Se lleva a cabo por profesionales sanitarios dependientes de un hospital del área. Consiste en trasladar al domicilio del paciente los servicios del hospital con la finalidad de proporcionar una atención más humanizada y lograr, a la vez, un mejor aprovechamiento de los recursos hospitalarios.

Según la financiación y/o modo de provisión del servicio

Pública directa

Es la atención domiciliaria que se lleva a cabo de manera directa desde la Administración Pública con sus propios recursos humanos. El caso más común es el de la atención que se presta desde los centros de salud a través de los miembros del equipo de atención primaria.

Pública concertada

Se trata de la modalidad mediante la cual la Administración Pública concierta con empresas privadas, cooperativas o asociaciones la provisión de los servicios de atención domiciliaria. El tipo de servicio, así como su precio, se pactan previamente y pueden variar de unas comunidades autónomas a otras. Esta modalidad se utiliza sobre todo en ayuda domiciliaria, teleasistencia y algunos servicios de carácter social.

Privada

Consiste en la prestación de un servicio asistencial domiciliario, generalmente en una situación de crisis puntual y a demanda del usuario, que lleva aparejado el pago directo de honorarios al profesional correspondiente. Se suele dar, sobre todo, ante circunstancias de deficiencias del servicio público o por comodidad del usuario. En todo caso, se trata de una modalidad con bastante tradición en España, que funciona en paralelo al sistema público.

Filantrópica

Son las visitas domiciliarias a individuos o familias llevadas a cabo por personas, no siempre profesionales, a título personal o en el marco de una organización altruista: voluntariado, organizaciones religiosas, asociaciones de enfermos, etc., con el fin de prestar algún tipo de ayuda sin ánimo de lucro. Aunque en ocasiones estas visitas pueden tener un objetivo asistencial directo, lo más frecuente es que tengan un carácter humanitario y de apoyo psicosocial a las personas que sufren.

En función de la tipología del paciente o de la situación

De acuerdo con las características que presenta el paciente o la situación en la que se hace necesaria la atención domiciliaria, se suele hablar, entre otros, de los siguientes tipos de atención domiciliaria:

Atención a personas en fase aguda

Cuando se presenta un episodio que afecta de modo brusco a la salud de uno o varios miembros de la familia (accidentes, intoxicaciones, procesos patológicos en fase aguda, etc.) que precisa atención inmediata en el propio domicilio.

Atención a enfermos crónicos

Personas afectadas por procesos de larga duración (neurológicos, psiquiátricos, respiratorios, reumatológicos) que no pueden desplazarse al centro de salud y que a su vez no precisan hospitalización. En este grupo se entienden incluidas las personas con minusvalías físicas, psíquicas o sensoriales.

Atención post-clínica

Seguimiento y control de pacientes en periodo de convalecencia, después de un proceso clínico en el que, generalmente, han permanecido hospitalizados.

Atención puerperal

Cuidados prestados a la madre y al recién nacido durante el puerperio.

Atención geriátrica

Personas que por su avanzada edad y grado de discapacidad presentan dificultades de desplazamiento y requieren ayuda en el propio hogar.

Cuidados paliativos

Atención prestada a pacientes en fase terminal de la evolución de un proceso neoplásico.³¹

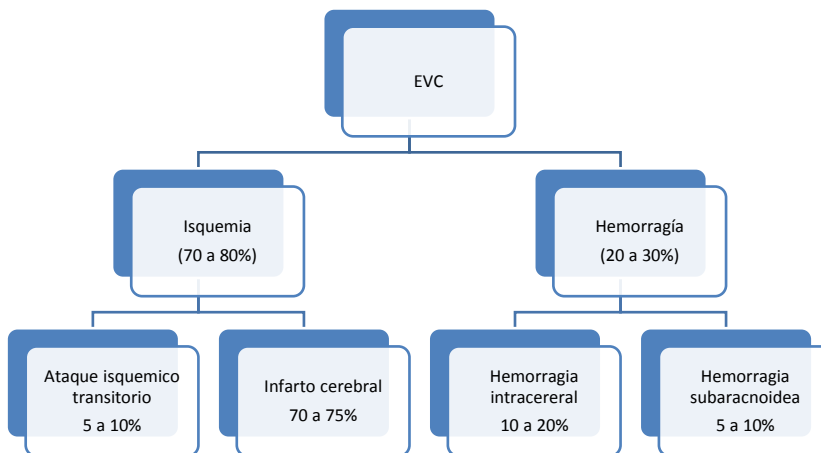
³¹ Ramos Calero E. Atención domiciliaria. En: Darías Curvo S. Enfermería Comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 476-487.

5.-Evento Vascular Cerebral Definición

La enfermedad vascular cerebral se definió de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud, como el síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y a veces global (aplicado a pacientes con pérdida del estado de alerta o cefalea aguda), que persiste más de 24 horas o conducen a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular. Con base en los estudios de neuroimagen (TC IRM) la EVC se clasificó como isquémica, hemorragia intracerebral (HIC), hemorragia subaracnoidea (HSA) o trombosis venosa cerebral (TVC). Por otra parte, la isquemia cerebral transitoria (ICT) se definió como un cuadro de instalación rápida, manifestando por los datos clínicos de falla cerebral focal, que se resuelven completamente en menos de 24 horas y sin otra causa aparente que el origen vascular requiriendo estudio de neuroimagen que descartara otras causas.³²

Clasificación

La EVC se clasifica en dos grandes tipos: la isquemia y la hemorragia.



Fuente: Cantú Brito

³² Cantú-Brito C, Ruiz-Sandoval JL, Chiquete E, Arauz A, León-Jiménez C, Murillo-Bonilla LM, Villarreal-Careaga J, Barinagarreentería F, Fernández JA, Torres B, Rodríguez-Leyva I, Rangel-Guerra R; y los Investigadores de RENAMEVASC (Grupo colaborativo de estudio de la enfermedad vascular cerebral en México) Rev Mex Neuroci 2011; 15(5): 224-234

Isquemia cerebral

La isquemia cerebral es el estado caracterizado por la disminución del metabolismo energético como consecuencia de disminución del aporte sanguíneo e forma total (isquemia global) o parcial (isquemia focal). La isquemia puede manifestarse sólo por daño neurológico funcional, como ocurre en el ataque isquémico transitorio, o puede evolucionar al infarto cerebral, que implica la evidencia morfológica de daño estructural neuronal irreversible. Por otra parte, la hemorragia es la consecuencia de la rotura de un vaso cerebral y, dependiendo de su localización, se divide en intracerebral y subaracnoidea. En la hemorragia intracerebral (HIC), la rotura vascular da lugar a una colección hemática en el parénquima encefálico y en la hemorragia subaracnoidea (HSA) se presenta extravasación espontánea de sangre hacia el espacio subaracnoideo.

La integridad estructural y funcional del encéfalo requiere un aporte constante de oxígeno y sustratos metabólicos, en particular de glucosa. Por consiguiente, el flujo sanguíneo adecuado es fundamental para mantener este aporte crítico de sustratos. En condiciones normales, el flujo sanguíneo cerebral (FSC) es de 50 a 55ml/100g de tejido cerebral por minuto y el consumo metabólico de oxígeno es de 3.5ml/100g de tejido cerebral por minuto. Además, a través del mecanismo de autorregulación, la circulación cerebral tiene la capacidad para mantener un flujo sanguíneo constante a pesar de cambios en la presión de perfusión cerebral, dentro de ciertos límites (nivel superior 150mmHg y nivel inferior 60mmHg). La presión de perfusión cerebral está estrechamente relacionada con la presión arterial sistémica y con la presión intracraneal.

A pesar de su complejidad y magnificencia, el encéfalo es una estructura frágil muy sensible a la isquemia. La isquemia cerebral no puede considerarse como un proceso anatomopatológico estático; es un estado dinámico e inestable donde la magnitud del daño al tejido cerebral dependerá de 3 factores fundamentales: 1) la intensidad de la isquemia, 2) la duración de la isquemia, y 3) la presencia de la circulación colateral. La isquemia aparece cuando el aporte sanguíneo cerebral disminuye a menos de 23ml/min/100g de tejido cerebral; cuando el FSC se encuentra entre 10 y 23ml/min, la zona isquémica recibe suficiente flujo sanguíneo para mantener la vitalidad estructural, pero no para realizar funciones fisiológicas (zona de penumbra), mientras que el FSC por debajo de 10ml/min se asocia a daño estructural irreversible. El FSC regional en la zona de isquemia es

proporcionado por la circulación colateral, la cual es responsable de la variabilidad y reversibilidad de la isquemia cerebral focal.

Dependiendo de su duración, la isquemia puede ser transitoria sin producir daño cerebral cuando el flujo sanguíneo se reestablece con prontitud, o puede prolongarse hasta conducir a la destrucción de las neuronas, dando lugar al infarto cerebral. En el primer caso los síntomas son pasajeros, en forma de episodios conocidos como ataques isquémicos transitorios (AIT), que deben considerarse como un signo de alerta, ya que suelen preceder a la instalación, en los siguientes días o semanas, del déficit neurológico permanente. El término AIT fue introducido por M. Fisher desde 1951 y actualmente se define como “un síndrome clínico caracterizado por pérdida aguda de la función focal ocular o cerebral con síntomas que duran menos de 24h debido a un suministro sanguíneo ocular o cerebral inadecuado como consecuencia de disminución del flujo sanguíneo, de trombosis o embolia arterial, asociados a enfermedad de las arterias, del corazón o de los constituyentes de la sangre”.

Aunque arbitrariamente se considera que el AIT dura menos de 24h, los episodios suelen ser mucho más breves, la mayor parte menores de 1h y solo 5% mayores de 12h. Desde el punto de vista práctico y de las potenciales implicaciones terapéuticas, se considera que el paciente está desarrollando un infarto cerebral cuando los síntomas han persistido más de 60 min.

Subclasificación clínica de la isquemia cerebral

La información clínica debe utilizarse para establecer la topografía y el tamaño de la lesión isquémica en un territorio vascular. Tradicionalmente, desde el punto de vista clínico las EVC isquémicas se clasifican en dos grandes grupos: las que afectan el sistema carotídeo o circulación anterior y las que involucran el sistema vertebrobasilar o circulación posterior. Sin embargo, mientras que algunos síntomas se asocian invariablemente con la afección del territorio carotídeo o vertebrobasilar, otros síntomas pueden presentarse con la afección de cualquiera de los dos territorios

Manifestaciones neurológicas de acuerdo con el territorio arterial afectado			
	Territorio carotídeo	Territorio vertebrobasilar	Cualquier territorio
Afasia	+	-	-
Amaurosis monocular	+	-	-
Agnosis/apraxia	+	-	-
Hemiparesia	-	-	+
Hemihipoestesia	-	-	+
Disartria	-	-	+
Ataxia	-	-	+
Disfagia	-	-	+
Diplopía	-	+	-
Amaurosis bilateral	-	+	-
Vértigo	-	+	-
Cuadriparesia	-	+	-
Déficit sensitivo/motor cruzado o alterno	-	+	-
*Mientras que algunos síntomas se asocian invariablemente con la afección del territorio carotídeo o vertebrobasilar, otros síntomas pueden presentarse con la afección de cualquiera de los dos territorios			

Además de intentar clasificar la EVC isquémica en el sistema carotídeo o vertebrobasilar correspondiente, debe tomarse en consideración que para cada sistema existen cuatro componentes: arterias extracraneales, arterias intracraneales principales, arterias superficiales y arterias pequeñas perforantes. Estos componentes poseen diferentes características estructurales y funcionales, por lo que la isquemia dentro de su territorio tendrá diferentes manifestaciones y causas predominantes. Las arterias principales tienen como particularidad un notable potencial anastomótico a través del polígono de Willis, de colaterales piales y con conexiones extracraneales; por tanto, existe gran variabilidad en la

magnitud del área de isquemia; la oclusión de estas arterias suele hacerse por un mecanismo embólico. Finalmente, las arterias perforantes profundas poseen limitado potencial anastomótico, pero debido a su tamaño el área de isquemia es restringida; la oclusión de estas arterias se relaciona por lo general con enfermedad de vasos pequeños. Por otra parte, se reconocen otros tipos de territorios arteriales llamados limítrofes o watershed, que se caracterizan por ser áreas donde la irrigación sanguínea depende de las ramas terminales de las arterias cerebrales anterior, media y posterior, y están más propensos al daño isquémico global, que suele ocurrir en condiciones hemodinámicas como periodos de hipotensión grave (presión arterial media <60 mmHg) o el paro cardíaco transitorio. En estos casos es frecuente observar lesiones isquémicas en estos territorios limítrofes debido a que son las áreas donde el flujo sanguíneo se reduce a sus niveles más bajos durante una crisis de hipotensión o paro cardíaco transitorio.

Con base en algunas de las consideraciones anteriores, Bamford y colaboradores desarrollaron una clasificación que posee varias ventajas en la práctica clínica. La clasificación consta de cuatro categorías: 1) síndrome total de la circulación anterior, 2) síndrome parcial de la circulación, 3) síndrome lacunar, y 4) síndrome de la circulación posterior. La información para definir estos síndromes se obtiene en forma sencilla y con rapidez en casi todos los pacientes, cuenta con razonable confiabilidad interobservador, permite predecir el volumen del área afectada desde etapas tempranas y con ello el pronóstico a mediano plazo, y ofrece orientación sobre la posible causa de la EVC y ayuda a seleccionar los estudios pertinentes.

Síndrome clínico	Manifestaciones clínicas	Territorio arterial
Síndrome lacunar	Presencia de alguno de los siguientes síndromes: Deficit motor puro Deficit sensitivo puro Hemiparesia atáxica Síndrome disartria-mano torpe Deficit sensoriomotriz Sin déficit a campos	Arterias perforantes profundas, incluyendo lenticuloestriadas, talamoperforantes y perforantes pontinas

	visuales ni alteraciones de funciones corticales superiores	
Síndrome total de circulación anterior	Presencia de todas las siguientes manifestaciones: Hemiplejía o hemiparesia densa Hemianopsia Disfunción cortical superior: afasia, alteración visoespacial, etc.	Territorio superficial y profundo de arteria cerebral media y arteria cerebral anterior
Síndrome parcial de circulación anterior	Presencia de alguno de los siguientes síndromes: Déficit sensitivo/motor + hemianopsia o disfunción cortical superior Hemianopsia + disfunción cortical superior Trastorno aislado de función cortical superior Déficit sensitivo/motor menos extenso que en síndrome lacunar (p. ej., monoparesia)	Territorio superficial de arteria cerebral anterior, o división superior o inferior de arteria cerebral media
Síndrome de circulación posterior	Presencia de alguno de los siguientes síndromes: Paresia ipsilateral de pares craneales (III-XII) (aislada o múltiple) con déficit sensitivo/motor	Territorio vertebro-basilar, incluyendo arteria basilar, arteria cerebral posterior y arterias cerebelosas

	contralateral Déficit sensitivo/motor bilateral Trastorno de los movimientos conjugados Síndrome cerebeloso Hemianopsia aislada o ceguera cortical	
--	---	--

En ocasiones, el diagnóstico que se establece con bases clínicas y sin estudios de imagen (TC o IRM) puede ser erróneo. Con lo anterior se reconoce que la evaluación clínica del paciente debe ir de la mano con las pruebas diagnósticas que permitan confirmar la apreciación clínica.

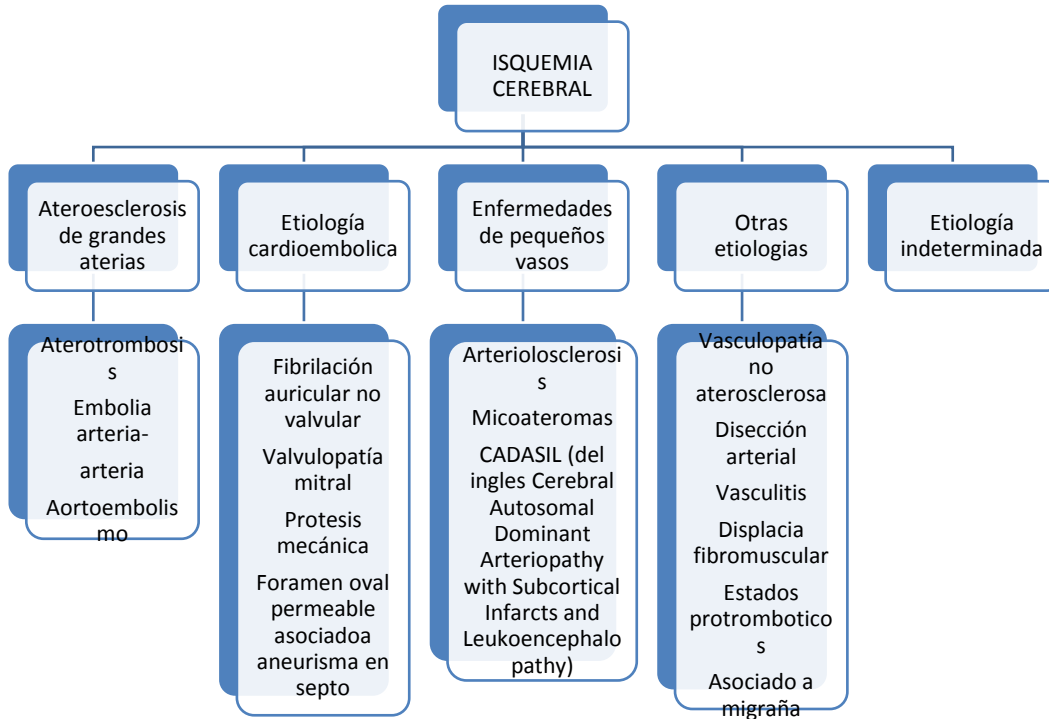
Etiología

Subclasificación etiológica de la isquemia cerebral

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de la isquemia cerebral y se ha determinado el territorio arterial afectado y la magnitud de la lesión cerebral, la siguiente etapa de la evaluación consiste en investigar la naturaleza patológica de la EVC isquémica. En la actualidad se cuenta con varios esquemas similares de clasificación etiológica, que se basan en la forma de presentación clínica, presencia de factores de riesgo vascular tradicionales, manifestaciones clínicas específicas, y la información proporcionada por los métodos auxiliares de diagnóstico. Básicamente se consideran cinco grandes subtipos etiológicos en la EVC isquémica:

- a. Aterosclerosis de grandes arterias
- b. Cardioembolismo
- c. Enfermedad de pequeños vasos
- d. Otras causas de isquemia cerebral
- e. Causa indeterminada

Es importante enfatizar que en ocasiones existen evidencias para considerar mecanismos mixtos, por ejemplo, el paciente con aterosclerosis carotídea que a su vez es portador de fibrilación auricular no valvular, sin poder establecer con certeza cuál fue directamente responsable de la enfermedad vascular.



Fuente: Cantú- Brito

Aterosclerosis de grandes arterias

La aterosclerosis es la principal enfermedad de las arterias grandes y de medio tamaño, y tiende a desarrollarse en los puntos de bifurcación arterial (p. ej., bifurcación carotídea), de curvatura (p. ej., arco aórtico) y de confluencia arterial (p. ej., basilar). A nivel extracraneal tiende a afectar la bifurcación carotídea y porción proximal de la carótida interna y el origen de las arterias vertebrales. En las arterias intracraneales, la aterosclerosis a menudo afecta la porción terminal de la arteria carótida interna y la arteria basilar y, en menor grado, las arterias cerebrales medias, cerebrales anteriores y cerebral posteriores. La isquemia cerebral relacionada con la aterosclerosis es el resultado de la oclusión trombótica (aterotrombosis) o tromboembolia (arteria-arteria) de los vasos cerebrales. En los últimos años se reconoce que las placas ateromatosas del arco aórtico también son fuente importante de isquemia cerebral a través de embolismo arteria-arteria (aortoembolismo).

La etiología aterosclerosa se sospecha en pacientes con antecedentes de factores de riesgo vascular, y se puede confirmar a través de estudios no invasivos que permiten evaluar el estado de las principales arterias. Las arterias cervicales, carótidas y vertebrales pueden evaluarse de manera adecuada a través de ultrasonografía de alta resolución y la imagen de flujo Doppler codificado a color. Con estos métodos es posible establecer la presencia de aterosclerosis carotídea incluso desde etapas tempranas y permiten establecer el grado de estenosis que producen las placas de ateroma. La aterosclerosis de las principales arterias intracraneales puede detectarse mediante la tecnología de Doppler transcraneal, que mostrara incremento d velocidades del flujo sanguíneo en el sitio de estenosis arterial.Sin embargo, el Doppler transcraneal no proporciona información relacionada con la naturaleza patológica de la estenosis y se infiere que la etiología es aterosclerótica por la información clínica (presencia de factores de riesgo vascular) y la exclusión de diagnóstico diferenciales que producen elevación de las velocidades de flujo sanguíneo (vasoespasma cerebral). Finalmente, la posibilidad de aortoembolismo puede confirmarse a través de ecocardiografía transesofágica.³³

Factores de riesgo

El factor de riesgo vascular más importante para ambos tipos de EVC, isquémica y hemorrágica, es la hipertensión arterial en 60 a 65% de los pacientes. De hecho es probable que la mayor frecuencia de HIC esté en estrecha relación con la elevada prevalencia de hipertensión arterial en la población mexicana de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud fue de 42.3% en adultos (>20 años); alcanza una prevalencia de 60% entre los 50 y 60 años de edad y hasta 70% en los mayores de 60 años.³⁴ Por lo tanto, la hipertensión se ha

³³ Cantú-Brito, F. Berinagarrementeria, Enfermedad vascular cerebral, Manual Moderno, México DF, 2003

convertido en una de las enfermedades crónicas más frecuentes en México. En los últimos seis años se observó un incremento de 25% en la prevalencia de hipertensión en mexicanos. La posibilidad de un evento cerebrovascular se incrementa en particular en personas con apego irregular al tratamiento antihipertensivo. Recientemente se publicó un subanálisis del estudio RENAMEVASC que evaluó a 1,721 pacientes que contaban con registro de presión arterial sistólica al ingreso; (12) de los 1,036 (60.2%) pacientes con el antecedente de hipertensión, solo 32.4% tenía un tratamiento regular y 9.5% se desconocían hipertensos al ingreso hospitalario. La irregularidad del tratamiento antihipertensivo en sujetos con antecedente de hipertensión fue mayor para los casos de EVC hemorrágica (HIC: 67.1%; y HSA: 61.4%), que para los de síndrome isquémico (IC: 53.5%; e AIT: 42.0%) ($p < 0.01$).³⁵

- ✓ Hipertensión Arterial Sistémica
- ✓ Hiperlipidemia
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Obesidad
- ✓ Homocisteína
- ✓ Infección e Inflamación

Factores externos

- ✓ Tabaquismo
- ✓ Alcohol
- ✓ Sedentarismo

Enfermedades de los grandes vasos

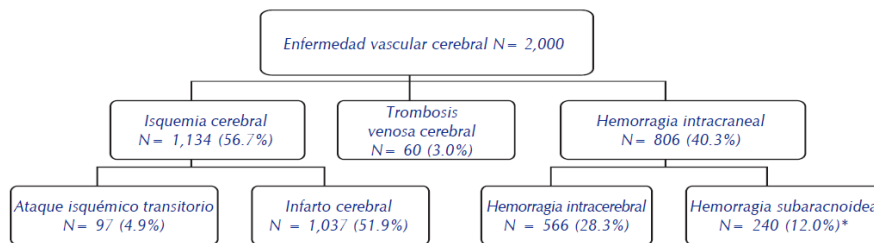
- ✓ Enfermedad aterosclerótica carotídea

³⁴Barquesa S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez-Gilabert C, Durazo-Arvizú R, Aguilar-Salinas CA. Hipertensión en adultos mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2006. Salud Pública Méx 2010; 52(Supl. 1): S63-S71

³⁵Baños-González M, Cantú-Brito C, Chiquete E, Arauz A, Ruiz-Sandoval JL, Villarreal-Careaga J, Barinagarrementeria F, Lozano JJ; y los investigadores RENAMEVASC. Presión arterial sistólica y pronóstico funcional en pacientes con enfermedad vascular cerebral aguda: Registro mexicano de enfermedad vascular cerebral. Arch Cardiol Mex 2011; 81:169-75

- ✓ Aterosclerosis del arco aórtico
- ✓ Cardioembolismo
- ✓ Fibrilación auricular
- ✓ Infarto agudo al miocardio
- ✓ Enfermedad valvular
- ✓ Defectos septales
- ✓ Cardiomiopatías
- ✓ Mixoma auricular

En relación con la distribución de los tipos de EVC de acuerdo con la edad, la frecuencia de los eventos isquémicos se incrementan con la edad, mientras que la HIC se mantiene en la misma frecuencia en todos los grupos etarios. La relevancia de otros factores de riesgo vascular varían según el tipo de EVC; así el antecedente de EVC previa, la diabetes mellitus y la fibrilación auricular se relacionaron principalmente con los eventos cerebrovasculares isquémicos, siendo poco frecuentes en otros tipos de EVC. En pacientes con aterosclerosis en otros territorios (coronario o periférico) se asociaron con los casos de EVC isquémica³⁶



* 7.1% si se excluyen centros de referencia de aneurisma cerebral.

Figura 1. Distribución de los tipos de enfermedad vascular cerebral de los 2,000 pacientes del registro RENAMEVASC.

Fuente: Rev Mex Neuroci 2011

³⁶ Cantú-Brito C, Ruiz-Sandoval JL, Chiquete E, Arauz A, León-Jiménez C, Murillo-Bonilla LM, Villarreal-Careaga J, Barinagarreentería F, Fernandez JA, Torres B, Rodríguez-Leyva I, Rangel-Guerra R; y los Investigadores de RENAMEVASC (Grupo colaborativo de estudio de la enfermedad vascular cerebral en México) Rev Mex Neuroci 2011; 15(5): 224-234

Tabla 2 Factores de riesgo vascular de acuerdo con el tipo de enfermedad vascular cerebral							
	ICT n = 97	Infarto Cerebral n = 1,037	HIC n = 566	HSA n = 240	TVC n = 60	Total n = 2,000	P
<i>Historia Familiar</i>							
EVC	13/95 (13.7)	170/1006 (16.9)	97/545 (17.8)	42/229 (18.3)	5/57 (8.8)	327/1932 (16.9)	0.40
Cardiopatía isquémica	20/95 (21.1)	213/1006 (21.3)	86/545 (15.9)	39/229 (17.0)	5/57 (8.8)	363/1932 (18.8)	0.02
Infarto cerebral previo	16 (16.5)	174 (16.8)	16 (2.8)	2 (0.8)	0	208 (10.4)	<0.001
ICT previa	26 (26)	72 (7.4)	8 (1.4)	2 (0.8)	1 (1.7)	113 (5.7)	<0.001
HIC previa	0	14 (1.4)	28 (5.0)	5 (2.1)	0	47 (2.4)	<0.001
Hipertensión	62 (63.9)	638 (61.5)	369 (65.2)	108 (45)	3 (5.0)	1180 (59)	<0.001
Diabetes Mellitus	44 (45.4)	688 (33.7)	97 (17.1)	22 (9.2)	3 (5.0)	515 (25.8)	<0.001
Hipercolesterolemia	35 (36.1)	214 (20.6)	52 (9.2)	12 (5.0)	5 (8.3)	318 (15.9)	<0.001
Tabaquismo actual	24 (24.7)	245 (23.6)	135 (23.9)	67 (27.9)	5 (8.3)	476 (23.8)	<0.001
Consumo alcohol excesivo	19 (19.6)	159 (15.3)	107 (18.9)	36 (15.0)	2 (3.3)	323 (16.2)	0.01
Obesidad	30 (30.9)	258 (24.9)	168 (29.7)	72 (30.0)	12 (20.0)	540 (27.0)	0.10
Coronariopatía	16 (16.5)	126 (12.2)	31 (5.5)	7 (2.9)	0	180 (9.0)	<0.001
Fibrilación articular	11 (11.3)	117 (11.3)	11 (2.0)	0	0	139 (7.0)	<0.001
Vasculopatía periférica	14 (14.4)	111 (10.7)	41 (7.2)	12 (5.0)	2 (3.3)	180 (9.0)	0.003
Embarazo/puerperio*	0/3	10/102 (9.8)	10/88 (11.4)	0/66	28/45 (62.2)	48/304 (15.8)	<0.001

* Mujeres en edad reproductiva.

Fuente: Rev Mex Neuroci 2011

Epidemiología

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es un creciente problema de salud en países en vías de desarrollo. Este fenómeno parece paralelizar al aumento en la población añosa y el patrón creciente en la frecuencia de factores de riesgo de enfermedad vascular aterotrombótica. En México aún se desconocen diversos aspectos sobre su epidemiología y atención médica. Debido a que el EVC no es un trastorno circulatorio homogéneo, sino que consiste en tipos muy divergentes que solo tiene en común el daño vascular al cerebro, su conocimiento es fundamental para la implementación de programas de tratamiento agudo y prevención de acuerdo a los tipos específicos de EVC.

Para el año 2000 la Secretaría de Salud registró un total de 435,486 defunciones (4.42/100,000 habitantes), las que se incrementaron a 538,288 (5.05/100,000 habitantes) para el año 2008, coincidiendo con el crecimiento poblacional general: 98, 438,557 habitantes en el año 2000, y 106,682,518 habitantes en el año 2008.

La mortalidad general atribuida a EVC, sin distinguir las formas agudas o crónicas, ni entre los distintos síndromes clínicos de la EVC (principalmente infarto cerebral, hemorragia intracerebral, isquemia cerebral transitoria, hemorragia subaracnoidea y trombosis venosa cerebral) mostró un ascenso desde el año 2000 al 2008 (tabla1 figura 1). Este ascenso de debió en parte a un mayor número de muertes en el grupo con edad productiva de 15 a 64

años, ya que en el grupo etario ≥ 65 años se observó un descenso en la tasa anual de muertes atribuidas a EVC, pues este grupo poblacional aumentó en el periodo 2000 a 2008 (2000: 4,591,319; 2008:5,983,927), pero con un número más o menos fijo de muertes totales por EVC en el mismo periodo (tabla 1) . No se observan diferencias de género en la tasa anualizada de mortalidad por EVC, para ningún grupo etario.

Tabla 1									
Mortalidad atribuida a enfermedad vascular cerebral para el periodo 2000 a 2008 en la población general (ambos géneros, todas las edades), en población en edad productiva (15 a 64 años) y en edad posproductiva (≥ 65 años).									
Variable	Año								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Población general									
No. total de defunciones	25,357	25,657	26,526	26,849	26,975	27,370	27,350	29,240	30,212
% de defunciones	5.8	5.8	5.8	5.7	5.7	5.5	5.5	5.7	5.6
Tasa por 100,000 hab	25.21	25.20	25.79	25.74	25.60	26.30	26.10	27.60	28.30
Población de edad 15 a 64 años									
No total de defunciones	6,097	6,104	6,183	6,237	6,348	6,178	6,282	6,864	7,054
% de defunciones	3.7	3.7	3.6	3.6	3.6	3.4	3.4	3.6	3.5
Tasa por 100,000 hab	10.12	9.94	9.88	9.79	9.80	9.40	9.40	10.1	10.5
Población de edad ≥ 65 años									
No. total de defunciones	18,949	19,253	20,032	20,286	20,327	20,918	20,816	20,327	20,327
% de defunciones	8.6	8.6	9.0	8.2	8.2	7.9	7.9	7.3	7.0
Tasa por 100,000 hab	417.71	406.29	409.20	401.01	386.7	387.0	372.5	351.5	339.7

Se muestra el número total de defunciones, la tasa por 100,000 habitantes de cada grupo etario y el porcentaje de muertes (sobre el total) atribuidas a enfermedad vascular cerebral.

Fuente: Rev Mex Neuroci 2011

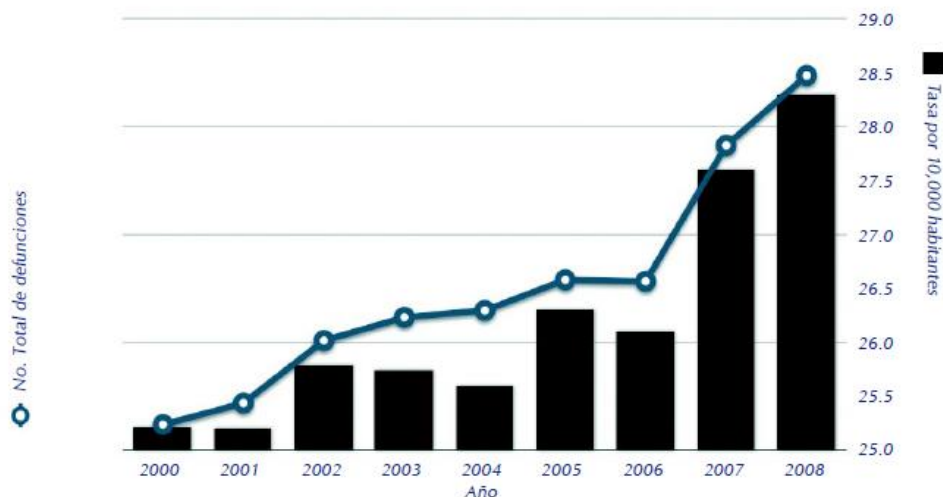


Figura 1. Número total de defunciones y tasa de mortalidad general (ambos géneros, todas las edades) por 100,000 habitantes, atribuidas a enfermedad vascular cerebral en México.

Fuente:

Rev Mex Neuroci 2011

Al año 2008, la tasa de mortalidad por EVC en México fue de 28.4/100,000 habitantes. En ese año, la entidad federativa con la mayor tasa de muertes atribuidas a EVC fue Veracruz con 36.3/100,000 habitantes, seguida de Oaxaca con 36.2/100,000 habitantes y el Distrito Federal con 34.9/100,000 habitante (tabla 2).

Tabla 2
Mortalidad general (ambos géneros, todas las edades) al año 2008 atribuida a enfermedad vascular cerebral, por estados de la República Mexicana

Estado	Defunciones	Tasa por 100,000 hab	%
General	30,246	28.4	5.6
Aguascalientes	239	21.3	4.8
Baja California Sur	827	26.9	5.9
Campeche	191	24.3	5.4
Coahuila	773	29.7	6.0
Colima	140	23.6	4.6
Chiapas	910	20.4	4.7
Chihuahua	898	26.7	4.3
Distrito Federal	3,087	34.9	5.9
Durango	430	27.8	5.0
Guanajuato	1416	28.2	5.6
Guerrero	860	27.3	6.0
Hidalgo	809	33.6	6.5
Jalisco	1,920	27.6	5.4
México	3,382	23.1	5.3
Michoacán	1,228	30.9	5.6
Morelos	479	28.8	5.4
Nayarit	278	28.8	5.3
Nuevo León	1,235	28.1	6.1
Oaxaca	1,285	36.2	6.4
Puebla	1,643	29.4	5.6
Querétaro	441	26.1	5.9
Quintana Roo	143	11.3	3.7
San Luis Potosí	725	29.3	5.9
Sinaloa	671	25.3	5.1
Sonora	709	28.5	5.4
Tabasco	532	26.1	5.6
Tamaulipas	844	26.8	5.7
Tlaxcala	276	24.7	5.4
Veracruz	2,633	36.3	6.4
Yucatán	643	33.9	6.3
Zacatecas	456	33.0	6.0

Se muestra el número total de defunciones, la tasa por 100,000 habitantes, y el porcentaje de muertes (sobre el total) atribuidas a enfermedad vascular cerebral. Fuente: INEGI/Secretaría de Salud, DIGIS, 2008. Elaborado a partir de base de datos de defunciones 2008 y CONAPO, 2006. SINAIS: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>

Fuente: Rev Mex Neuroci 2011

Otros estados que presentaron una tasa >30/100,000 habitantes fueron Michoacán, Zacatecas, Hidalgo y Yucatán. Para el grupo de edad de 15 a 64 años, los estados de la República con mayor tasa de mortalidad atribuida a EVC fueron Hidalgo y Durango, ambos con una tasa de 12.2/100,000 habitantes (tabla3). En cambio, para el grupo etario ≥65 años, Veracruz fue la entidad federativa que informó la mayor tasa de mortalidad (444.5/100,000 habitantes de esa edad)(tabla 4)

Tabla 3				Tabla 4			
Mortalidad al año 2008 atribuida a enfermedad vascular cerebral en el grupo etario de 15 a 64 años, por estados de la República Mexicana				Mortalidad al año 2008 atribuida a enfermedad vascular cerebral en el grupo etario de ≥ 65 años, por estados de la República Mexicana			
Estado	Defunciones	Tasa por 100,000 hab.	%	Estado	Defunciones	Tasa por 100,000 hab.	%
General	7,069	10.2	3.5	General	22,867	382.1	7.8
Aguascalientes	51	7.2	2.8	Aguascalientes	187	361.9	7.0
Baja California Sur	245	11.7	3.6	Baja California Sur	69	303.8	6.5
Campeche	32	6.2	2.5	Campeche	156	403.1	8.1
Coahuila	202	11.9	4.1	Coahuila	566	418.4	7.7
Colima	37	9.3	3.4	Colima	101	300.7	5.8
Chiapas	282	10.3	3.4	Chiapas	609	321.5	6.7
Chihuahua	240	10.9	2.5	Chihuahua	649	351.0	6.7
Distrito Federal	738	11.9	4.0	Distrito Federal	2,319	365.7	7.4
Durango	118	12.2	3.7	Durango	308	337.1	6.3
Guanajuato	310	9.9	3.6	Guanajuato	1,095	394.8	7.7
Guerrero	185	9.8	3.3	Guerrero	666	351.4	9.0
Hidalgo	187	12.2	4.1	Hidalgo	612	428.8	8.9
Jalisco	389	8.6	3.1	Jalisco	1,514	376.3	7.3
México	1,009	10.3	3.9	México	2,333	353.9	7.7
Michoacán	255	10.2	3.3	Michoacán	966	365.0	7.6
Morelos	111	10.2	3.6	Morelos	361	333.4	7.0
Nayarit	58	9.3	3.2	Nayarit	220	344.1	7.0
Nuevo León	296	10.0	4.0	Nuevo León	927	391.4	7.9
Oaxaca	242	11.1	3.4	Oaxaca	1,026	427.0	9.1
Puebla	333	9.5	3.3	Puebla	1,285	401.9	8.2
Querétaro	96	8.7	3.4	Querétaro	339	441.9	8.5
Quintana Roo	54	6.4	2.8	Quintana Roo	85	246.9	6.3
San Luis Potosí	122	7.9	3.1	San Luis Potosí	597	380.7	8.0
Sinaloa	123	7.1	2.4	Sinaloa	545	350.3	7.3
Sonora	175	10.7	3.4	Sonora	528	386.1	7.4
Tabasco	134	10.1	3.2	Tabasco	397	426.1	8.8
Tamaulipas	211	10.1	3.7	Tamaulipas	629	357.6	7.8
Tlaxcala	55	7.7	3.1	Tlaxcala	216	361.2	7.6
Veracruz	524	11.2	3.4	Veracruz	2,080	444.5	9.0
Yucatán	124	9.9	3.7	Yucatán	516	442.5	8.4
Zacatecas	76	8.9	3.3	Zacatecas	378	394.7	7.9

Se muestra el número total de defunciones, la tasa por 100,000 habitantes, y el porcentaje de muertes (sobre el total) atribuidas a enfermedad vascular cerebral. Fuente: INEGI/Secretaría de Salud, DGIS, 2008. Elaborado a partir de base de datos de defunciones 2008 y CONAPO, 2006. SINAIS: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>

Se muestra el número total de defunciones, la tasa por 100,000 habitantes, y el porcentaje de muertes (sobre el total) atribuidas a enfermedad vascular cerebral. Fuente: INEGI/Secretaría de Salud, DGIS, 2008. Elaborado a partir de base de datos de defunciones 2008 y CONAPO, 2006. SINAIS: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>

Fuente: Rev Mex Neuroci 2011

En México la EVC ha pasado de ser la 4ª causa de mortalidad general en el 2000, con poco más de 25,000 muertes, a ser en el 2008 la 3ª causa de muerte, dando cuenta de más de 30,000 defunciones. Este patrón creciente se debe eminentemente a un aumento en la frecuencia de casos fatales en la población menor a 65 años, ya que la tasa de mortalidad anualizada en la llamada “edad posproductiva” (mayor de 65 años) presentó de hecho un descenso paulatino durante estos nueve años. Este fenómeno es alarmante y es congruente en cuanto al incremento en la frecuencia de factores de riesgo para aterotrombosis, como son la diabetes mellitus, hipertensión, obesidad, dislipidemia y síndrome metabólico.

La zona geográfica con mayor carga de mortalidad por EVC fueron el Distrito federal, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Veracruz, Yucatán y Zacatecas; presentando una tasa de mortalidad al 2008 >30/100,000 habitantes. Es destacable el hecho de que estos estados no coinciden completamente con aquellos de mayor prevalencia de los factores de riesgo para la EVC. Sobre todo, es notable el hecho de Oaxaca, un estado con las prevalencias más bajas de hipertensión, obesidad y diabetes mellitus. Esto podría deberse, más que a una mayor carga de factores de riesgo, a diferencias en el acceso a la atención de la salud, a

limitaciones económicas y educativas, o a todas ellas, ya que Oaxaca es uno de los estados con mayores rezagos en estos rubros.³⁷

5.1.-Accidente cerebrovascular de origen isquémico

La oclusión repentina de un vaso intracraneal reduce la irrigación en la región encefálica que el vaso irriga. Las consecuencias del riego reducido dependen de la circulación colateral, que a su vez está sujeta a la anatomía vascular de cada persona y al sitio de oclusión. La ausencia completa de circulación cerebral origina la muerte del tejido encefálico a 4 a 10 minutos; cuando es menor de 16 a 18 ml/100g de tejido por minuto se produce un infarto en unos 60 min y si la irrigación es menor de 20ml/100g de tejido por minuto aparece isquemia sin infarto, a menos que se propague durante varias horas o días. Si la irrigación se reanuda antes de que se haya muerto un gran número de células, el individuo experimenta únicamente síntomas transitorios. El tejido que rodea al centro del infarto sufre de isquemia, pero su disfunción es reversible y por ello se le conoce como zona de penumbra isquémica. Si no se producen cambios en la irrigación, finalmente la penumbra isquémica culminara en un infarto y por este motivo el objeto de la revascularización es salvar la penumbra isquémica.

El infarto cerebral focal ocurre por dos mecanismos: 1) la ruta necrótica, en la que la degradación del citoesqueleto celular es rápida, principalmente al faltar sustratos energéticos a la célula y 2) la ruta de la apoptosis, en que la célula está programada para morir. La isquemia produce necrosis al privar a las neuronas de glucosa, que a su vez impide la producción de trifosfato de adenosina ATP en las mitocondrias. Sin este compuesto fosfatado, las bombas iónicas de la membrana dejan de funcionar y las neuronas se despolarizan. Con lo que aumenta la concentración intracelular de calcio. La despolarización también provoca la liberación de glutamato en las terminaciones sinápticas y el exceso de

³⁷ Chiquete E, Ruiz-Sandoval JL, Murillo-Bonilla LM, Arauz A, Villarreal-Careaga J, Barinagarrementeria F, Cantú-Brito C, para los miembros de AMEVASC. Mortalidad por enfermedad vascular cerebral en México, 2000-2008: una exhortación para la acción. Rev Mex Neuroci 2011; 12(5):235-241

esta sustancia fuera de la célula es neurotóxico puesto que anula la actividad de los receptores postsinápticos de glutamato, lo que aumenta la penetración de calcio a la neurona. La degradación de lípidos de la membrana y la disfunción mitocondrial originan radicales libres, que provocan la destrucción catalítica de las membranas y probablemente dañan otras funciones vitales de la células. La isquemia moderada, como la que se observa en la zona de penumbra isquémica, favorece la muerte por apoptosis, donde las células se destruyen días o semanas después. La fiebre acentúa de manera dramática la isquemia al igual que la hiperglucemia.

Causas de la enfermedad isquémica

Causas frecuentes	Causas poco frecuentes
<p>Trombosis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infarto lagunar (vaso pequeño) • Trombosis de un vaso grande • Deshidratación <p>Oclusión embólica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arteriolateral • Bifurcación carotídea • Arco sónico • Disección Arterial <p>Cardioembólica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fibrilación auricular • Trombo mural • Infarto del miocardio • Miocardiopatía dilatada • Valvulopatías <p>Embolia paradójica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interauricular • Agujero oval permeable <p>Aneurisma del tabique interauricular</p> <p>Contraste espontáneo del eco</p>	<p>Hipercoagulación</p> <p>Trombosis de senos venosos</p> <p>Displasia fibromuscular</p> <p>Vasculitis</p> <p>Cardiógena</p> <p>Vasoespasmos por hemorragia subaracnoidea</p> <p>Drogas</p> <p>Enfermedad de moyamoya</p> <p>Eclampsia</p>

Factores de riesgo

- ✓ Hipertensión Arterial Sistémica
- ✓ Hiperlipidemia
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Obesidad
- ✓ Homocisteína
- ✓ Infección e Inflamación

Factores externos

- ✓ Tabaquismo
- ✓ Alcohol
- ✓ Sedentarismo

Enfermedades de los grandes vasos

- ✓ Enfermedad aterosclerótica carotídea
- ✓ Aterosclerosis del arco aórtico
- ✓ Cardioembolismo
- ✓ Fibrilación auricular
- ✓ Infarto agudo al miocardio
- ✓ Enfermedad valvular
- ✓ Defectos septales
- ✓ Cardiomiopatías
- ✓ Mixoma auricular

Diagnóstico

Tomografía Computarizada

La tomografía computarizada (CT) permite identificar o excluir una hemorragia como causa del accidente cerebrovascular y a demás comprobar la presencia de hemorragias extraparenquimatosas, neoplasias, abscesos y otros trastornos que simulan un accidente

cerebrovascular. Las imágenes que se obtienen en las primeras horas después del infarto cerebral no suelen mostrar anomalías, de manera que no siempre se observa el infarto de forma fiable hasta pasadas las 24 a 48 hrs. Es posible que con la CT no se identifiquen los accidentes isquémicos pequeños de la fosa posterior; tampoco se distinguen los infartos pequeños de la superficie cortical.

La CT con medio de contraste aumenta la especificidad, puesto que resaltan los infartos subagudos y permiten observar las estructuras venosas. La angiografía por CT (CT angiography, CTA) y la nueva generación de escáneres multidetectores, con la administración de un medio yodado IV, permiten visualizar de las arterias cervicales e intracraneales, venas intracraneales, cayado aórtico e incluso las arterias coronarias en una sola sesión. Con el método se identifican fácilmente las lesiones de carótidas y oclusiones de vasos intracraneales. Después de la administración rápida del medio de contraste por vía IV, también se identifica la deficiencia en la irrigación encefálica producida por la oclusión vascular y se utiliza para identificar anticipadamente la región del encéfalo infartado y el tejido cerebral en riesgo de mostrar un nuevo infarto (p.ej., la penumbra isquémica). La CT también es una técnica sensible para detectar una hemorragia subaracnoidea (aunque por si sola no la descarta) y la CTA de cabeza sin medio de contraste es el método imagenológico preferido en los accidentes cerebrovasculares; la CTA y la CT de perfusión también son métodos complementarios muy útiles y cómodos.

Resonancia Magnética

La resonancia magnética (MRI) permite conocer con precisión la extensión y ubicación de un infarto en cualquier región del encéfalo, incluyendo a la fosa posterior y la superficie cortical. También observa la hemorragia intracraneal y otras anormalidades, aunque es menos sensible que la CT para detectar inmediatamente la acumulación de sangre.

Los aparatos de MRI con imágenes de alto poder producen imágenes más confiables y precisas. Las imágenes ponderadas por difusión son más sensibles para identificar un infarto cerebral incipiente que las secuelas ordinarias de MRI o CT al igual que FLAIR (recuperación por inversión atenuada por líquido). Gracias a la administración intravenosa de gadolinio como medio de contraste es posible realizar estudios de irrigación con MRI. Las regiones del cerebro que exhiben hipoperfusión pero sin anormalidades de la difusión equivalen a la “penumbra isquémica” y los pacientes que muestran grandes regiones de incompatibilidad

son mejores candidatos para la revascularización inmediata. La angiografía por resonancia magnética, es una técnica muy sensible para identificar estenosis de la porción extracraneal de las carótidas internas de los vasos grandes intracraneales. En las estenosis apretadas la angiografía por MR tiende a exagerar el grado de estenosis más que la angiografía radiográfica ordinaria. La MRI con saturación de la grasa es una secuencia de imágenes utilizadas para observar la disección de las arterias extracraneales o intracraneales. Esta técnica tan sensible proyecta a la sangre coagulada dentro de la pared del vaso disecado.

Angiografía cerebral

Esta es la técnica radiográfica convencional constituye la pauta para identificar y medir la estenosis ateroscleróticas de las arterias cerebrales y para detectar y definir otras patologías como aneurismas, vasoespasmos, trombos intraluminales, displasia fibromuscular, fistulas arteriovenosas, vasculitis y vasos colaterales. Se pueden utilizar técnicas endovasculares, que han evolucionado rápidamente, para colocar endoprótesis dentro de los delicados vasos intracraneales, realizar angioplastias con balón en lesiones estenóticas tratar aneurismas intracraneales por embolización y recanalizar vasos ocluidos en el accidente agudo por medio de dispositivos de trombectomía mecánica.

Ecografía La ecografía con modo B combinada con el cálculo de la velocidad de flujo (ultrasonido duplex) con una ecografía Doppler permite identificar y medir de manera fiable una estenosis en el origen de la arteria carótida interna. El doppler transcraneal también permite valorar el flujo sanguíneo en las arterias cerebrales media, anterior, y posterior y en el sistema vertebrobasilar, asimismo, permite detectar lesiones estenóticas en las grandes arterias intracraneales, ya que estas lesiones aceleran el flujo sistólico.

Técnicas de Perfusión

Tanto las técnicas que emplean xenón (sobre todo la CT con xenón) como la tomografía por emisión de positrones (PET) permiten medir la irrigación cerebral. Estas técnicas se utilizan principalmente con fines de investigación, pero también son útiles para definir la importancia de una estenosis arterial y para planificar una revascularización quirúrgica.³⁸

³⁸ Harrison, Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jamenson, Loscalzo, Principios de Medicina Interna, 17 Edición, McGraw Hill Interamericana, Mexico, 2009.

6.-Fibrosis Pulmonar

El término "fibrosis pulmonar idiopática" (IPF) comenzó a aparecer en el literatura médica mediados de la década de 1900 y fue utilizado inicialmente por los médicos y radiólogos para referirse a fibrosis, neumonitis de causa desconocida. Sin embargo, las entidades que nos ahora reconocer como neumonías intersticiales idiopáticas (IIPS) y otras entidades con presentaciones clínicas similares, tales como la enfermedad pulmonar intersticial (ILD) asociado con trastornos del tejido conectivo (CTD) o neumonitis por hipersensibilidad fibrótica (HP), fueron menudo identificado como casos de IPF por los médicos debido a la presentación clínica similar y aspecto radiográfico. A medida que nuestro conocimiento de ILD expandió durante la última tres décadas del siglo XX, se hizo evidente que los patrones histopatológicos se pudo encontrar que allanó el camino a nuestro clasificación clinicopatológica actual de la IIP, con el término "IPF" utiliza exclusivamente para designar a los pacientes con idiopática habitual neumonía intersticial (UIP). Este capítulo introductorio revisará cómo la terminología y los conceptos de la enfermedad que ahora reconocemos como IPF han evolucionado a lo largo del décadas de tal manera que la FPI se ha convertido en el término de diagnóstico preferido para los pacientes diagnosticados con UIP de causa desconocida.

Fibrosis pulmonar idiopática (FPI) se ha descrito clásicamente como una enfermedad que progresa de una "manera implacable y a menudo insidiosa," con las estimaciones de supervivencia media de 2-3 años desde el momento del diagnóstico. Sin embargo, la investigación sobre el dos últimas décadas ha mejorado nuestra comprensión de la historia natural de la FPI. Aunque algunos pacientes experimentan disminución respiratoria constantemente progresiva, es ahora se reconoce que la evolución clínica de los demás se caracteriza por una rápida progresión y / o episodios agudos de empeoramiento que resulta en la muerte. En el nivel de grupo, los factores clínicos asociados con un mayor riesgo de mortalidad han sido identificados, pero predecir el curso de la enfermedad en un paciente individual es un reto, si no imposible. Si las diferencias en el curso clínico resultan de la variación fenotipos de la FPI o de otros factores (por ejemplo, las diferencias en el tipo, grado, o intensidad de las exposiciones ambientales o diferencias étnicas y raciales). Mientras que ciertos investigadores estaban generando investigación que refinar la

comprensión de cómo IPF se comporta con el tiempo, otros estaban realizando estudios epidemiológicos que mejor define la carga social de la FPI y la exposición ambiental identificaron asociado con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad

La respuesta reparadora normal a la lesión del tejido se caracteriza por la orquestada participación de múltiples tipos de células bajo la influencia de la mirada autocrina, paracrina, y mediadores inflamatorios con el objetivo de restablecer la integridad del tejido y la función de barrera. La cicatrización de heridas en el adulto no recapitulan totalmente embriológico, los patrones de desarrollo, dando lugar a la formación de una cicatriz en el lugar de lesión. La resolución de la respuesta reparativa es importante preservar la existente arquitectura normal del tejido y consiste en la regulación espaciotemporal de las señales involucradas. Fibrosis, caracterizada por la acumulación excesiva de matriz extracelular y la interrupción de la arquitectura normal del tejido, puede ocurrir como resultado de lesión crónica, inflamación crónica, o la desregulación del proceso de reparación normal de dentro de un lecho de tejido. La pared de los alvéolos del pulmón está formada por mono-capas delicadamente yuxtapuestas de las células alveolares epiteliales (CEA) y células endoteliales, separados sólo por sus membranas basales respectivas. Esta delicada arquitectura constituye la principal interfaz de gas en intercambio del pulmón, lo que permite la rápida difusión de oxígeno y de dióxido de carbono entre el espacio aéreo alveolar y la sangre alveolo capilar. Entorno el apoyo a los espacios intersticiales del pulmón se componen de una red fina de proteínas fibrilar (colágenos, fibronectina, elastina) en composición con glicosaminoglicanos hidratados.

En la fibrosis pulmonar, hay una interrupción dramática de esta intrincada estructura, con la expansión del compartimiento de tejido conectivo del pulmón debido a la acumulación de componentes de la matriz, la obliteración alveolar asociada y el colapso, y la distorsión progresiva de la arquitectura pulmonar normal. Estos cambios resultan en alteraciones en el intercambio gaseoso, insuficiencia respiratoria progresiva y muerte. Fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es uno de varios trastornos pulmonares que son caracterizada por fibrosis pulmonar.

En contraste con otras formas de fibrosis pulmonar, tales como la fase proliferativa del síndrome de dificultad respiratoria aguda (difusa lesiones AEC) o fisarcoidosis fibrótica

(exuberante inflamación granulomatosa), la etiología subyacente de la respuesta fibrótica no es inmediatamente evidente en la FPI. La histopatología de la FPI se define por la neumonía intersticial usual (UIP), patrón que se caracteriza por variación espacial del proceso de fibrótica con apariencia normal en áreas de pulmón adyacente a áreas caracterizadas por la cicatrización severa distorsión de la arquitectura, y la presencia de panal de abeja microscópico. La tinción para formas tempranas de colágeno, revela que los fibroblastos sintéticos activos están presentes en grupos, denominados focos fibroblásticos, cerca de la interface aire-tejido. La presencia de estos focos espacialmente discreta de "activado" fibroblastos en yuxtaposición a las zonas de cicatriz "viejo" que contienen un menor número de fibroblastos y colágeno más madura junto con alvéolos de apariencia normal sugiere un indolente, pero progresivo, proceso. La presencia de estas diversas etapas de la fibrosis con el mismo espécimen patológico se denomina "la heterogeneidad temporal" y se requiere de un diagnóstico del patrón UIP. Mientras que las áreas de cicatrices pueden contener un leve, mezclado inflamatoria infiltrado como parte del patrón de UIP, no predominan en comparación con la reacción fibrótica. Las lesiones distintivas de IPF, focos fibroblásticos, prestan una idea de la biología subyacente y mediación de este trastorno. Los focos fibroblásticos son el sitio de la "nueva fibrosis" con fibroblastos más proximales al espacio aéreo que demuestra en mayor cantidad de la síntesis de colágeno. Los restos de lámina basal aparecen en el lado intersticial del foco fibroblástico, lo que sugiere que esta estructura ha desarrollado dentro de ella previamente un espacio aéreo normal. Apoyando este concepto, los focos son a menudo asociados con una capa poco adherente, hiperplasia de células epiteliales en su luminal (espacio aéreo), con áreas de descamación epitelial. Estas estructuras forman una red reticulada de fibrosis en todo el pulmón y se cree que representan la "vanguardia" de nueva fibrosis. El número de estas estructuras presentes en la biopsia pulmonar quirúrgica, especímenes se correlaciona con la supervivencia, consistente con su papel en la progresión de la enfermedad. Una visión general del modelo actual y evolución de la FPI Patogénesis Teniendo en cuenta que varias formas de fibrosis pulmonar son el resultado de una robusta respuesta inflamatoria, no es de extrañar que, históricamente, el GIB fue visto originalmente como un trastorno caracterizado principalmente por una, alveolitis mediada por macrófagos temprano, con el consiguiente progresiva fibrosis del tejido. El desarrollo más preciso de esquemas de clasificación de las neumonías intersticiales idiopáticas resultaron en un mejora de la

apreciación de la falta de inflamación extensa en la histopatología de la FPI y puesto en duda el papel de la inflamación en el proceso de la enfermedad. Ahora está claro que la amplia inhibición de la función inmune y el uso de corticosteroides azatioprina no afecta positivamente la progresión de la enfermedad y resultados de los pacientes. Por lo tanto, el concepto de IPF como un producto de un sistema inmune desordenado, ha sido suplantado por el concepto actual de la FPI como un trastorno resultante de una lesión AEC repetitiva y una resolución de la falta de respuesta aberrante, la cicatrización de heridas. Las relaciones temporales de los eventos patogénicos claves de IPF son en gran parte inferidas de los conocimientos adquiridos a partir de varias décadas de investigaciones sobre los mecanismos de la lesión de las células epiteliales y la respuesta reparativa de células y tejidos a tales lesiones. Estos procesos se han estudiado más profundamente en modelos de heridas dérmicas, y junto con los datos de modelos animales con fibrosis pulmonar y correlativa en IPF pulmones especímenes, estas investigaciones han llevado con el modelo actual de la patogénesis de la enfermedad en la FPI. El inicio de la FPI se piensa que es el resultado de una lesión al tipo de las células alveolares, lo que conduce a la apoptosis AEC y la interrupción de la capa de AEC. AEC residuales que son aberrantemente activadas y secretan citoquinas fibróticas proliferativas especialmente factor de crecimiento transformante- β (beta) (TGF- β), quimiocinas y proteasas que activan el reclutamiento y la activación de las células inflamatorias y fibroblastos. La local elaboración de metaloproteinasas de la matriz (MMPs) resulta en la interrupción de la basal lámina del alveolo.

Lesiones AEC es acompañado por la formación de un exudado fibrinoso derivada del suero que sirve como una matriz provisional análoga a la de heridas dérmicas. Quimiocinas y factores derivados del suero presentes en la matriz provisional a la influencia de fibroblastos de la población de células intersticiales locales, junto con las contribuciones potenciales de poblaciones de células epiteliales y a la transición mesenquimal (EMT) de CEA local. Posterior activación de estos fibroblastos por TGF- β (beta) resulta en un fenotipo fibroblastos altamente contráctil y sintético, denominado el miofibroblastos, que sirve como la célula efectora principal para la producción de matriz y el tejido remodelación. Activación de fibroblastos Myofi y remodelación de tejidos persisten en la FPI, posiblemente debido a un fallo para restablecer la epitelización normal o comportamiento aberrante del miofibroblasto.

La deposición de matriz y la remodelación progresiva se produce, lo que resulta en una arquitectura gravemente desordenada del tejido (panal de abeja) y disfunción de órgano.

La lesión de células epiteliales repetitiva puede ser provocada por una combinación de factores genéticos relacionados con la edad que conducen a aumento de la susceptibilidad al estrés AEC junto con un "segundo golpe" de la exposición a "disparadores" ambientales como el humo del tabaco, reflujo gastroesofágico, o virus que gatillo la lesión epitelial. Análisis global de la expresión génica y no codificante microARN en sujetos humanos con FPI han demostrado que las señales asociadas con el desarrollo embriológico y TGF- β (beta): se asocian señales comprenden una parte significativa de la respuesta de la expresión de genes de reparación en la FPI. Estas vías están vinculados a las respuestas de las células epiteliales a la herida, reparación del perturbado capa de células alveolares, y la activación myofibroblastos en a FPI. Cómo las diferencias entre la respuesta reparadora del desarrollo y en estas vías de señalización conducen a la propagación de fibrosis sigue siendo un área de investigación. Por último, remodelado, de la matriz no es más que el resultado final de la respuesta fibrótica. Biomecánica características del entorno de la matriz, tales como su rigidez, son un determinante independiente de fibroblastos respuesta y progresión fibrótica, lo que sugiere un nuevo mecanismo comportamiento de las células de la aberrante función en la FPI. En total, estos mecanismos resultan mutuamente un ciclo de la señalización fibrótica que conduce a no resolver el tejido de fibrosis. El revestimiento epitelial alveolar normal del pulmón se compone de dos tipos de epitelio células, tipo I y tipo II, que forman una capa de espesor de una sola célula. La Tipo I son, células altamente especializados cuya membrana comprende el grueso de la interfaz alveolar-capilar en el tejido pulmonar normal . Las células de tipo II tienen una cúbica morfología, con cuerpos lamelares intracelulares. Las células de tipo II secretan surfactante proteínas, conservan la capacidad proliferativa, y son responsables de la regeneración de epitelio después de la lesión, incluyendo trans-diferenciación a células de tipo I. En IPF, morfología AEC está gravemente trastornada, con manifiesta necrosis de las células epiteliales y denudación de la membrana basal capilar, así como extensa tipo II pneumocyte apoptosis. Los espacios alveolares que han sido interrumpidas por un amplio cambio en la fibrótica de los pulmones con FPI están llenas de numerosas, neumocitos tipo hiperplásico II que pueden derivarse de las células bronquiolares forro adyacentes y células epiteliales alargadas que son anormales. La presencia de estos fenotipos epiteliales anormales en

áreas que normalmente contiene predominantemente células tipo I epiteliales es sugerente de un fracaso de la reepitelización normal después de lesiones. Mientras lesiones AEC podría ser consecuente con el desarrollo de una respuesta fibrótica, varias líneas de evidencia sugieren que la lesión AEC puede ser un evento desencadenante. En IPF, Apoptosis AEC está presente en zonas sin significativa de fibrosis intersticial, lo que sugiere que este proceso puede ser un factor principal para incitar a varios agentes exógenos que podría desencadenar una lesión epitelial alveolar están asociados con el desarrollo de IPF. Enfermedad gastroesofágico reflujo está presente hasta en el 90% de los pacientes con FPI, y la coexistencia de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones o funduplicatura de Nissen se ha asociado con una mayor supervivencia de los pacientes. Aproximadamente 70% de los pacientes con FPI son fumadores actuales o anteriores de cigarrillos, y la corriente o ex hábito de fumar cigarrillos es un poderoso factor de riesgo para el desarrollo de ambos IPF y familiar fibrosis pulmonar. Exposiciones del lugar de trabajo son menos vinculadas, pero puede contribuir al riesgo en una cohorte de pacientes con FPI. Varios virus que son tróficos para el epitelio pulmonar han sido identificados en los pulmones con FPI, con la familia de los virus del herpes que tienen la asociación más fuerte. Una alta prevalencia de herpes ADN del virus ha sido identificado en el CEA y las células inmunes del pulmón IPF.

La presencia de antígenos virales por herpes también se ha asociado con signos de endoplásmico retículo (ER) en el CEA, lo que sugiere otro mecanismo posible de la lesión. CEA de pacientes con FPI pueden tener una susceptibilidad intrínseca defecto confirmando a la lesión y la apoptosis. Varias mutaciones raras en la proteína surfactante C (SP-C), una proteína producida por las células de tipo II AEC, han sido identificado en los pacientes con la forma familiar de fibrosis pulmonar, lo que puede tener una histopatología idéntica a esporádica IPF. Estas mutaciones alteran el procesamiento de SP-C por tipo AEC Células II, que lleva a deficiente expresión y secreción, estrés del retículo endoplásmico, y la apoptosis. Los ratones con eliminación de la línea germinal de la SP-C desarrollan intersticial enfermedad pulmonar como adultos, lo que sugiere una relación causal para desordenada SP-C biología. Mutaciones raras en proteína surfactante A2 también han sido identificado en los pacientes a partir de dos linajes con fibrosis pulmonar familiar, y estas mutaciones dar lugar a una defecto similar en la estabilidad de la proteína, la secreción defectuosa, y el consiguiente aumento de la señalización asociada al estrés ER. Varias mutaciones en los

dos componentes de la telomerasa, la telomerasa transcriptasa inversa (hTERT) y el componente ARN de la telomerasa (hTR), tienen sido identificado en pacientes con fibrosis pulmonar familiar. Telómeros cromosómicos acortamiento, que se produce con la división celular y el envejecimiento, se asocia con el desarrollo de la senescencia celular y la susceptibilidad a la apoptosis. La telomerasa está presente en las células progenitoras, donde contrarresta acortamiento de los telómeros, preservando potencial proliferativo. Cuando se compara con los familiares de la misma edad sin La mutación, miembros de la familia con hTERT y hTR pérdida de función de las mutaciones tenido telómeros más cortos y un mayor riesgo para el desarrollo de fibrosis pulmonar. La presencia de estas mutaciones se ha asociado con una penetración de fibrosis pulmonar de 40% en las personas afectadas. Sin embargo, las mutaciones identificado son raros y sólo se han identificado en un pequeño porcentaje de pacientes con esporádicos IPF. El concepto de la susceptibilidad de los telómeros dependiente de la longitud de lesión del epitelio alveolar y el desarrollo de fibrosis pulmonar con el apoyo de la identificación de los telómeros cortos como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de esporádico IPF. Además, un estudio de asociación del genoma completo (GWAS) ha identificado un polimorfismo de nucleótido único común (SNP) en el genhTERT que confiere un riesgo para el desarrollo de IPF.

6.1-Rehabilitación pulmonar

En total de 62 participantes con FPI y la media de la capacidad de transferencia de la pulmón para el monóxido de carbono (TLCO) del 52% predicho sometió 8-9 semanas de la práctica de ejercicio supervisado dos veces por semana que consiste en aeróbico y fortalecimiento ejercicios. Se utilizó oxígeno suplementario, cuando sea necesario, para mantener periférica oxihemoglobina saturación por encima de 85-90%. Los datos agrupados de estos ensayos indican que inmediatamente después del período de entrenamiento hubo mejoras significativas en Distancia recorrida en 6 minutos (mejoría media 27 m, 95% intervalo de confianza 3-50 m). También hubo mejoras en la calidad de vida, con una tendencia a la reducción de la disnea. Los tamaños del efecto para estos resultados fueron moderados, con efectos poco más grandes para la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida en comparación

con la disnea. En un ensayo, los investigadores seguieron a los participantes por un período adicional de 6 meses después de la finalización de la rehabilitación pulmonar. Lamentablemente, observaron que los beneficios en el ejercicio, la capacidad, los síntomas y la calidad de vida que fueron evidentes inmediatamente después de la finalización del programa no se mantuvieron. Como parte del estudio, se pidió a los sujetos (pero no es necesario) hacer ejercicio en casa, pero los niveles de actividad de los sujetos no eran sistemáticamente seguidos después de la finalización del programa de rehabilitación pulmonar formal.

La rehabilitación pulmonar también puede tener un impacto positivo en las personas con otros dominios de FPI. Dos ensayos no aleatorios en personas con enfermedad pulmonar intersticial (ILD), algunos de los cuales tenían IPF, sugieren que 6-8 semanas de rehabilitación pulmonar puede reducir la depresión. Una tendencia a la reducción de la ansiedad se ha documentado después de la rehabilitación en personas con IPF. Es importante destacar que la rehabilitación pulmonar reduce la fatiga, un síntoma muy incapacitante para muchas personas con FPI.

Estudios recientes sugieren que las personas con FPI pueden no alcanzar el mismo grado de mejora en ciertos resultados clínicos de rehabilitación pulmonar que tienen observado en pacientes con otras enfermedades pulmonares crónicas, y en la FPI, el beneficio no puede durar tanto. Sin embargo, la magnitud de los cambios en el ejercicio, la capacidad y la calidad de vida es clínicamente significativa, especialmente en el contexto de una enfermedad con pocas opciones de tratamiento. Las directrices actuales de consenso multinacionales sobre la gestión de la FPI contienen una recomendación débil para inscribir a los pacientes con IPF en programas de rehabilitación pulmonar formales. Esto indica que los autores del consenso creen que la mayoría de los pacientes con FPI querría inscribirse en rehabilitación pulmonar, sino que algunos pacientes no lo harían. La falta de fuerza (es decir, debilidad) de la recomendación se deriva de la falta de datos que rodean los efectos a largo plazo de la rehabilitación pulmonar. Debido a que la rehabilitación pulmonar ahora es considerado por muchos expertos como parte del tratamiento estándar para la mayoría de la gente con FPI, es importante que los pacientes tengan acceso a una rehabilitación pulmonar.

6.1.1-¿Cuándo debe Rehabilitación Pulmonar Be Ofrecidos a personas con FPI?

La historia natural de la FPI es variable, pero la mediana de supervivencia desde el momento del diagnóstico es entre 3 y 5 años en la mayoría de los estudios. Experiencia mayoría de los individuos un curso de la enfermedad de forma progresiva; Sin embargo, algunos permanecen estables por mucho tiempo, mientras que otras experimentan un rápido deterioro clínico. La carga de atender rehabilitación debe ser compensada por beneficios probables, especialmente para las personas con enfermedad grave o que progresa rápidamente.

Los investigadores han llevado a cabo estudios en un intento de identificar el mejor momento para remitir a los pacientes con FPI a un programa de rehabilitación pulmonar para que a corto ya más largo plazo beneficios se maximicen. Los datos son un tanto conflictivo: dos estudios sugieren que mayores mejoras se obtienen a partir de la rehabilitación pulmonar cuando es ofrecido más temprano en el curso de la enfermedad. Por ejemplo, las distancias a pie más de 6 minutos se asociaron con mayor capacidad vital forzada (FVC), inducida por el ejercicio menos grave desaturación de oxígeno periférica, y en menor grado de discapacidad al inicio del estudio. Los sujetos con mayor saturaciones de oxígeno periféricos durante una línea de base prueba de marcha de 6 minutos eran más propensos a experimentar mejoras sostenidas en el ejercicio tolerancia a los 6 meses siguientes el programa. Curiosamente, los sujetos con más disnea basal logran un mayor alivio a largo plazo de la disnea después de completar rehabilitación pulmonar. Estos estudios indican que las personas con menos avanzado, pero muy sintomática, son especialmente propensos a experimentar beneficios de rehabilitación pulmonar, posiblemente debido a un mayor grado de bienestar físico desacondicionamiento o del estado de ánimo de perturbación-características que se pueden abordar con éxito en un programa de rehabilitación. En otro estudio, la disnea basal, el uso de oxígeno, FVC, y la capacidad de difusión del pulmón para el dióxido de carbono no fueron predictores de beneficio respuesta a la rehabilitación pulmonar, pero la línea de base distancia recorrida en 6 minutos.

Y aunque casi todos los sujetos mejoraron su distancia recorrida en 6 minutos después de la rehabilitación pulmonar, hubo una relación inversa entre la línea de base 6 minutos distancia a pie y post-pulmonar distancia rehabilitación 6 minutos a pie. En nuestra opinión, las personas con FPI deben tener la oportunidad de participar en los

programas de rehabilitación pulmonar tan pronto como sea posible con el fin de maximizar la probabilidad de lograr beneficios clínicamente importantes. Sin embargo, creemos que incluso los pacientes con enfermedad más grave deben ser considerados para la participación y la anima a participar en la rehabilitación pulmonar. Una prescripción de ejercicio que se adapta a las necesidades de las personas con alta discapacidad o severa inducida por ejercicio desaturación de oxígeno (por ejemplo, el entrenamiento de intervalo en lugar de la formación continua) puede proporcionar un mejor estímulo de entrenamiento y una mayor posibilidad de lograr beneficios en este grupo. Debido a que no existen datos sobre qué método de ejercicio es más benéfico en pacientes con FPI, esta declaración es puramente especulativa. Claramente, esto es un área que es madura para la investigación.

6.1.2.-Componentes de rehabilitación pulmonar para la FPI

El ejercicio físico es un componente básico de los programas de rehabilitación pulmonar para IPF y hace una importante contribución a resultados de la rehabilitación. Ejercicio típico programas para personas con FPI han llevado a cabo en el ámbito ambulatorio. Los programas son de 6 a 8 semanas de duración, con 2 o 3 sesiones supervisadas cada una semana. Los participantes se comprometen 20-30 min de ejercicio de resistencia (cinta de correr o pasillo caminar, bicicleta estacionaria, o de tipo elíptica entrenador), con una intensidad y la duración se intensificó como tolerado durante el transcurso del programa. Si un paciente ha completado recientemente una prueba máxima de ejercicio cardiopulmonar (PECP), a continuación, los datos de que puede ser utilizado para establecer el punto de partida y objetivos de ejercicio para el programa. Por ejemplo, algunos programas utilizan 60% de la carga de trabajo máxima desde el CPET como un punto de partida, con una intensidad aumentó gradualmente si se cumple la meta de duración. Cuando CPET datos no están disponibles, el 60% de la frecuencia cardíaca máxima estimada para la edad puede ser utilizado en lugar de la carga de trabajo para establecer el punto de partida. La mayoría de los programas también incluyen la luz resistencia ejercicios ya sea utilizando pesas, bandas de resistencia, o máquinas, pilates para las extremidades superiores e inferiores. La frecuencia cardíaca y la SpO2 son monitoreados por lo general durante cada sesión, y el oxígeno suplementario se utiliza para mantener normoxia. Algunos programas también incorporar el entrenamiento de la respiración (o reconversión) ejercicios y la instrucción en estimulación. Aunque no existen datos que apoyen los beneficios de los labios fruncidos respirar y que realmente no tiene sentido en la FPI, nuestra experiencia anecdótica fisiológica

es que los pacientes con FPI utilizan de forma rutinaria y deliran sobre la respiración con los labios fruncidos. Más bien de promover el vaciado de pulmón, como en la EPOC, en la FPI, el uso de PLB es probable que sólo alienta la respiración diafragmática y un mayor sentido de la calma y el control por conseguir pacientes a centrarse más en la respiración controlada.

Sesiones de educación para mejorar el manejo de enfermedades se incluyen comúnmente en programas de rehabilitación pulmonar. Debido a que la mayoría de los programas existente de rehabilitación fue diseñada para y pueden inscribirse predominantemente pacientes con EPOC, sus componentes educativos pueden necesitar modificarse para satisfacer los requerimientos únicos de las personas con FPI. Los temas sugeridos incluyen manejo de los síntomas, oxígeno utilización, prevención y tratamiento de las exacerbaciones de la CIP, la conservación de energía, la gestión de estado de ánimo, administración de medicamentos, incluidos los efectos secundarios, preparación para el trasplante de pulmón, y el cuidado avanzado de planificación. El impacto de este tipo de intervenciones psicosociales y educativos para la FPI no está claro. En uno ensayo aleatorio y controlado, los investigadores encontraron que seis sesiones semanales de una enfermedad intervención de gestión, centrándose en la gestión de los síntomas y el estado de ánimo, tenía un impacto negativo en los aspectos físicos de la calidad de vida relacionada con la salud, junto con una tendencia para una mayor ansiedad. Sin embargo, los sujetos valoraron la oportunidad de conocer a otras personas con FPI. Estos hallazgos sugieren que el apoyo de los compañeros puede ser un componente importante de la rehabilitación pulmonar, pero que los temas educativos deben ser individualizados para satisfacer las necesidades del paciente

6.1.3-Consideraciones especiales para rehabilitación pulmonar en la FPI

La gente con FPI menudo presentan hipoxemia marcada durante el ejercicio, que es conocida para limitar el ejercicio de rendimiento. Centros de rehabilitación pulmonar deben tener la capacidad para proporcionar oxígeno suplementario durante todos los aspectos de la práctica de ejercicio para la gente con FPI, incluido el suministro de oxígeno de alto flujo si es necesario para evitar la desaturación. La hipertensión pulmonar es común en las personas con FPI. Y puede empeorar durante el ejercicio. Los pacientes con hipertensión pulmonar pueden necesitar modificaciones a la prescripción de ejercicio estándar, incluyendo una reducción de la intensidad de resistencia y de resistencia ejercicios. Los médicos deben estar

capacitados para detectar signos y síntomas que requieren el cese de ejercicio, incluyendo mareos importantes, hipotensión, pre-síncope, fatiga excesiva, palpitaciones, taquicardia, o Dolor de pecho. Por último, hay que reconocer que algunas personas con FPI avanzada voluntaria requieren una estrecha supervisión y apoyo durante todas las fases del ejercicio con el fin de lograr un estímulo de entrenamiento suficiente mientras se mantiene la oxigenación adecuada y control de los síntomas.

6.2-Oxígeno suplementario

Debido a la gran escala, las investigaciones sistemáticas de oxígeno suplementario en la FPI nunca se han realizado, el conocimiento del campo de esta terapia se basa predominantemente en razón de científica, anécdota, y las inferencias formulado por extrapolación de los datos publicado en la literatura la EPOC. Sin embargo, incluso en la EPOC, los datos sobre el beneficios efectos de oxígeno suplementario son limitados y sorprendentemente controvertida.

Aunque no es fuerte, sin embargo, la evidencia de que el oxígeno suplementario mejora la supervivencia en pacientes con EPOC con hipoxemia grave en reposo, para aquellos pacientes con leve a moderada hipoxemia en reposo o desaturación de oxígeno en la sangre sólo durante el esfuerzo o el sueño, los datos son mucho menos convincente e incluso contradictorios.³⁹

³⁹ Meyer K, Nathan S, Idiopathic Pulmonary Fibrosis a Comprehensive Clinical Guide, Human Press, New York, 2014

7.- Valoración.

Se valora a un adulto mayor atendido en su domicilio, secuelas de EVC. La valoración está estructurado con base en la guía de valoración de enfermería utilizado en la academia del Adolescente Adulto y Adulto Mayor (AAA) de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO) de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ENEO. Para efectos de fluidez se omitieron las preguntas, de manera que el texto tiene un formato narrativo sistematizado.

Datos Generales.

Se trata del Dr. Francisco Javier Garfias y Ayala de 82 años⁴⁰, quien es viudo y padre de 6 hijos uno de ellos finado. Originario y residente en el Distrito Federal, es profesor Emérito de la Facultad de Química de la Universidad Nacional Autónoma de México, padece hipertensión desde hace 20 años. En 1999 sufre EVC isquémico con hemiparesia del lado izquierdo.

Su padre murió por EVC y su madre por cáncer de mama, su esposa por cáncer pulmonar.

Se comienza a trabajar con el a partir del 7 de Mayo del año 2014, por necesidades de la familia.

Al platicar con él se observa somnoliento, por lo que la conversación es interrumpida, al despertar presenta desorientación y es necesario recordarle de lo que se está hablando.

El 17 de junio de 2014, presenta un segundo EVC, se traslada al hospital Médica Sur, en donde a través de estudios de imagen, se diagnostica EVC isquémico, Aterosclerosis de carótidas y Fibrosis Pulmonar.

⁴⁰ A petición de la personan cuidada se incluye su nombre completo, al saber de la importancia de las necesidades y la trascendencia de vivirlas de manera consciente. Mil gracias al Dr.Garfias por su confianza.

Oxigenación

Narinas permeables con cianosis acentuada en las aletas de la nariz. En algún periodo de su vida fumo una cajetilla de cigarrillos por semana y a diario convivía con personas que fumaban. Tórax simétrico, con piel uniforme, buena coloración, músculos torácicos disminuidos por la edad y la poca actividad. Movimientos intercostales sincrónicos. Ruidos cardiacos rítmicos y de buen tono, Frecuencia Cardíaca de 75 latidos por minuto, Tensión Arterial de 90/70 milímetros de mercurio, sin soplos, llenado capilar a los cuatro segundos.

Su respiración es tranquila y sin esfuerzo, ocasionalmente evidente, su Frecuencia Respiratoria es de 22 latidos por minuto. Se detecta soplo glótico, murmullo vesicular y respiración broncovesicular.

Se diagnostica Fibrosis Pulmonar, por esta razón se indica oxígeno suplementario a tres litros por minuto de manera permanente. La saturación de oxígeno se encuentra en 80% sin oxígeno y la con oxígeno es de 92%.

Al realizar actividad física hay disnea y cianosis, además de acrocianosis a la ambulación y fatiga moderada.

Padece hipertensión arterial sistémica desde hace 20 años e ingiere HYZZAR 150/12.5mg C/24 horas. Vía Oral

Es diagnosticado con aterosclerosis de grades vasos por lo que se indica Clopidogrel 75mg cada 24 horas Vía Oral, Atorvastatina 10mg cada 24 horas Vía Oral..

Nutrición, hidratación

Pesa 106 kg, su talla es de 1.80 mts, IMC 32.71 con obesidad.

Desayuna dos rebanadas de jamón, 1 nopal asado, una taza de queso cottage, una taza de té, una rebanada de pan tostado y una taza de fruta.

Durante la comida ingiere una copa de vino (150ml), un plato de sopa de 100ml, 1 pescado a la plancha 100gr, ensalada, una taza de fruta.

En la cena consume dos quesadillas, una taza de té, una taza de fruta.

Acostumbra comer en casa, no come entre comidas y come acompañado por su hija quien es su cuidadora primaria. Es intolerante a la lactosa y no le gusta el huevo.

Come tres veces al día 10:00 am; 14:30 pm; 20:00 pm. No ingiere nada entre comidas. Utiliza prótesis dental de 7 piezas. Consume pocos líquidos, no consume refrescos y esporádicamente toma una taza de café después de la comida.

Sus labios son simétricos, lisos e hidratados. El borde de sus labios está bien definido. Tiene 21 dientes en buena posición, hay sarro interdental. Sus encías rosadas hidratadas, sin lesiones y sus bordes bien definidos sobre el arco dental.

Su lengua es de color rosado. El paladar duro es de color rosa con arrugas transversales sin lesiones, El paladar blando, hidratado y de color rosado. La úvula es de color rosa y sin lesiones, amígdalas, simétricas, espacio adecuado para ejercer la deglución.

La piel abdominal es uniforme sin manchas ni protuberancias, movimientos simétricos ejercidos por la respiración; a la palpación se encuentra, blando, depresible y no doloroso, se alcanza a palpar el hígado a la derecha y hacía abajo la vejiga. A la auscultación se escuchan ruidos peristálticos con borborigmos e hidroaéreos

Eliminación

Utiliza pañal, se le cambia por las mañanas y por las noches. La orina es de color amarillo intenso, con olor penetrante. Refiere, tenesmo vesical, nicturia y de vez en cuando presenta urgencia para orinar. Evacua de 1 a 2 veces por semana con esfuerzo, dolor anal, flatulencias e incontinencia. Para tratar el estreñimiento toma una gragea de Dulcolax 5mg (Bisacodilo) vía oral cada tercer día. La evacuación es de color café oscuro, duro y fétido. Sus genitales íntegros y uniformes. Cada testículo dentro de la bolsa escrotal, el pene circuncidado, orificio uretral normal.

Movilidad y Postura.

Por secuelas del EVC, tiene dificultad para la ambulación y alteración del equilibrio, requiere de andadera para poder caminar. Necesita ayuda para ponerse de pie, por esta razón no puede ir al baño. No se baña diario por temor a las caídas.

Permanece sentado de 7 a 8 horas al día, por la escasa actividad que tiene y por sus dificultades al movimiento.

En su mitad izquierda; hay dolor en el cuello (musculo esternocleidomastoideo), hay movimientos involuntarios en el brazo, dolor en la rodilla, en el primer orjejo del pie y en la zona calcánea.

Hace ejercicio cuando lo visita su entrenadora personal, esto es de una a dos veces por semana, manifiesta que al hacer ejercicio se fatiga mucho, la actividad física es de aproximadamente 1 hora con 15 minutos y presenta mareo después de realizarla.

Los miembros superiores tienen disminución del tono muscular, los movimientos de los brazos son descoordinados. En manos hay coordinación gruesa y dificultades en la coordinación fina.

Presenta movimientos involuntarios en la mano izquierda

Las extremidades inferiores tienen el tono muscular disminuido, edema de una cruz en ambos pies y descamación de la piel.

Presenta mayor dificultad al ejercer la marcha en su pierna izquierda debido a la hemiparesia.

Hay dificultad para la flexión y la extensión de los dedos. Se observa onicomiosis en el primer orjejo de cada pie.

Descanso y sueño

La familia acude al servicio de enfermería ya que manifiesta que la mayor parte del día se encuentra dormitando.

A pesar de que su recamara está libre de ruidos y de luces, refiere que por las noches tiene dificultad para conciliar el sueño; ya que tiene pesadillas, se siente nervioso o preocupado.

Cuando puede dormir bien, su sueño es profundo, con ronquidos, aunque manifiesta no ser un sueño efectivo.

Se detecta apnea del sueño.

Vestido

El no elige su ropa ya que no lo considera un factor importante en su vida, manifiesta solo elegir la ropa cuando asiste a un evento importante. Cuando usa ropa formal se dificulta más su movilidad. Cuando hace frío usa ropa abrigadora, cuando llueve procura no salir de su casa. Necesita apoyo para vestirse y desvestirse. Manifiesta dolor en sus pies por el calzado que utiliza.

Termorregulación

Sabe tomar su temperatura, su temperatura es normal.

Higiene

Se baña cada tercer día, se lava el cabello cada que se baña y cuando no lo hace solo lo humedece para poder peinarlo. Su cambio de ropa es diario, cuando es necesario dos veces al día. Se lava las manos, si las siente sucias.

El cuidado de las uñas lo hace su hija cada que observa que le han crecido. Se cepilla los dientes una vez al día, no utiliza hilo dental.

Realiza dos vistas al año al dentista o en caso de necesitarlo.

Evitar Peligros

Cuenta con el esquema de inmunización completo, más toxoide tetánico, toxoide diftérico, hepatitis B, Influenza estacional y H1N1.

Asiste a consulta médica de revisión cada 6 meses, ha tenido revisión prostática en los últimos meses, sigue su tratamiento médico prescrito no se auto médica.

Utiliza pasamanos, tubos de protección en el baño. Económicamente, es independiente.

Comunicación

Su idioma materno es el español, pero es capaz de hablar, escuchar y leer el inglés y el francés.

La hipoacusia en ambos oídos es el principal problema en la comunicación ya que no es capaz de distinguir algunas frases.

Manifiesta que por las mañanas su forma de hablar no es del todo clara.

Su carácter es muy fuerte ya que siempre ha sido una persona muy importante, es optimista y siempre quiere salir adelante. Es capaz de comprender, aprender y concentrarse.

La comunicación con su familia es limitada ya que se le dificulta, expresar su sentir con ellos, así que los temas principales de abordaje son de trabajo y educación.

La frecuencia y delimitación de las palabras son retrasadas, presenta alteración en la Diadococinesiafonoarticulatoria (precisión articulatoria y producción en secuencia de sonidos). Es activo socialmente, disfruta de la compañía de sus amigos y su familia.

Creencias y valores

Para él son muy importantes la vida y su familia. Hace todo lo posible por disfrutar de la vida y tratar bien a todos sus hijos. Considera muy importante ayudar a las personas en cualquier situación en la que se encuentren.

Su experiencia de vida es muy satisfactoria ya que ha obtenido muchos logros, a pesar de haber sufrido altas y bajas él considera que el seguir adelante es muy importante.

Practica la religión católica, pero manifiesta no haber acudido a la iglesia por un periodo muy largo, no utiliza imágenes religiosas en su hogar.

En su actuar diario se guía por los valores adquiridos durante la experiencia de vida.

Trabajo y realización

Se encuentra haciendo una investigación en la Facultad de Química en la cual, implementara un método creado por él, para medir la tensión superficial de diferentes sustancias químicas. Es profesor Emérito de la Facultad de química con doctorado en Físico Química.

Sus limitaciones son de movilidad, para ambular ya que depende de la asistencia de la andadera, silla de ruedas, de su familia, sus amigos y del personal de enfermería para sus cuidados.

Es una persona capaz de afrontar los problemas y buscar soluciones. Esto se debe a su disposición para resolver cualquier situación adaptándose a cualquier cambio.

Las metas en su vida son recuperarse y lograr su independencia al 100%, le gustaría aprender el idioma Alemán, noruego, estudiar Medicina y lograr escribir un artículo sobre la tensión superficial de las sustancias químicas.

Recreación

La frecuencia con la que se divierte o presenta ánimos de reír es muy limitada ya que él siempre se ha considerado y ha sido una persona muy importante que no cuenta con tiempo para divertirse. La actividad que realiza para divertirse o distraerse es leer el periódico. Utiliza un medicamento antidepresivo (sertralina) Altruline 25mg cada 24 horas Vía Oral.

Aprendizaje

Considera que sería bueno aprender idiomas nuevos como el alemán y noruego ya que una de sus hijas se cambió de domicilio a Oslo Noruega, además de estudiar medicina porque le gustaría investigar más acerca del EVC isquémico.

Manifiesta que su capacidad de aprender es muy buena, ya que no tiene ningún impedimento para adquirir nuevos conocimientos.

La mayoría de los conocimiento los adquiere de la revista science y se actualiza de las noticias a través del periódico.

Su experiencia de vida lo ha orillado a aprender a lidiar con sus limitaciones y a interesarse en mejorar su estado de salud.

No presenta alteraciones en el aprendizaje, es una persona comprometida a mejorar su estado de salud, adquiriendo nuevos conocimientos que él investiga por su cuenta y siguiendo las instrucciones y recomendaciones que el médico le brinda

7.1 Análisis de los datos relevantes.

Aspectos	Datos
Físicos	<p>Dos eventos de EVC isquémico uno en 1999 con hemiparesia. 17 de junio del 2014, segundo EVC isquémico por arterioesclerosis y fibrosis pulmonar.</p> <p>Cianosis a medianos esfuerzos y acrocianosis acompañado de fatiga moderada, llenado capilar a los 4 segundos hemoglobina de 17.6, obesidad, intolerancia a la lactosa, consume pocos líquidos, usa placa dental de siete piezas, hay sarro en los dientes, usa pañal, orina concentrada, estreñimiento, evacua de una a dos veces por semana, se baña cada tercer día, temor a caerse en el baño, permanece sentado de 7 a 8 horas,</p> <p>Necesita ayuda para bañarse, cambiarse, hipoacusia en ambos oídos.</p>
Mental Psicológico	<p>Pesadillas, preocupaciones, nerviosismo, carácter fuerte, serio, introvertido, formal, dificultad para expresar lo que siente, temas de conversación son el trabajo y la educación, usa antidepresivo.</p>
Trabajo	<p>Profesor emérito de la UNAM.</p>
Social cultural	<p>Persona importante, compromiso social con la UNAM, Investigaciones, no hay tiempo para la recreación</p>
Espiritual	<p>Católico, manifiesta que hace mucho no acude a la iglesia, no usa imágenes religiosas en su casa. Temas importantes, la vida, la familia.</p>

7.2 Jerarquización de las necesidades.

Necesidad	jerarquización	Condición de la persona
Oxigenación	Primero	Es dependiente ya que no es capaz de lograr una saturación de oxígeno de más del 80% sin el apoyo de oxígeno suplementario, es diagnosticado con fibrosis pulmonar y presenta alteración en la perfusión cerebral debido a la aterosclerosis de grandes vasos. Presenta cianosis a medianos esfuerzos, fatiga moderada, acrocianosis(Dependiente por falta de fuerza)
Alimentación e Hidratación	Cuarto	Obesidad, intolerante a la lactosa, no le gusta el huevo. (Dependiente por falta de conocimiento)
Eliminación	.Tercero	Consume pocos líquidos, orina concentrada, estreñimiento (Dependiente por falta de conocimiento)
Movimiento y buena Postura	Segundo	Necesita de apoyo para trasladarse (Dependiente por falta de fuerza)
Descanso y Sueño	Décimo	Insomnio. Dependiente por falta de fuerza y de conocimiento)
Vestido	Quinto	Requiere ayuda para vestirse (dependiente por falta de fuerza)
Termorregulación	Décimo Cuarto	Su temperatura corporal es normal (Independiente)
Higiene	Sexto	Requiere de apoyo para bañarse, lavarse las manos y cepillarse los dientes (Dependiente por falta de fuerza)
Evitar peligros	Décimo tercero	Tiene esquema completo de inmunización, asiste al médico, utiliza aparatos ortopédicos (andadera, bastón y silla de ruedas) que

		ayudan a su marcha, utiliza pasamanos en el baño, onicomiosis. (Dependiente por falta de fuerza)
Comunicación	Séptimo	Carácter fuerte, serio, formal, no expresa a su familia sus dolencias, preocupaciones o sentimientos de tristeza. Hay hipoacusia (Dependiente por falta de fuerza y de conocimiento)
Creencias y Valores	Décimo Primero	Es católico, no va a la iglesia, no usa imágenes religiosas (Dependiente por falta de conocimiento)
Trabajo y Realización	Noveno	Profesor emérito de la UNAM (dependiente por falta de conocimiento)
Recreación	Octavo	Le gusta leer el periódico, piensa que no hay tiempo para la diversión (dependiente por falta de conocimiento)
Aprendizaje	Décimo segundo	Le gustará aprender otros idiomas(alemán y noruego) y estudiar medicina, aprender más sobre el EVC (Dependiente por falta de fuerza y de conocimiento)

7.4 -Diagnósticos de enfermería Jerarquizados

- ❖ Deterioro del intercambio de gases R/C Cambios en la membrana alveolocapilar M/P Agitación, Cianosis a medianos esfuerzos, Disnea, Confusión, Somnolencia. 00030
- ❖ Riesgo de perfusión tisular inefectiva cerebral R/C Formación de placa de ateroma en carótidas.
- ❖ Deterioro de la movilidad Física R/C Deterioro neuromuscular M/P Limitación de la amplitud de movimientos.00085
- ❖ Deterioro de la eliminación urinaria R/C Deterioro sensitivo-motor M/P Incontinencia, Nicturia.00016
- ❖ Estreñimiento R/C Aporte insuficiente de líquido, ingesta insuficiente de fibras. M/P Esfuerzo excesivo en la defecación, heces duras, secas y formadas. 00011.
- ❖ Sufrimiento Espiritual R/C Enfermedad crónica, soledad M/P afrontamiento ineficaz, culpa, expresa sufrimiento 00066
- ❖ Temor R/C Falta de familiaridad con las experiencias del entorno M/P Insomnio, Intranquilidad. 00148
- ❖ Insomnio R/C Ansiedad M/P Expresa despertarse muy temprano, observación de falta de energía. 00095
- ❖ Déficit del autocuidado: Baño R/C Deterioro musculo-esquelético M/P Incapacidad para acceder al cuarto de baño, Incapacidad para secarse el cuerpo. 00108
- ❖ Déficit del autocuidado: Vestido R/C Deterioro de la percepción M/P Incapacidad para coger la ropa de vestir, Incapacidad de ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo.00109
- ❖ Déficit de las actividades recreativas R/C Entorno desprovisto de actividades recreativas M/P Expresa sentirse aburrido. 00097
- ❖ Riesgo de Caídas R/C Uso de dispositivos de ayuda, deterioro de la movilidad física.00155
- ❖ Disposición para mejorar el autocuidado M/P Expresa deseos de aumentar el autocuidado. 00182

7.5 -Plan de cuidados

Diagnóstico de Enfermería				
Deterioro del intercambio de gases R/C Cambios en la membrana alveolocapilar M/P Agitación, cianosis a medianos esfuerzos, Disnea, Confusión, Somnolencia. 00030				
NOC				
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio 02 Salud Fisiológica Clase E Cardiopulmonar Resultado Estado respiratorio Intercambio Gaseoso 0402	Disnea en reposo 40203	Grave 1	4	5
	Disnea al Esfuerzo 40204	Sustancial 2	2	4
	Inquietud 40205	Moderado 3	3	5
	Cianosis 40206	Leve 4	3	5
	Somnolencia 40207	Ninguno 5	2	5

Intervenciones de Enfermería para el diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases

NIC	
Campo 02: Fisiológico : Complejo	Clase K: Control Respiratorio
Intervención: Oxigenoterapia 3320	Evaluación
Actividades	
<p>(332003) Mantener la permeabilidad de las Vías aéreas</p> <p>(332004) Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.</p> <p>(332005) Administrar Oxígeno Suplementario</p> <p>(332006) Vigilar el flujo de litros de oxígeno.</p> <p>(332008) Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.</p> <p>(332009) Comprobar periódicamente el dispositivo de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.</p> <p>(332010) Controlar la eficacia de oxigenoterapia (pulsímetro, gasometría arterial) según corresponda.</p> <p>(332011) Asegurar la recolocación de la cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo</p>	<p>Los resultados obtenidos de esta intervención fueron satisfactorios, ya que se logró mantener una saturación de oxígeno constante, la cianosis, acrocianosis y disnea disminuyeron durante la administración del oxígeno suplementario.</p> <p>Esto permitió que el Dr. Garfias lograra desarrollar sus actividades de una manera más sencilla, mejorara el sueño y su capacidad de resistencia a la marcha.</p> <p>Los retos de esta intervención se centraron principalmente en convencer al Dr. Garfias de mantener la cánula de oxígeno de manera permanente; por lo cual constantemente se exponía los beneficios de mantener la cánula de oxígeno durante todo el tiempo.</p>

Diagnóstico de enfermería: Perfusión tisular inefectiva cerebral				
Tipo de Diagnóstico: Real/ Riesgo				
Nivel de recomendación con el diagnóstico: la A				
Intervención	Tipo de Intervención	Nivel de relación/grado de dependencia	Nivel de recomendación de acuerdo con la intervención.	Evaluación
Valorar los Signos vitales. <ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial • Frecuencia cardiaca • Frecuencia respiratoria 	Independiente	Suplencia/Dependencia total	la A	Los signos vitales se mantuvieron estables
Identificar los datos de hipoperfusión tisular. <ul style="list-style-type: none"> • Palpar y registrar los pulsos distales. • Valorar la coloración de las extremidades. • Medir el llenado capilar • Palpar la temperatura de 	Independiente	Suplencia dependencia total.	la A	Se identifican y previenen alteraciones en la perfusión tisular.

las extremidades.				
<p>Monitorizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ritmo cardiaco • Saturación de oxígeno. 	Independiente	Suplencia/dependencia total	la A	Se mantiene motorización para identifica alteraciones de la perfusión tisular.
<p>Administrar oxígeno</p> <p>Colocar catéter de puntas nasales a 3 L/min</p>	Independiente	Suplencia/dependencia total	IV C	Mejora la oxigenación se mantiene a 95%
<p>Administrar Medicamentos Vía Oral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Losartan/ hidroclorotiazid a 50mg/ 12.5 • Clopidogrel 75 mg • Atorvastatina 10mg 	Dependiente	Suplencia/dependencia total	III B	La presión arterial se mantiene dentro de los parámetros normales.

<p>Favorecer un ambiente tranquilo y seguro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Darle a la persona información y preparación • Colocar una posición cómoda o confortable (fowler)⁴¹ 	Independiente	Ayuda/dependencia	IV C IV C	La persona se mantiene segura confortable.
---	---------------	-------------------	------------------	--

⁴¹ Ortega M. Guías de práctica clínica cardiovascular: Intervenciones de Enfermería, Panamericana, México 2011

Diagnóstico de Enfermería				
Deterioro de la movilidad Física R/C Deterioro neuromuscular M/P Limitación de la amplitud de movimientos.00085				
NOC				
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio 01 Salud Funcional	(20201) Mantiene el equilibrio en la bipedestación	1 Gravemente comprometido	1	3
	Clase C: Movilidad	(20203)Mantiene el Equilibrio al caminar	2 Sustancialmente comprometido	1
Resultado		(20205) Tambaleo	3 Moderadamente comprometido	1
	Equilibrio (0202)	(20208) Tropiezo	4 Levemente comprometido	1
		(20211) Postura	5 No comprometido	2
	(20212) Mantiene el equilibrio al levantarse desde la posición sentado.		1	3

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Deterioro de la movilidad Física

NIC	
Campo 04: Seguridad	Clase V: Control de Riesgos
Intervención: Prevención de Caídas 6490	Evaluación
Actividades	
(649001) Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.	Esta intervención se logró ejecutar de una manera exitosa, aunque presento retos importantes, ya que el Dr. Garfias no tenía una idea clara de sus capacidades, el consideraba que podía ejercer la movilidad de manera autónoma sin ayuda de dispositivos ortopédicos, deambulación asistida y sin medidas de protección. Lo cual interrumpía la planeación y ejecución de la intervención, así que a través de una exposición de las características su patología, se logró que el comprendiera los riesgos que implicaba el no utilizar dispositivos de ayuda en la marcha, esta acción permitió que se mejorara la confianza en sí mismo y cooperara con una mejor actitud. Su familia fue parte fundamental de esta intervención ya que nos brindó su disposición para que la vivienda del Dr. Garfias siempre estuviera en condiciones óptimas de iluminación y orden, que permitieron que la prevención de caídas funcionara de
(649002) Identificar conductas y factores que afectan el riesgo de caídas.	
(649003) Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia.	
(649004) Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.	
(649007) Preguntar al paciente por su percepción del Equilibrio.	
(649008) Sugerir al paciente cambios en la marcha.	
(649009) Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas.	
(649014) Mantener los dispositivos de ayuda en buenas condiciones.	
(649017) Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.	
(6490932) Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.	

(64936) Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo.	manera exitosa. Otro reto en esta intervención fue convencer al Dr. Garfias a pedir ayuda al intentar levantarse de la cama o al momento de querer movilizarse. Por lo tanto la estrategia para lograr esta acción fue tener un acercamiento que permitiera la confianza necesaria para que pudiese pedir ayuda.
(649037) Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.	
(649039) Disponer de barandillas y pasamanos visibles.	
(649053) Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar.	
(649057) Establecer un programa de ejercicios rutinarios que incluya andar.	

Continuación de intervenciones para el diagnóstico: Deterioro de la movilidad Física

NIC	
Campo 01: Fisiológico : Básico	Clase A: Control de actividad y reposo
Intervención: Fomento del ejercicio entrenamiento de fuerza. 0200	Evaluación
Actividades	
(20101) Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física y / o anamnesis y exploración física completa.	La intervención fue realizada satisfactoriamente, debido a que el Dr. Garfias siempre tuvo una buena opinión y disposición sobre el plan de ejercicio planteado, logrando desarrollar una rutina que lo ayudo a mejorar la capacidad de resistencia física. Esto se manifestó principalmente en la facilidad de movilidad, baja de peso, aumento de la motilidad intestinal, reblandecimiento de las heces, disminución del edema en miembros inferiores y mejora en el estado de ánimo.
(20104) Facilitar información acerca de la función de los músculos, de la fisiología del ejercicio y las consecuencias de su poco uso.	

Continuación de intervenciones para el diagnóstico: Deterioro de la movilidad Física

NIC	
Campo 01: Fisiológico : Básico	Clase A: Control de actividad y ejercicio.
Intervención: Terapia de ejercicios ambulación 0221	Evaluación
Actividades	
<p>(22101) Vestir al paciente con prendas cómodas.</p> <p>(22102) Aconsejar al paciente que use calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.</p> <p>(22111) Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.</p> <p>(22113) Aplicar / proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas, andadera o silla de ruedas etc.) para la ambulación si el paciente tiene inestabilidad.</p> <p>(22116) Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.</p> <p>(22117) Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.</p> <p>(22118) Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancias realistas para la deambulación.</p> <p>.</p>	<p>La familia del Dr. Garfias ha sido fundamental para lograr las intervenciones, debido a la buena disposición y entrega hacia él.</p> <p>Utilizaron los medios necesarios para conseguir, ropa cómoda, dispositivos de ayuda en la deambulación, medidas de seguridad en el hogar, además de cariño y amor que fueron fundamentales para la motivación del Dr. Garfias.</p> <p>Esto permitió que la terapia de ejercicios de ambulación se realizara de manera exitosa.</p>

Continuación de intervenciones para el diagnóstico: Deterioro de la movilidad Física

NIC	
Campo 01: Fisiológico : Básico	Clase A: Control de actividad y ejercicio.
Intervención: Terapia de ejercicios: Equilibrio	Evaluación
Actividades	
<p>(22201) Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.</p> <p>(22204) Evaluar funciones sensoriales (visión, propiocepción y audición).</p> <p>(22206) Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios.</p> <p>(22207) Adaptar un ambiente para facilitar la concentración.</p> <p>(22209) Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, medibles.</p> <p>(22215) Ayudarle a ponerse de pie (o sentarse)</p> <p>Y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio.</p> <p>(22216) Animar al paciente a mantener una base de apoyo amplia, si fuera necesario.</p> <p>(22218) Ayudar al paciente en la práctica de estar de pie con los ojos cerrados durante cortos períodos de tiempo a intervalos regulares para estimular la propiocepción.</p>	<p>Se logró obtener una mejor postura corporal (erguida), así como en el equilibrio al momento de la marcha y al estar en posición bípeda.</p> <p>Esto contribuyó a la confianza en el Dr. Garfias, teniendo un efecto positivo en su estado de ánimo, motivando a que no claudicara en los ejercicios propuestos.</p>

(22219) Vigilar la repuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio.

(22223) Proporcionar la oportunidad de comentar los factores que influyen en el miedo a caerse.

(22224) Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y mejora del equilibrio.

(22229) Realizar una evaluación del domicilio para identificar peligros ambientales y conductuales, según corresponda.

Diagnóstico de Enfermería					
Deterioro de la eliminación urinaria R/C Deterioro sensitivo-motor M/P Incontinencia, Nicturia.00016					
NOC					
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntuación Diana		
			Mantener	Aumentar	
Dominio 02 Salud Fisiológica Clase F: Eliminación Resultado Eliminación Urinaria (0503)	(50301) Patrón de eliminación	1 Gravemente comprometido	3	4	
	(50302) Olor de la orina	2 Sustancialmente comprometido	2	4	
	(50303) Cantidad de Orina.	3 Moderadamente comprometido	3	5	
	(50304) Color de la orina.	4 Levemente comprometido	2	4	
	(50306) Claridad de la Orina.	5 No comprometido	2	4	
	(50307) Ingesta de líquidos.		1	5	
	(50310) Vacilación para orinar.		2	4	
	(50312) Incontinencia Urinaria.		2	3	
				4	5

	(50313) Vacía la vejiga.		3	5
	(50314) Reconoce la urgencia.		2	4
	(50333) Nicturia		2	4
	(50336) Incontinencia Funcional.			

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Deterioro de la eliminación urinaria

NIC	
Campo 01: Fisiológico : Básico	Clase B: Control de la Eliminación
Intervención: Entrenamiento del hábito urinario 0600	Evaluación
Actividades	
<p>(60001) Llevar un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria.</p> <p>(60002) Establecer un intervalo inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación y de la rutina habitual.</p> <p>(60003) Establecer una hora de inicio y finalización del programa para ir al baño, si no es de 24 horas.</p> <p>(60005) Ayudar al paciente a ir al baño y estimular la micción a los intervalos prescritos.</p> <p>(60006) Proporcionar intimidad para ir al baño.</p> <p>(60008) Evitar dejar al paciente en el baño por más de 5 minutos.</p> <p>(60012) Comentar el registro diario de continencia con el personal para dar seguridad y fomentar el cumplimiento con el programa de ir al baño.</p> <p>(60014) Realizar una retroalimentación positiva o refuerzo positivo (5 minutos de conversación social) al paciente cuando miccione en los momentos</p>	<p>La alteración de la eliminación se encontró fuertemente ligada a la del movimiento, ya que se observó que la incontinencia urinaria existía, pero las limitaciones de movilidad impedían que el Dr. Garfias hiciese un esfuerzo por levantarse por tanto a él no le importaba identificar la sensación urinaria ya que tenía que esperar a que uno de sus familiares le ayudara a levantarse y hasta ese momento se podía hacer el cambio de pañal y de ropa.</p> <p>Por lo tanto con la intervención propuesta y con el apoyo del cuidador, se lograron obtener resultados favorables, en los cuales el Dr. Garfias, con el apoyo de ejercicios vesicales y horarios propuestos para ir al baño, lograba identificar la sensación urinaria y tenía la posibilidad de levantarse al momento que percibía esta señal.</p>

programados y no realizar ningún comentario cuando el paciente presente incontinencia.	
--	--

Diagnóstico de Enfermería				
Estreñimiento R/C Aporte insuficiente de líquido, ingesta insuficiente de fibras. M/P Esfuerzo excesivo en la defecación, heces duras, secas y formadas. 00011.				
Objetivos NOC				
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio 02 Salud Fisiológica Clase F: Eliminación Resultado Eliminación Intestinal(0501)	(50101) Patrón de la Eliminación.	1 Gravemente comprometido	2	5
	(50102) Control de los movimientos Intestinales.	2 Sustancialmente comprometido	4	5
	(50103) Color de las heces.	3 Moderadamente comprometido	3	4
	(50104) Cantidad de heces con relación a la dieta.	4 Levemente comprometido	2	5
	(50105) Heces blandas y formadas.	5 No comprometido	1	5
	(50110) Estreñimiento		1	5

	(50112) Facilidad de eliminación de las heces.		4	5
	(50118) Tono esfinteriano.			
	(50129) Ruidos abdominales.			

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Estreñimiento

NIC	
Campo 01: Fisiológico : Básico	Clase B: Control de la eliminación.
Intervención: Manejo del estreñimiento / Impactación Fecal.	Evaluación
Actividades	
<p>(45001) Vigilar las aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</p> <p>(45003) Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color según corresponda.</p> <p>(46004) Comprobar existencia de peristaltismo.</p> <p>(46007) Explicar la etiología del problema y las razones de las actuaciones.</p> <p>(45008) Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser la causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</p> <p>(45010) Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos de que este contraindicado.</p> <p>(45011) Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios gastrointestinales.</p> <p>(45014) Instruir al paciente / familia acerca de la dieta rica en fibra según</p>	<p>Los resultados de esta intervención sobrepasaron las expectativas ya que a base de constancia en los cuidados el Dr. Garfias logró tener periodos de evacuación regulares (de 1 a 2 veces por día), con mayor facilidad, las heces se observan hidratadas, blandas y bien formadas.</p> <p>Se aumentó el consumo de fibra, así como el incremento de líquidos en todas las comidas, el ejercicio fue parte fundamental para aumentar el peristaltismo intestinal.</p>

corresponda.

(45015) Instruir al paciente / familia sobre el uso correcto de los laxantes.

(45016) Instruir al paciente/ familia sobre la relación entre la dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.

(45017) Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional.

(45019) Sugerir el uso de laxantes / ablandadores de heces, según corresponda.

(45022) Administración de enema o irrigación, cuando proceda.

(45023) Pesar al paciente regularmente.

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Estreñimiento

NIC	
Campo 01: Fisiológico : Básico	Clase B: Control de la Eliminación
Intervención: Manejo del prolapso rectal 0490	Evaluación
Actividades	
(49002) Evitar los esfuerzos al defecar, levantar pesos y estar de pie mucho tiempo.	<p>Esta intervención ayudo a mantener el prolapso rectal sin alteraciones que ocasionaran problemas en el bienestar del Dr. Garfias.</p> <p>El prolapso se podía observar con menor frecuencia debido a que las heces eran evacuadas de una manera sencilla, sin esfuerzo además de estar bien hidratadas.</p>
(40003) Enseñar al paciente a regular la función intestinal mediante dieta, ejercicios y medicación, según sea el caso.	
(49004) Ayudar al paciente a identificar las actividades específicas que hayan desencadenado episodios de prolapso rectal en el pasado.	
(40005) Observar si hay incontinencia rectal.	
(49006) Vigilar el estado del prolapso rectal.	
(49007) Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con las rodillas levantadas hacia el pecho, cuando el recto este prolapsado.	
(49008) Colocar una compresa humedecida en agua o solución salina sobre la eversión intestinal para protegerlo contra la desecación.	
(49010) Reducir manualmente el prolapso rectal con la mano	

enguantada y lubricada, aplicando una suave presión al prolapso hasta que vuelva a su posición normal, si es necesario.

(49011) Comprobar la zona rectal 10 minutos después de la reducción manual para asegurar que el prolapso se encuentra en posición correcta.

Diagnóstico de Enfermería				
Riesgo de Caídas R/C Uso de dispositivos de ayuda, deterioro de la movilidad física.00155				
NOC				
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio 01 Salud Funcional Clase C: Movilidad Resultado Ambular (0200)	(20001) Soporta el peso.	1 Gravemente comprometido	4	5
	(20002) Camina con marcha eficaz.	2 Sustancialmente comprometido	2	4
	(20003) Camina a paso lento.	3 Moderadamente comprometido	1	3
	(20004) Sube escaleras.	4 Levemente comprometido	1	5
	(20007) Baja escaleras.	5 No comprometido	2	4
	(20010) Camina distancias cortas.		2	4
	(20014) Anda por la habitación.		2	4

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Riesgo de Caídas

NIC	
Campo 04: Seguridad	Clase V: Control de riesgos
Intervención: Prevención de caídas 6490	Evaluación
Actividades	
(659001) Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.	Esta intervención se logró ejecutar de una manera exitosa, aunque presento retos importantes, ya que el Dr. Garfias no tenía una idea clara de sus capacidades, el consideraba que podía ejercer la movilidad de manera autónoma sin ayuda de dispositivos ortopédicos, deambulación asistida y sin medidas de protección. Lo cual interrumpía la planeación y ejecución de la intervención, así que a través de una exposición de las características su patología, se logró que el comprendiera los riesgos que implicaba el no utilizar dispositivos de ayuda en la marcha, esta acción permitió que se mejorara la confianza en sí mismo y cooperara con una mejor actitud.
(659002) Identificar factores que afectan al riesgo de caídas.	
(659003) Revisar antecedentes de caídas con el paciente y familia.	
(659004) Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (Suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).	
(659005) Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.	
(659006) Preguntar al paciente la percepción del equilibrio, según proceda.	
(659007) Compartir con el paciente observaciones de la marcha y el movimiento.	
(659008) Sugerir al paciente cambios en la marcha.	
(659009) Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones de la	

<p>marcha.</p> <p>(659010) Ayudar a la deambulaci3n de las personas inestables.</p> <p>(659011) Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.</p> <p>(6590013) Ense1ar al paciente a a utilizar el bast3n o el andador, seg3n corresponda.</p> <p>(659014) Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado.</p> <p>(659015) Bloquear las ruedas de las sillas , camas o camillas en la transferencia del paciente.</p> <p>(659016) Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.</p> <p>(659017) Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.</p> <p>(659020) Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa</p> <p>(659021) Utilizar la t3cnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, ba1o etc.</p> <p>.(659032) Ayudar al aseo a intervalos frecuentes y programados.</p> <p>(659035) Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropiezo.</p> <p>(659036) Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.</p>	<p>manera exitosa.</p> <p>Otro reto en esta intervenci3n fue convencer al Dr. Garfias a pedir ayuda al intentar levantarse de la cama o al momento de querer movilizarse. Por lo tanto la estrategia para lograr esta acci3n fue tener un acercamiento que permitiera la confianza necesaria para que pudiese pedir ayuda.</p>
--	--

(659037) Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

(659039) Disponer de barandillas y pasamanos visibles.

(659042) Disponer una superficie en la bañera o en la ducha.

(659048) Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente y firmemente atados y con suelas antideslizantes.

(659051) Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.

(659052) Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.

(659053) Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.

(659057) Establecer un programa de ejercicios físicos rutinarios que incluya andar.

Diagnóstico de Enfermería				
Sufrimiento Espiritual R/C Enfermedad crónica, soledad M/P afrontamiento ineficaz, culpa, expresa sufrimiento psiquico. 00066				
NOC				
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntación Diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio: 05 Salud percibida Clase U: Salud y Calidad de Vida Resultado Salud espiritual 2001	Expresión de Confianza	1 Gravemente comprometido	1	4
	Expresión de esperanza	2 Sustancialmente comprometido	2	5
	Expresión de significado de la vida	3 Moderadamente comprometido	3	5
	Expresión de Serenidad	4 Levemente comprometido	2	4
	Expresión de amor	5 No comprometido	1	4
	Expresión de perdón		1	4
	Expresión a través de la música		1	5
	Interacción con otros para			

	compartir, pensamientos, sentimientos y creencias			
--	--	--	--	--

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Sufrimiento Espiritual

NIC	
Campo 03: Conductual	Clase R : Ayuda para el afrontamiento
Intervención: Apoyo Espiritual 5420	Evaluación
Actividades	
<p>(542001) Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y asistencia empática.</p> <p>(542002) Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual según corresponda.</p> <p>(542004) Tratar al individuo con dignidad y respeto.</p> <p>(542006) Animar a la participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas.</p> <p>(542007) Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.</p> <p>(542009) Enseñar métodos de relajación meditación e imaginación guiada.</p> <p>(542010) Compartir las propias creencias sobre el significado y propósito ,según corresponda.</p> <p>(542011) Compartir la propia perspectiva espiritual, según corresponda.</p> <p>(542013) Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad o</p>	<p>La actividades que se propusieron en esta intervención, ayudaron a que se formara un vínculo muy fuerte entre el Dr. Garfias y su enfermero Adolfo Aguilar. Se logró obtener una confianza plena y mutua, que permitió al Dr. Garfias manifestar un estado de paz, y tranquilidad.</p> <p>La fortaleza del vínculo permitió que el Dr. Garfias tuviese la confianza en Adolfo Aguilar de contar y desahogar sus preocupaciones, sentimientos, formas de pensar, de ver la vida, motivaciones y sus objetivos, así mismo expuso cuales habían sido los retos más importantes de su vida, los éxitos y sus fracasos.</p>

impotencia.

(542015) Proporcionar música, literatura o programas de radio o TV espirituales al individuo.

(542016) Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia.

(542022) Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.

(542023) Expresar simpatía con los sentimientos del individuo.

(542026) Asegurara al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.

(542027) Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.

(542028) Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

Nota (La conceptualización de la espiritualidad está íntimamente relacionada a la experiencia del paciente conocimientos y expectativas de la persona a cuidar. Tales elementos constituyen la moral y la ética en la atención de la dimensión espiritual del paciente)

Diagnóstico de Enfermería					
Temor R/C Falta de familiaridad con las experiencias del entorno M/P Insomnio, Intranquilidad. 00148					
NOC					
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntación Diana		
			Mantener	Aumentar	
Dominio 03: salud psicosocial. Clase M: Bienestar psicológico. Resultado: Nivel de Miedo.	Inquietud	Grave 1	1	4	
	Irritabilidad	Sustancial 2	2	4	
	Dificultad de concentración		2	5	
	Disminución del campo perceptual.	Moderado 3	2	5	
	Percepción de inadecuación en las relaciones interpersonales	Preocupación excesiva por sucesos vitales.	Leve 4	2	4
			Ninguno 5	1	4
				3	5
				3	5
	Aumento de la frecuencia cardiaca				
	Aumento de la				

	frecuencia respiratoria.		3	5
	Sudoración		2	4
	Tensión muscular		2	4
	Tensión facial		1	4
	Incapacidad para dormir		3	5
	Temor verbalizado			

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Temor

NIC	
Campo 03: Conductual	Clase T: Fomento de la comodidad psicológica
Intervención: Disminución de la ansiedad	Evaluación
Actividades	
<p>(582001) Utilizar un enfoque sereno de seguridad.</p> <p>(582002) Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.</p> <p>(582003) Explicar los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>(582004) Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>(582005) Proporcionar la información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>(582006) Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p>(582009) Administrar masajes en la espalda/ cuello, según corresponda.</p> <p>(582010) Fomentare la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.</p> <p>(582011) Mantener el equipo de</p>	<p>Esta intervención presento dificultades, ya que después de sufrir su segundo EVC isquémico el Dr. Garfias presento mayores alteraciones del sueño, el tiempo y el espacio, así mismo pérdida de confianza de las personas que lo rodeaban.</p> <p>Las actividades planteadas en esta intervención funcionaron satisfactoriamente, ya que poco a poco se ha logrado que el Dr. Garfias se sienta cómodo en su casa, esto ha permitido que la ansiedad disminuya y por tanto obtenga un sueño más productivo.</p> <p>Aunque ha presentado recaídas de ansiedad al momento.</p>

tratamiento fuera de la vista.

(582012) Escuchar con atención.

(582014) Crear un ambiente que facilite la confianza.

(582015) Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

(582016) Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

(582017) Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

(582022) Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.

(582023) Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

(582024) Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda. (Sertralina 50 mg)

(582025) Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Temor

NIC	
Campo 03: Conductual	Clase R: Ayuda para el afrontamiento
Intervención: Mejorar el afrontamiento	Evaluación
Actividades	
(523001) Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a largo y corto plazo.	<p>La intervención ha tenido un impacto muy significativo para el Dr. Garfias ya que se han presentado limitantes que han frenado el proceso de recuperación del bienestar de esta necesidad alterada.</p> <p>La principal, es el duelo por pérdida de salud, ya que el Dr. Garfias no aceptaba las limitantes físicas y secuelas obtenidas a través del segundo EVC.</p> <p>Por tanto la velocidad de implementación de esta intervención se vio ligada a la negación del Dr. Garfias.</p> <p>La constancia del trabajo de esta intervención, nos ha permitido que él acepte las limitantes físicas y se pueda tener una planeación objetiva y realista de la recuperación de la movilidad física así como de actividades motoras gruesas y finas.</p> <p>La motivación ha sido un ejercicio fundamental en el trabajo de recuperación, debido a que el Dr. Garfias necesita de apoyo emocional</p>
(523003) Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.	
(523004) Fomentar las relaciones con una persona que tenga intereses y objetivos en común.	
(523005) Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.	
(523006) Valorar los ajustes del paciente a los cambios de la imagen corporal, si está indicado.	
(523007) Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.	
(523008) Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.	
(523009) Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.	
(523010) Valorar y comentar las respuestas alternativas de la situación.	
(523011) Utilizar un enfoque sereno,	

<p>tranquilizador.</p> <p>(5230012) Proporcionar un ambiente de aceptación.</p> <p>(523014) Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.</p> <p>(523015) Proporcionar información objetiva respecto el diagnóstico, tratamiento y pronósticos.</p> <p>(523016) Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.</p> <p>(523017) Alentar a una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p> <p>(523024) Alentar la aceptación de los límites de los demás.</p> <p>(523027) Explorar los éxitos anteriores del paciente.</p> <p>(523032) Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.</p>	<p>para poder realizar actividades que ayuden a su bienestar.</p>
--	---

Diagnóstico de Enfermería				
Déficit del autocuidado: Baño R/C Deterioro musculoesquelético M/P Incapacidad para acceder al cuarto de baño, Incapacidad para secarse el cuerpo. 00108				
NOC				
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio 01 Salud Funcional Clase D: Autocuidado. Resultado Autocuidados: Baño (0301)	Entra y Sale del cuarto de baño.	1 Gravemente comprometido	1	5
	Obtiene los suministros para el baño.	2 Sustancialmente comprometido	1	5
	Abre el agua.	3 Moderadamente comprometido	1	5
	Regula la temperatura del agua.	4 Levemente comprometido	1	5
	Regula el flujo del agua.	5 No comprometido	1	5
	Se baña en la ducha.		5	5
	Seca el cuerpo.		2	5
	Se lava la cara.		3	5
Se lava la parte		3	5	

	superior del cuerpo.			
	Se lava la parte inferior del cuerpo.		2	5
	Se lava la zona perianal.		2	5

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Déficit del autocuidado: Baño

NIC	
Campo 01: Fisiológico Básico	Clase F: Facilitación del autocuidado.
Intervención: Ayuda con el autocuidado: Baño/ Higiene.	Evaluación
Actividades	
(180101) Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño.	<p>Esta intervención obtuvo resultados positivos, el baño se logró efectuar a diario. El Dr. Garfias tenía la suficiente confianza para bañarse a diario gracias al cuidado ofrecido del enfermero y las buenas condiciones en las que se encontraba el cuarto de baño.</p> <p>Esta intervención motivo al Dr. Garfias ya que el percibía su imagen corporal limpia, hidratada y esto le proporcionaba confianza, felicidad y satisfacción consigo mismo.</p> <p>El reto de esta intervención se encontró al momento de querer apoyarlo con una silla de baño y al tratar de mantener el oxígeno suplementario al momento de bañarse.</p> <p>Esto se debe a que la acción de bañarse por sí solo sin el apoyo de recursos, tenía un significado de fortaleza para el Dr. Garfias, por lo cual se propuso que aceptara el apoyo para movilizarse dentro del baño y se expuso los beneficios de conservar el</p>
(180102) Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño, loción y productos de aromaterapia).	
(180103) Facilitar al paciente que se lave los dientes.	
(180104) Facilitar que el paciente se bañe el mismo.	
(180105) Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente.	
(180106) Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares.	
(180109) Considerar la cultura del paciente fomentar las actividades de autocuidado.	
(180111) Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.	

(180113) Controlar la integridad cutánea del paciente.	oxígeno suplementario, así se logró un acuerdo que él estuvo dispuesto en aceptar.
(180114) Mantener rituales higiénicos.	

Diagnóstico de Enfermería				
Déficit del autocuidado: vestido R/C Deterioro de la percepción M/P Incapacidad para coger la ropa de vestir, Incapacidad de ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo.00109				
NOC				
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio 01 Salud Funcional Clase D: Autocuidado. Resultado Autocuidados: Baño (0301)	Escoge la ropa	1 Gravemente comprometido	1	5
	Recoge la ropa	2	1	5
	Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.	Sustancialmente comprometido	3	4
	Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo.	3 Moderadamente comprometido	1	5
	Se abotona la ropa.	4 Levemente comprometido	1	5
	Se abrocha la ropa.	5 No comprometido	1	5
	Se pone los calcetines.		1	5
	Se pone los		1	5

	zapatos		1	4
	Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo.		1	4
	Coge la ropa del cajón		2	4
	Coge la ropa del armario.		2	4

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico Déficit del autocuidado: vestido

NIC	
Campo 01: Fisiológico Básico	Clase F: Facilitación del autocuidado.
Intervención: Ayuda con el autocuidado: Vestirse / Arreglo personal.	Evaluación
Actividades	
(180201) Informar al paciente la vestimenta disponible que pueda seleccionar.	<p>La aplicación de esta intervención se enfocó principalmente, en exponer los beneficios que tenía el utilizar ropa cómoda y ligera ya que la costumbre del Dr. Garfias era vestir de manera formal todos los días y la ropa que utilizaba era incomoda y muy trabajosa a la hora de colocarla y quitarla.</p> <p>Así que con el apoyo de la familia del Dr. Garfias y la aprobación de él se consiguió ropa cómoda y adecuada para el uso diario.</p> <p>Por tanto esta intervención ayudo a la comodidad y a la facilidad del movimiento.</p> <p>El Dr. Garfias obtuvo la oportunidad de escoger la ropa que le era de su agrado y reconoció la comodidad y facilidad que esta le proporciono.</p> <p>La afeitada y el peinado fueron una actividad fundamental, ya que antes el lo tenía que hacer solo y no alcanzaba a afeitarse o peinar algunas zonas y esto hacia ver su imagen desarreglada.</p>
(180202) Disponer las prendas del paciente en una zona accesible.	
(180203) Proporcionar ropa personal, si resulta oportuno.	
(180204) Estar disponible para ayudar a vestir si es necesario.	
(180205) Facilitar que el paciente se peine si es necesario.	
(180206) Facilitar que el paciente se afeite el mismo.	
(180208) Ayudar con los cordones botones y cremalleras, si corresponde.	
(180211) Colocar la ropa sucia en la colada.	
(180217) Facilitar la ayuda de un barbero o estilista, si es necesario.	
(180218) Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.	
(180219) Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de cuidado.	

Diagnóstico de Enfermería					
Insomnio R/C Ansiedad M/P Expresa despertarse muy temprano, observación de falta de energía. 00095					
NOC					
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntuación Diana		
			Mantener	Aumentar	
Dominio 01 Salud Funcional Clase A: Mantenimiento de la energía. Resultado Sueño (0004)	Horas de sueño.	1 Gravemente comprometido	3		
	Horas cumplidas.	2 Sustancialmente comprometido	3		
	Patrón del sueño.	3 Moderadamente comprometido	2		
	Calidad del sueño.	4 Levemente comprometido	2		
	Eficiencia de sueño.	5 No comprometido	2		
	Sueño interrumpido.		2		
	Habito de sueño.		1		
	Sensaciones de rejuvenecimiento después del sueño.		1		
				2	

	Siesta inapropiada.		2	
	Despertar a horas inapropiadas.		1	
	Apnea de sueño.		1	
	Déficit de conciliar el sueño.			
	Nicturia			
	Ronquidos.			

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Insomnio

NIC	
Campo 01: Fisiológico Básico	Clase F: Facilitación del sueño.
Intervención: Mejorar el sueño	Evaluación
Actividades	
<p>(185001) Determinar el patrón del sueño / vigila del paciente.</p> <p>(185002) Incluir el ciclo regular de sueño / Vigila del paciente en planificación de cuidados.</p> <p>(185003) Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.</p> <p>(185005) Observar / registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.</p> <p>(185006) comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea de sueño, vías aéreas obstruidas, dolor / molestias y frecuencia urinaria) y / o psicológicas (miedo, ansiedad) que interrumpen el sueño.</p> <p>(185007) Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.</p> <p>(185008) Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilancia para evitar el cansancio en exceso.</p>	<p>Con esta intervención se lograron identificar factores específicos que afectaban el patrón del sueño.</p> <p>Los resultados obtenidos ayudaron al Dr. Garfias a obtener un sueño productivo que solo se veía afectado, cuando el presentaba, ansiedad, miedo o preocupaciones.</p> <p>El aumento de la actividad física contribuyo a obtener un sueño productivo y las técnicas de relajación ayudaron a acelerar el proceso de disminución de la ansiedad.</p>

(185009) Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

(185010) Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigila del sueño.

(185012) Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

(185013) Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que no faciliten o entorpezcan el sueño.

(185015) Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo de una actividad que favorezca la vigía, según corresponda.

(185016) Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u formas no farmacológicas de inducción del sueño.

185017) Iniciar/ llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.

(185018) Fomentar el aumento de horas de sueño, si fuera necesario.

(185019) Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades del sueño.

(185020) Agrupar las actividades de

cuidados para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.

(185021) Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño/ vigila del paciente.

(185022) Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turno de trabajo excesivamente largos y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.

(185023) Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.

(185024) Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supreso(es) de la fase REM.

(185025) Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche.

(185026) Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.

(185027) Proporcionar folletos informativos sobre las técnicas favorecedoras del sueño.

Diagnóstico de Enfermería				
Disposición para mejorar el autocuidado M/P Expresa deseos de aumentar el autocuidado. 00182				
NOC				
Resultado	Indicador	Escalas de puntuación	Puntuación Diana	
			Mantener	Aumentar
Dominio	Hace preguntas relacionadas con la salud.	1 Nunca demostrado	4	5
04				
Conocimiento y conducta de salud.	Finaliza las tareas relacionadas con la salud.	2 Raramente demostrado	3	5
Clase Q: Conducta de salud		3A veces demostrado	3	4
Resultado	Realiza auto-detección.	4Frecuentemente demostrado		
Conducta de búsqueda de salud. (1603)	Realiza actividades diarias compatibles con su tolerancia.	5 Siempre demostrado	3	5
	Describe estrategias para optimizar la salud.		3	5
	Obtiene ayuda de un profesional		4	5

	sanitario.			
	Busca ayuda si es necesario			

Intervenciones de enfermería para el diagnóstico: Disposición para mejorar el autocuidado

NIC	
Campo 03: Conductual	Clase S: Educación de los pacientes.
Intervención: Educación para la salud	Evaluación
Actividades	
<p>(551003) Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas.</p> <p>(551004) Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.</p> <p>(551005) Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana.</p> <p>(551006) Ayudar a las personas familia y comunidades para clasificar las creencias y valores sanitarios.</p> <p>(551008) Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades del enfermero, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.</p> <p>(551027) Determinar el apoyo de la familia, compañeros y comunidad a las conductas que induzcan la salud.</p> <p>(551029) Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios, etc., a las personas, familiares y grupos que servirán de modelos de estos valores.</p>	<p>Las actividades propuestas en esta intervención, sirvieron como guía del cuidado personal del Dr. Garfias.</p> <p>Demostró una gran disposición y entusiasmo al momento de proporcionarle la información de educación para la salud.</p> <p>Los cambios más notables fueron:</p> <p>Baño Diario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la ingesta de agua. • Cambio a una dieta balanceada. • Lavado dental tres veces al día. • Uso de ropa cómoda. • Pedir apoyo para levantarse y deambular. • Horarios específicos de la medicación. • Aceptación de nuevas actividades recreativas (periódico, televisión, radio, ejercicio, juegos de destreza).

Conclusiones.

Hoy en octubre del 2015 el Dr. Garfias se encuentra en cuanto la necesidad de oxigenación con una puntuación DIANA de por lo que se mantendrá estabilizado evitando riesgos. Respecto a la necesidad de movimiento sigue siendo dependiente por lo que es por ahora la necesidad prioritaria.

Las necesidades llamadas complementarias como la de comunicación, aprendizaje, vivir conforme a valores etcétera, se mantienen estables y en general el Dr. Es independiente.

Este ejercicio de aplicación del método enfermero significo un crecimiento profesional, me ha permitido aprender a delimitar los eventos y variables asociados al fenómeno del cuidado de la persona.

Como complemento se integra la perspectiva del familiar contratante del servicio domiciliario a fin de tener evidencia de la imagen social del profesional de enfermería desde la perspectiva de la familia.

Conclusiones desde la perspectiva del familiar:

En un momento de la vida, cuando una persona llega a ser adulto mayor con alguna enfermedad que lo imposibilita a moverse se, convierte en un ser vulnerable. Mantener la custodia y el cuidado de un padre es difícil de hacer.

Al trabajar el familiar y dejar sólo al adulto mayor es un gran riesgo, como en el caso del Dr. Javier Garfias, que podría caerse o presentar un evento cerebral isquémico.

Al advertir esta realidad, se inició la búsqueda de un enfermero para el cuidado del Dr. Javier Garfias, y así fue como llego a nuestras vidas Adolfo Aguilar.

Desde que llegó, la vida nos cambió totalmente para bien. Al principio no fue fácil, pero con la tolerancia y paciencia de Adolfo, el Dr. Garfias se acostumbra y adquiere cierta independencia ante sus hijos y los cuidados y seguimiento del tratamiento, para su bienestar.

La mejor manera de evaluar el trabajo de enfermería realizado, es la satisfacción que el paciente tiene en cuanto al cuidado que recibe. Esta satisfacción se obtiene en la medida en que el paciente recibe un trato de Enfermería de calidad y siente que sus necesidades son cubiertas.

El pensamiento que se tenía o lo que se esperaba del profesional en enfermería eran cuidados específicos y directos sobre la base de los problemas y necesidades del paciente y su familia. En realidad la actividad que desempeña el enfermero, es de una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas. Cuida al paciente y se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, protege de factores de riesgo, es asesor de salud. Además de ser una persona empática con el paciente.

Se percibe que los enfermeros o enfermeras al ingresar a la carrera de Licenciatura en Enfermería, tienen grandes valores. En Adolfo podemos ver que es una persona entregada a su profesión, actitud de servicio, responsable, humano y con un gran compromiso hacía la sociedad.

Para concluir, expreso una gran gratitud y reconocimiento hacía la enfermería, pero en especial a ese gran ser humano que es Adolfo Aguilar.

Galería de fotos como evidencia de las intervenciones con autorización y selección del Dr. Garfias.



24 de diciembre de 2014 fotografía tomada antes de la cena de navidad Ciudad del Carmen Campeche.



24 de diciembre 2014 el Dr. Garfias logra bailara con su hija después de 20 años de no hacerlo



Esta fotografía fue tomada el día del cumpleaños de su hija Margarita Rosa Garfias



Esperando entrar a clase de maestría en la facultad de química edificio E



Fotografía tomada en la Facultad de Química de la UNAM Edificio E



Fotografía del doctor Garfias utilizando los tubos de seguridad colocados en el baño de su hogar.



Fotografía del Dr. Garfias Saliendo del elevador de su casa listo para la graduación de su nieto Javier Rafful Garfias



En la fotografía aparece la Mtra. Margarita Garfias Vázquez y el Dr. Francisco Javier Garfias Vázquez con su padre Dr. Francisco Javier Garfias y Ayala recibiendo la medalla de 25 y 30 años como profesores de la facultad de química.

Bibliografía

Leininger, M. .La Enfermería Transcultural: conceptos, teorías y prácticas. Greyden. 1994

<http://bit.ly/1Ly3UYk>

ICN, Ethical Concepts Applied to Nursing, 1973. News Release 1975;(6): 4.

Iyer P. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana, 1997.

Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005.

Rivera Montiel Angelina. [Tesis de maestría] Significado de atención de enfermería por enfermería, UNAM: TESIUNAM.2012

Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente Bogotá (Colombia), 11 (2): 47-76, julio-diciembre de 2009

Barbara J. Callaway, Hildegard P: Psychiatric Nurse of the Century, Ed. Springer Publishing Company.2002.

NANDA (2013), International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012 – 2014, First Edition, Edited by Herdman H., Ed. Elsevier, España.

Iyer, Nathan, et.al (1997). Proceso y Diagnóstico de Enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana.

Johnson M., Moorhead S., Bulechek G., Butchar H., Mass M., Vínculos de NOC y NIC a NANDA-1 y Diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ra ed., ED. Elsevier Mosby.

Jiménez T, Gutiérrez E. El proceso de enfermería: una metodología para la práctica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Orión; 1997

Grupo de Cuidado. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Santa fe de Bogotá. UNIBIBLOS. 2002

Watson J., Nursing: The Philosophy & Science of Caring, Ed. Revised, Editor University Press of Colorado. 2008

Jaggar, A."Caring as a Feminist Practice of Moral Reason". En V. Held (Ed.), Justice and Care, essential readings in feminist ethics. Colorado: Westview Press. 1995.

Marriner A, Raile M, Modelos y Teorías de enfermería, Elsevier Mosby, sexta edición, pp. 91-105

Morales V., Rubio C., Ramírez D. M., Metaparadigma y Teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. (Citado el 4 de Mayo del 2012) disponible en: <http://bit.ly/1hPmDyx>

Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Dimensiones del Cuidado. Unibiblos. Bogotá. 1998.

Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5a ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.

Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Harcourt Brace 4ª ed. Madrid, España: 1999.

Morales Oscar. Registros Clínicos de Enfermería [Tesis de Maestría]. 2014 ENEO-UNAM

Ramos Calero E. Atención domiciliaria. En: Darías Curvo S. Enfermería Comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 476-487.

Cantú-Brito, F. Barinagarrementeria F, Enfermedad vascular cerebral, Manual Moderno, México DF, 2003

Barquesa S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez-Gilabert C, Durazo-Arvizú R et al., Aguilar-Salinas CA. Hipertensión en adultos mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2006. Salud Pública Méx 2010; 52(Supl. 1): S63-S71

Baños-González M, Cantú-Brito C, Chiquete E, Arauz A, Ruiz-Sandoval JL, Villarreal-Careaga J, Barinagarrementeria F, Lozano JJ et al.; y los investigadores RENAMEVASC. Presión arterial sistólica y pronóstico funcional en pacientes con enfermedad vascular cerebral aguda: Registro mexicano de enfermedad vascular cerebral. Arch Cardiol Mex 2011; 81:169-75

Cantú-Brito C, Ruiz-Sandoval JL, Chiquete E, Arauz A, León-Jiménez C, Murillo-Bonilla LM, Villarreal-Careaga J, Barinagarreentería F, Fernandez JA, Torres B, Rodríguez-Leyva I, Rangel-Guerra R et al.; y los Investigadores de RENAMEVASC (Grupo colaborativo de estudio de la enfermedad vascular cerebral en México) Rev Mex Neuroci 2011; 15(5): 224-234

Chiquete E, Ruiz-Sandoval JL, Murillo-Bonilla LM, Arauz A, Villarreal-Careaga J, Barinagarrementeria F, Cantú-Brito C et al, para los miembros de AMEVASC. Mortalidad por enfermedad vascular cerebral en México, 2000-2008: una exhortación para la acción. Rev Mex Neuroci 2011; 12(5):235-241

Harrison, Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jamenson, Loscalzo, Principios de Medicina Interna, 17^a Edición, McGraw Hill Interamericana, México, 2009.

Meyer K, Nathan S, Idiopathic Pulmonary Fibrosis a Comprehensive Clinical Guide, Human Press, New York, 2014

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería, El Sevier, España 2009

McCloskey J, Bullechek G, Clasificación de Intervenciones de Enfermería, El Sevier Science, España, 2009

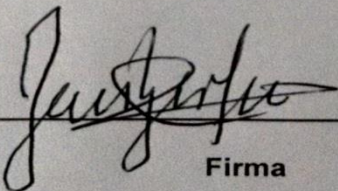
Anexos

Consentimiento Informado

México, D. F., a 27 de mayo de 2014.

Yo **Francisco Javier Garfias y Ayala** certifico que he sido informado con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que el pasante **Adolfo Aguilar González** me ha invitado a participar; que actuó consecuente, libre y voluntariamente, como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Autorizo que mis datos personales, fotos y vivencias aparezcan como evidencia del cuidado que se otorgara.


Firma

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE
VIRGINIA HENDERSON
ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

Datos de identificación:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____
Estado civil _____ Religión _____ Escolaridad _____ Domicilio _____
_____ Unidad de salud donde se atiende _____

Lugar de Origen: _____

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia _____ Ritmo _____ Expansión torácica: Simet _____ Asimet _____

Profundidad: Superficial _____ Profunda _____

Pulso: Frecuencia _____ Ritmo: Regular _____ Irregular _____ Intensidad: Fuerte _____ Débil _____

Temperatura: _____ Tensión arterial _____ mm Hg.

Somatometría: Peso _____ Talla _____ Índice de Masa Corporal _____

Perímetro abdominal _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No, Sí. Describa _____

¿Se ha expuesto al humo de leña? _____ ¿ha fumado en algún momento de su vida? No, Sí. ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Convive con fumadores? No, Sí. ¿Ha convivido con aves? _____

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No, Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No, Si. ¿Su casa está ventilada? No, Si. ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No, Si. ¿Le han diagnosticado hipertensión? No, Sí. ¿Tiene problemas cardiacos? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No, Sí. ¿Toma algún medicamento? No, Sí. Especifique: _____

Explore:

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos) _____

Dificultad respiratoria: No, Sí Fatiga: No, Sí Tos: No, Sí Expectoración: No, Sí Coloración de la piel _____ Llenado capilar _____ segundos.

Observaciones: _____

2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones: _____

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: _____

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: _____

¿Come entre comidas? No, Sí ¿Qué alimentos consume? _____ ¿En dónde acostumbra comer? _____ ¿Con quién acostumbra comer? _____

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No, Sí ¿Por qué? _____

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? _____ ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? _____ ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? _____ ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? _____ ¿Tiene problemas para masticar? No, Sí. ¿Por qué? _____ ¿Tiene dentadura completa? No, Sí. ¿Usa prótesis? No, Sí ¿Tiene problemas con su peso? No, Sí ¿Por qué? _____ ¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No, Sí. ¿Por qué? _____

¿Cuántos vasos de agua toma al día? _____ ¿Acostumbra tomar refrescos? No, Sí

Cantidad _____ ¿Acostumbra tomar café? No, Sí ¿Acostumbra tomar alcohol? No, Sí. ¿Toma suplementos alimenticios? No, Sí.

Explore:

Cavidad oral:

Región abdominal:

Observación:

3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? _____ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?:
Esfuerzo para defecar: No, Si. Dolor anal al evacuar No, Si. Dolor abdominal al evacuar No, Si.
Características del dolor _____ Flatulencias No, Si. Tenesmo No, Si. Meteorismo No, Si.
Incontinencia No, Si. Prurito No, Si. Hemorroides No, Si. Cuándo presenta problemas para evacuar, ¿qué recursos utiliza? _____ ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? _____ ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? _____ ¿Qué características tiene la evacuación? _____

¿Cuántas veces orina al día? ¿De qué color es su orina? _____ ¿Qué olor tiene su orina?
¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?: Disuria No, Sí. Poliuria No, Si. Nicturia No, Sí.
Retención de orina No, Si. Urgencia para orinar No, Si. ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? _____ ¿Usted suda? No, Si. ¿Cómo es su sudoración? _____ ¿Bajo qué condiciones suda?

En caso de Mujeres

¿Fecha de Última menstruación? _____ ¿Cada cuánto menstrua? _____
¿Cuántos días dura su menstruación? _____ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Dismenorrea No, Si. Pérdidas intermenstruales No, Sí. Flujo vaginal No, Si.
¿Qué características tiene? _____ ¿Qué hace para controlar la dismenorrea? _____

En caso de hombres

¿Presenta _____ alguna _____ alteración _____ en _____ la eyaculación? _____

Explore:

Región abdominal, fosas renales,
genitales _____

Observaciones: _____

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulaci3n? No, SÍ. Especifique: _____
¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No, SÍ. ¿C3mo? _____
¿Tiene dificultad para moverse? No, SÍ. Especifique: _____
¿Utiliza apoyos para desplazarse? No, SÍ. ¿Cuáles la postura habitual relacionada con su ocupaci3n? _____
¿Cuantas horas del día pasa usted en esta postura? _____

¿Presenta alguno de estos signos o sÍntomas?: dolores 3seos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No, SÍ. Especifique cuales: _____

Movimientos involuntarios No, SÍ. Describa: _____ Le falta fuerza o Debilidad muscular No, SÍ. Describa: _____ Edema, ardor, comez3n o hematomas en alguna parte del cuerpo. No, SÍ. Describa: _____ Mareos, perdida del equilibrio o desorientaci3n. No, SÍ. Describa: _____
¿Realiza usted alguna actividad fÍsica? No, SÍ. ¿Cuál? _____
¿Qu3 tiempo le dedica a la semana? _____

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos _____

Observaciones: _____

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? No, SÍ. ¿C3mo? _____
Despu3s de descansar ¿C3mo se siente? _____
¿Cuántas horas duerme habitualmente? _____
¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño No, SÍ.

¿Se despierta f3cilmente? No, SÍ. Sueño agitado, No, SÍ. Pesadillas, No, SÍ. Nerviosismo, No, SÍ.

¿Se levanta durante la noche? No, Si. ¿Por qué?

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No, Si. ¿Por qué?

¿Acostumbra tomar siesta? No, Si. ¿Qué hace para conciliar el sueño?

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia)

Observaciones:

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuándo?: hace frío _____ hace calor _____

cuando llueve _____ ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? No, Si
¿Expresa sentimientos a través de su ropa? No, Si. ¿La ropa que usa usted la elige? No, Si.
¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No, Si.

Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y aliño)

Observación:

7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? Sí ___ No ___ ¿Presenta alteraciones de la temperatura? No, Si. Especifique _____ ¿Qué medidas toma para controlar la temperatura cuando tiene alteraciones? _____

Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos,)

Observación: _____

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña? _____ ¿Cada cuando se lava el cabello? _____ Después del baño ¿el cambio de ropa es? Parcial _____ Total _____ ¿Cada cuando lava sus manos? _____ ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies _____ manos _____ ¿Cada cuando cepilla sus dientes? _____ ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No, Si. ¿Utiliza prótesis dental? No, Si. ¿Cada cuando las asea? _____ ¿Cuándo realizó la última visita al Dentista? _____ ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal No, Si. ¿Por qué? _____

Explore:

(Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones) _____

Observación _____

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo No, Si. Toxoide Diftérico No, Si. Toxoide tetánico No, Si. Hepatitis No, Si. Neumocócica No, Si. Influenza No, Si. Rubéola Sarampión No, Si. Otra _____ Revisiones periódicas en el último año: _____ Exploración prostática No, Si.

Resultado _____ Autoexploración mamaria No, Si. ¿Cada cuánto tiempo la realiza? _____ Resultado _____, Mamografía No, Si. Resultado _____ Papanicolaou No, Si. Resultado _____, Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) No, Si. Seguimiento del plan terapéutico prescrito No, Si. Automedicación No, Si. Nombre del medicamento: _____ ¿Consumo de drogas de uso no médico? No, Si. ¿Cuál? _____ Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad No, Si.

Uso de pasamanos No, Si. Uso de asideras No, Si. Uso de lentes de protección No, Si.

Aparatos protectores para la audición No, Si. Bastón No, Si. Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente? _____ ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? No, Si. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? No, Si. ¿Cuenta con las medidas de seguridad?:

En el trabajo No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.

Escuela: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.

Casa: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si. Otros lugares No, Si.
¿Cuáles? _____

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No, Si. ¿Cual es la causa? _____

Observación:

10. Comunicación

Idioma materno ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No, Si. ¿Cuál? Vista _____ oído _____ olfato _____ gusto _____ tacto _____ ¿Afectación verbal? No, Si. Especifique:

Tipo de carácter: ___ Autopercepción: Optimista _____ Pesimista _____

Realista _____ Otro _____ Introverso _____ Extroverso _____

¿Tiene dificultad para? Comprender No, Si. Aprender No, Si. Concentrarse: No, Si.

Lectoescritura: No, Si. ¿Cómo es la comunicación con su familia?

Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia).

_____ Observación:

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? _____ ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre _____ ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? _____ ¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas? _____
—

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

- a) Lee con frecuencia
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- c) Prácticas de oración y rezos
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe: _____

12. Trabajar y realización

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? _____ ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Necesita algún cuidado especial? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Su limitación es temporal? No, Si. ¿Puede trabajar? No, Si. ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No, Sí. ¿De qué tipo? _____ ¿A qué atribuye usted la dependencia? _____ ¿Esto afecta su estado emocional? _____ ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) _____ ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No, Si. ¿Cuál? _____ ¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? No Sí. ¿Cuál? _____ ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? _____ ¿A qué lo atribuye? _____
 _____ ¿Cuáles son sus metas de vida?

Explore: (actitud)

Observaciones _____

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca _____ Pocas veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____ ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? _____ ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Cine ___ teatro ___ Lectura ___ TV ___ Música ___ Baile ___ Fiesta ___ Reuniones con amistades y familiares _____ Otros _____

¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca _____ Pocas veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____ ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No, Si. ¿Qué medicamento le indicaron? _____ ¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? No, Sí. Especifique

Observación:

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No , Sí .¿Por qué?_____ ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy Baja _____ Me cuesta trabajo pero sí aprendo_____ Regular_____ Casi no me cuesta trabajo_____ No me cuesta ningún trabajo__ ¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura _____ otras personas _____ Televisión _____ Radio_____ Cursos_____ Conferencias___ Otros_____ ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No, Si. ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud) No, Si.

Explore:

(Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad)

Observación:
