

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE CON
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL (EVC) ISQUEMICO Y PARAPLEJIA QUE
PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:**

VERONICA TÉLLEZ AZTORGA

**DIRECTOR ACADEMICO
LIC. EN ENF. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**

México, D.F., Marzo del 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Con el regalo de la vida; prepararon mi espíritu y voluntad para ser quien soy, realizar cada una de mis metas, adquirir autonomía al trazar mi destino. Con sus consejos; ayudaron a fortalecer mis decisiones y formar un criterio más amplio acerca de mis expectativas de vida, hoy les comparto con orgullo mi triunfo.

ALEX:

Contigo tuve fuerza para no desistir y alcanzar mi sueño, no sólo en mi dirección sino permitiste formar parte de los tuyos y lo que significas en mi vida. Si el tiempo es sólo un instante, este es mañana y seguiremos juntos, pues mañana puede ser cualquier día hasta que Dios lo decida, gracias por tu amor.

RUBEN:

Gracias; si a ti por ser mi *amigo*, por el apoyo que en ti he encontrado en esta parte de mi vida, has estado a mi lado enseñándome a ser constante en todo el curso de mi superación profesional; gracias por permitirme conocerte y por todos los momentos que hemos compartido juntos, gracias por tu apoyo incondicional, ahora quiero compartir contigo un logro más.

YUNHUEN:

Guarde para ti dos palabras; las escuche a lo largo del camino que hemos recorrido juntas, la amistad y el apoyo que siempre me has brindado los fui acumulando poco a poco; apilando tus consejos y sonrisas... emprendiendo mi nueva vida profesional, estas palabras de gratitud son: GRACIAS... AMIGA.

Y al final de este camino, lo más importante:

Doy gracias infinitas a **DIOS** por haber iluminado mi espíritu, en mis caídas me enseñó a sacar fuerza para levantarme, aprendí a ser más fuerte cada día para continuar mi camino con más certeza

INDICE

INTRODUCCION	I
JUSTIFICACION	III
OBJETIVOS	IV
METODOLOGIA.....	V
CAPITULO I MARCO TEORICO. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA	1
1.1 Concepto.....	1
1.2 Historia del Proceso	1
1.3 Etapas del Proceso.....	3
1.3.1 Valoración	3
1.3.2 Diagnóstico	5
1.3.3 Planificación.....	9
1.3.4 Ejecución.	13
1.3.5 Evaluación.	14
1.4 Teoría de Virginia Henderson.	15
Afirmaciones teóricas.....	19
1.5 Embolia Vascular Cerebral.	21
1.5.1 Descripción.	21
1.5.2 Signos y Síntomas.	24
1.5.3 Métodos Diagnósticos.....	26
1.6 Paraplejía.....	38
1.6.1 Fisioterapia.	40
1.6.2 Medidas Preventivas.....	42
1.7 Patologías Concomitantes.	43
1.8 Intervenciones de Enfermería.....	45
CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	48
2.1 Valoración	48
2.1.1 Exploración Física.....	48
2.1.2 Valoración de Necesidades	50
2.1.3 Diagnósticos de Enfermería.....	52
2.1.4 Planeación, Ejecución y Evaluación.	60
CONCLUSIONES.....	61
SUGERENCIAS	63
BIBLIOGRAFIA.....	76

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se presenta un Proceso de Atención de Enfermería a realizar en el servicio de Urgencias Adultos, con apoyo del Hospital General Dr. Manuel GEA González. En este mismo se explica la razón y los objetivos que se persiguen para llevar a cabo esta investigación.

Se podrá observar desde el punto de vista de la teoría de Virginia Henderson todas las necesidades que presenta el “paciente”, la estructuración de todo el plan de acción a seguir desde la identificación de las necesidades afectadas, investigación de los daños específicos hasta la ejecución del mismo con sus respectivas conclusiones.

JUSTIFICACIÓN

Es importante familiarizarnos con el tipo de pacientes que exige este nivel, y para abarcar todas las complicaciones, o al menos poder habituarnos a los signos y síntomas característicos de alguna patología en particular. Este proceso nos lleva a una de las patologías mas comunes en nuestra población adulta, la enfermedad vascular cerebral (EVC).

Este Proceso de Atención de Enfermería, pretende demostrar todo este proceso de valoración y análisis así mismo mostrar nuestra capacidad de y habilidades adquiridas durante el desarrollo de la carrera utilizando como método el proceso Atención de Enfermería.

Considero que el proceso atención de enfermería, es la base para brindar un óptimo cuidado a nuestro paciente, tomando en cuenta que el cuidado es el porque de nuestra profesión por ello elegí este medio para sustentar mi trabajo de titulación.

OBJETIVOS

General:

- Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a un paciente con Enfermedad Vascular Cerebral (EVC), para brindar cuidados y contribuir al mejoramiento o recuperación y que sirva como un instrumento para sustentar mi examen profesional.

Específicos:

- Identificar las necesidades de la persona.
- Establecer un plan de cuidados en base a las necesidades alteradas.
- Determinar la eficacia del cuidado de Enfermería con respecto a los objetivos planteados.
- Se considerara la necesidad de tratar al paciente de una manera holística en todo momento (antes, durante y después del estudio), para que su estancia en el servicio sea mas llevadera.

METODOLOGÍA

Para desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería, será necesario elegir un caso clínico con EVC Isquémico, que acepte el compromiso de interactuar con la enfermera teniendo la intención de mejorar su desarrollo biopsicosocial, se le informará que por medio del interrogatorio, la observación y exploración física se obtendrán los datos necesarios para elaborar un plan de cuidados, tomando como base las necesidades alteradas y ayudarlo en su aprendizaje para el cuidado exitoso del estoma.

Se iniciará la valoración de enfermería de forma directa, tomando como base el modelo de Virginia Henderson, que enfoca catorce necesidades básicas del individuo, se identificarán las principales alteraciones y al mismo tiempo la situación biológica, psicológica y social que esta viviendo el paciente.

El siguiente paso consistirá en la identificación de datos objetivos y subjetivos que ayudarán a la construcción de los diagnósticos reales, de riesgo y de salud. En seguida será necesario consolidar la validación de datos y a la vez concretar la jerarquización de las necesidades. Lo que seguirá a esto, será la elaboración de un plan de cuidados para cada diagnóstico; el cual incluirá el señalamiento de la necesidad, la descripción del diagnóstico construido, el establecimiento de los objetivos, la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones a realizar.

Todo esto para brindar un cuidado holístico al paciente y así conseguir la integración a su núcleo familiar y a su comunidad. Al mismo tiempo se irá realizando la investigación bibliográfica, hemerográfica y de Internet, para la documentación del marco teórico con lo cual se hará posible la fundamentación de las intervenciones de enfermería, el plan de alta y por último la elaboración de las conclusiones y sugerencias.

CAPITULO I MARCO TEORICO. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

No podemos realizar un Proceso Atención de Enfermería sin saber qué es y de qué se compone, es por esto, que en este rubro pongo los siguientes puntos:

1.1 Concepto.

Un proceso constituye un acto de avance o progreso desde un punto a otro en el camino de la consecución a un determinado logro; es el movimiento continuo a través de una sucesión de fases en el desarrollo; es el método mediante el cual se produce o se logra algo, o se produce un resultado específico.

Las ideas centrales de estas definiciones, sugieren que cuando uno esta ocupándose de un proceso, existe movimiento de avance y que éste continuo movimiento, se basa en los datos recogidos de la persona a la que se supone beneficiarán los actos que se realizan.

El proceso de la asistencia sanitaria, constituye una forma ordenada y sistemática de determinar problemas del paciente, haciendo planes para resolverlos, iniciando el plan general o asignando a otros la ejecución del mismo y evaluando el grado en que el plan resultó efectivo en la resolución de los problemas identificados.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Con el objetivo final de prevenir o resolver situaciones problemáticas.

1.2 Historia del proceso

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración. Es la primera fase del Proceso de Enfermería, que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

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

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

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

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

1.3 Etapas del Proceso.

La división de un proceso en fases constituye una separación artificial de acciones que en la práctica real no tienen solución de continuidad. Sin embargo, con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo del proceso, es preciso distinguir las distintas fases y sugerir que la enfermera se esfuerce en definir cada acción en términos de la fase de asistencia sanitaria que está realizando. Esta práctica garantizará que se está persiguiendo cuidadosa, conciente y deliberadamente el como del proceso del la asistencia sanitaria y el cómo de la actuación sanitaria.

1.3.1 Valoración

La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Al igual que el proceso total de la asistencia sanitaria, la fase de valoración esta formada por una serie de actos sistemáticos, organizados y deliberados. Estos actos incluyen el examen del cliente, la identificación de sus síntomas, la recolección y análisis de datos y el establecimiento de conclusiones.

Examen del paciente

Cada persona que pasa por las manos de la enfermera es individual y diferente a las demás, y aunque todo el mundo tiene las mismas necesidades humanas básicas, éstas se manifiestan de manera diferente en cada persona.

El individuo que enferma o que experimenta una desviación de su estado normal, intenta enfrentarse a sus problemas a su manera y constituye un cometido

fundamental de la enfermera el determinar, mientras procede a examinar al paciente, los problemas de éste tal y como el los percibe. ¿qué es aquello que aqueja al paciente? ¿qué es lo que está interfiriendo con su funcionamiento y su mecanismo de defensa normal?. Mientras la enfermera efectúa la valoración del caso, lleva a cabo acciones de exploración y de comunicación.

La exploración requiere del empleo de las manos, de la vista, de los oídos, del olfato y asimismo, la emisión de juicios inteligentes, la adopción de decisiones fundadas y la aguda percepción de la problemática a la que se enfrenta.

La puesta en práctica de estas funciones, es crucial para la enfermera mientras recoge datos acerca de las alteraciones en el organismo del paciente, en su comportamiento. Tan importante es el empleo de técnicas del examen físico, como las técnicas para explorar alteraciones del comportamiento en otras.

La comunicación constituye una actividad necesaria y continua. La enfermera emplea la comunicación no sólo para obtener datos, sino también, para confirmar las observaciones que ha realizado.

Para lograr una mayor organización y sistematización en el proceso de la valoración, es interesante seguir algún plan para la recolección de datos. Por ejemplo, puede efectuarse un reconocimiento de la cabeza a los pies para asegurarse que se han considerado todas las partes del cuerpo. También puede efectuarse un plan de revisión de los sistemas fisiológicos, cualquiera de estos datos puede incorporarse a algún marco de trabajo, tal como la jerarquización de necesidades y la implementación de la teoría de Virginia Henderson.

Recolección de análisis de datos

Después de examinar al paciente, la enfermera habrá recogido ciertos datos que son sometidos a análisis . La enfermera resume los datos obtenidos, los coteja, los

agrupa y los dispone de acuerdo a una determinada secuencia, de tal manera que sea posible establecer conclusiones razonables a partir de ellos. Cada fragmento informativo recogido, se analiza en relación con el resto de los datos, y se examina la forma en que cada faceta informativa resulta afectada por otros datos, con el objeto de tratar de percibir con mayor nitidez posible las características de la situación del paciente.

Establecimiento de conclusiones.

El paso final de la fase de valoración del proceso consiste en la emisión de diagnóstico; es decir, en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado.

El diagnóstico en la asistencia sanitaria puede definirse en varias formas, aunque al revisar las distintas definiciones se pone de manifiesto la existencia de ciertos elementos comunes a todas ellas. Las discusiones entre enfermeras conducen normalmente a identificar lo que es y lo que no es un diagnóstico en la asistencia sanitaria. Este se considera como el resultado final del proceso de valoración; es el establecimiento de una conclusión, sea provisional o definitiva por la enfermera, una vez que esta ha realizado una valoración de la situación del paciente, El diagnóstico constituye una expresión de la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquel, como los negativos asociados a sus perturbaciones y limitaciones. “Es un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que este puede mitigarse mediante la intervención sanitaria”

1.3.2 Diagnóstico

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5, es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo

o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual, estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea, diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real, se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial, se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones; dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera (o), surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica del profesional de enfermería, incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico, que es quien designa las intervenciones que deben realizar l@s enfermer@s. La responsabilidad de la enfermera es, administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente del personal de enfermería, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran l@s enfermer@s y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

Dimensión independiente del profesional de enfermería, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.

Mejorar y facilitar la comunicación inter e intra disciplinaria gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- ✓ Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- ✓ Permitir como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- ✓ Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- ✓ Posibilitar la determinación de los costos reales de los servicios de Enfermería y consecuentemente, los costos reales de los cuidados brindados al usuario.
- ✓ Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- ✓ Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 su novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4

componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2 .- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3 .- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es sólo sugerente.
- 4 .- Las características que definen los diagnóstico reales, son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas que se han calificado como secundarios, están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- 5 .- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo:
 - Factores Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
 - Factores de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - Factores de medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Factores Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
 - Factores de Maduración: paternidad / maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos, establezcamos qué tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos que son; reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico Potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

1.3.3 Planificación

La planificación, es la determinación de lo que puede hacerse para asistir al paciente; incluye el establecer objetos, determinar prioridades y designar métodos

para resolver problemas.

El establecimiento juicioso, cuidadoso y deliberado de objetivos es vital, en esta fase, una vez que se han fijado objetivos, puede decidirse cuáles son los métodos que pueden resultar más eficaces en la consecución de aquellos.

Después de recoger los datos significativos acerca del paciente durante la fase de valoración, la (el) enfermera (o), comprueba la validez de esos datos. A través de la comunicación con el paciente, determina si sus percepciones son correctas y se asegura de que ella y el paciente, se encuentran en el mismo nivel de la fase de planeación. Los objetivos a corto o a largo plazo, se establecerán entonces de acuerdo con las prioridades que se hallan establecido previamente. Los objetivos a corto plazo, pueden compararse con estaciones situadas al borde del camino, en el sentido que es posible alcanzarlos más deprisa que los objetivos a largo plazo; los primeros, proporcionan al paciente y a la enfermera cierto grado de satisfacción, así como una sensación de logro y cierta garantía de que los pasos encaminados al objetivo final van bien encaminados.

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

Mediante la valoración deliberada y sistemática de los problemas del paciente basada en la percepción, observación y comunicación y a través de la confirmación de los hallazgos, el profesional de enfermería puede proporcionar datos cualitativos, a partir de los cuales sea posible establecer un diagnóstico preciso y desarrollar una planificación fundamentada.

Plan de Cuidados

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello"¹.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados, hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Partes que componen los planes de cuidados :

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería / problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

¹ MARRINER, Ann, Tomey Modelos y Teorías en Enfermería 3ª.ed. España 1994. Ed. Mosby/Dayma libros, pag. 428

Hunt (1978), desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación
- De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

Tipos de planes de cuidados:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un

paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- ✓ Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- ✓ Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- ✓ Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- ✓ Evitar la repetición de los datos.
- ✓ Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- ✓ Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.
- ✓ Los beneficios que se obtienen tras la información de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):
- ✓ Eliminación del papeleo.
- ✓ Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- ✓ Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

1.3.4 Ejecución.

La ejecución es la iniciación y conclusión de las acciones necesarias para alcanzar objetivos definidos.

Durante las fases de valoración y planificación se examinó la situación del paciente y se tomaron decisiones pertinentes para realizar acciones encaminadas a ayudar al paciente. Al ejecutar tales acciones, la enfermera tendrá que coordinar

las actividades de diversos grupos paramédicos y trabajar en equipo con miembros del equipo sanitario. Cualquiera que sea el marco de su actividad, la enfermera tendrá que trabajar con personas que interrumpirán a veces su actuación, trataran de obtener información del paciente, y que, invadirán el “territorio” del paciente y de la enfermera, constituirán una parte vital en la escena asistencial.

La ejecución, es una fase del proceso orientada hacia la acción directa, en la cual el personal de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de asistencia sanitaria que se elaboró previamente. Durante esta fase, este profesional debe de ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal, de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada miembro. La actividad intelectual, interpersonal y técnica desarrollada durante la fase de ejecución, están basadas en el plan de la asistencia sanitaria elaborado para cada paciente de acuerdo con la valoración previa de sus problemas.

1.3.5 Evaluación.

La evaluación es la apreciación de los cambios experimentados por el paciente como resultado de la actuación de la enfermera.

Para iniciar la fase de la evaluación, la (el) enfermera (o), revisa y reconsidera los objetivos definidos dentro del plan de atención para el paciente. Una vez que se han determinado los logros obtenidos al termino del plan, la (el) enfermera (o) y el paciente podrán determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente. Este proceso de evaluación, implicará el planteamiento de cierto número de cuestiones del siguiente tipo: ¿cómo a respondido el paciente al tratamiento?; ¿existe otro modo de conseguir los mismos logros para el paciente de manera más eficaz o más efectiva?; ¿qué cambios deberían o podrían

hacerse?; ¿alcanzó la enfermera los objetivos que se habían establecido? Mediante este tipo de análisis continuo, es posible ajustar o alterar la planificación de acciones futuras para el mismo u otros pacientes. El término enfermedad cerebral vascular (ACV), se refiere a “un déficit neurológico súbito, habitualmente focal, causado por disturbios en la circulación sanguínea cerebral. Actualmente la denominación –ataque cerebral- pretende señalar la gravedad de la enfermedad y enfatizar la necesidad del rápido diagnóstico y tratamiento. Existen dos tipos de ACV:

1. Isquémico o infarto cerebral.
2. Hemorrágico: Incluyen los hematomas intraparenquimatosos y hemorragia subaracnoidea (HSA).”²

Asimismo, los isquémicos pueden ser transitorios o permanentes. Del tipo de accidente, superficie afectada y tiempo de duración dependerá que el paciente viva o muera y el grado de secuelas que le queden.

1.4 Teoría de Virginia Henderson.

Honestamente, a lo largo de mi carrera no me pude familiarizar con otra teoría como la de Virginia Henderson, aparte de que en la mayoría, por no decir que todos los procesos que realicé, fueron con base a las 14 necesidades y es por eso que no podría pensar basarme en otra teórica, es algo que domino y fácil de manejar para mi proyecto.

Ya que justificando a la misma teoría, creo que ésta se aplica de mejor manera al tercer nivel de atención y en especial en el Servicio Clínico No. 5, donde se alojan pacientes con enfermedades obstructivas por un largo periodo y la identificación de sus necesidades de acuerdo a su patología es de primer orden.

Henderson cree que una ocupación que afecta la vida humana debe perfilar

² CASAS, Parera Ignacio. Manual de Neurología. 2ed. Ed. Grupo Guía S.A. Colombia, 2005, p 19.

claramente sus funciones, particularmente si es considerada como una profesión. Expresa su preocupación cuando un paciente regresa al medio que originalmente lo condujo a la hospitalización e introduce los conceptos de cuidado centrado en el paciente y continuidad del cuidado.

Principales conceptos y definiciones

Es probable que se reconozca, de un modo general, que las raíces de la enfermería se encuentran en las necesidades humanas fundamentales. Estas han sido objeto de minucioso análisis por parte de los filósofos y científicos de distintas ramas.

Enfermería- Henderson define a la enfermería en términos funcionales: La única función de una (un) enfermera (o), es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud- Henderson no especifica una definición propia sobre la salud pero, en varios textos, ella cita varios conceptos de salud de diferentes fuentes, incluida la de la Organización Mundial de la Salud. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de asistencia de enfermería.

Dice que “la calidad de la salud más que la vida misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más afectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida”³.

³ MORAN, Victoria, Mendoza, Alba, Modelos de Enfermería 1ª.ed. México 1993, Ed. Trillas, pag.76

Entorno- Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno, pero en 1961 lo define como “El conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”⁴

Persona- Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener la salud e independencia o una muerte tranquila. La muerte y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.

Necesidades- No se especifica una definición específica de necesidad pero, Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería, dichas necesidades son:

- Respirar normalmente
- Comer y beber de forma adecuada
- Eliminar los residuos corporales
- Moverse y mantener la posición adecuada
- Dormir y descansar
- Elegir las prendas de vestir (vestirse y divertirse)
- Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
- Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos
- Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros
- Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones
- Realizar practicas religiosas según la fe de cada persona
- trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado
- jugar o participar en alguna actividad recreativa

⁴ MARRINER, Ann, Tomey Modelos y Teorías en Enfermería 3^a.ed. España 1994. Ed. Mosby/Dayma Libros, pp.53.

- aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles

Supuestos principales

Enfermería

El profesional de enfermería tiene la función de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

El profesional de enfermería actúa como miembro de un equipo sanitario.

El profesional de enfermería actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subrayaba que la enfermera puede actuar independientemente y debe hacerlo así, si es el personal mejor capacitado para una determinada situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.

El profesional de enfermería está formada en las ciencias biológicas y sociales.

El profesional de enfermería puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Persona (Paciente)

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El Paciente requiere de ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia forman una unidad

Salud

La salud representa calidad de vida

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención del enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Entorno

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede inferir en esa capacidad.

El profesional de enfermería debe tener información en materia de seguridad.

El profesional de enfermería deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

El profesional de enfermería deben de reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.

El profesional de enfermería deben conocer los ámbitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Afirmaciones teóricas

La relación profesional de enfermería - paciente

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera (o)-paciente que varían desde una relación muy dependiente hasta independiente: 1. El profesional de enfermería como sustituto de algo necesario para el paciente; 2. El profesional de enfermería como ayuda para el paciente, y 3. El profesional de enfermería como compañera del paciente. En caso de una enfermedad grave, la (el) enfermera (o), esta considerada (o) como “un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle completo, integro o independiente”⁵.

Durante la convalecencia el profesional de enfermería ayuda al paciente a adquirir

⁵ Ibidem.

o recuperar su independencia. La independencia es un termino relativo. Ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por la independencia sana, no por una dependencia enferma.

Como compañeros, el profesional de enfermería y el paciente elaboran juntos su plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

El profesional de enfermería debe ser capaz de apreciar no solo las necesidades del paciente, sino también, las circunstancias y los estados patológicos que las alteran. Henderson dice “que la enfermera debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita”⁶. Las necesidades deben de comprobarse con el paciente.

El profesional de enfermería y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea este la independencia o una muerte tranquila. La promoción a la salud es otro de los objetivos importantes “Se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesiten”.⁷

La relación profesional de enfermería -médico.

Henderson insiste que la (el) enfermera (o) tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por enfermería junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico elaborado

⁶ MARRINER, Ann, Tomey Modelos y Teorías en Enfermería 3^a.ed. España 1994. Ed. Mosby/Dayma libros, p 254.

⁷ YURA, H, Walsh, M.B. El Proceso de Enfermería: Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación 3^a.ed. México 1981, Ed. Alambra, p.199.

por el médico. Henderson cuestiona que las enfermeras y los enfermeros no siguen ordenes del médico, ya que cuestiona una filosofía que permita al médico dar órdenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios. Recientemente, ha ampliado esta idea para dar mayor importancia al hecho de que profesional de enfermería ayuda a los pacientes en el cuidado de la salud, cuando los médicos no pueden hacerlo. También indica que muchas de las funciones de el profesional de enfermería y los médicos se solapan.

1.5 Embolia Vascular Cerebral.

1.5.1 Descripción.

El resultado es una interrupción en el aporte de sangre al cerebro, que causa pérdida temporal o permanente de movimiento, pensamiento, memoria, lenguaje o sensación.

La transición entre reversibilidad e irreversibilidad está en función de la duración y la intensidad de la isquemia.

Existe cierta controversia sobre la nomenclatura más idónea para designarla. Se utilizan tanto las denominaciones de accidente vascular cerebral (AVC) o accidente cerebrovascular (ACV), como las más imprecisas de ictus (afectación aguda) o apoplejía (parálisis aguda), que han sido sancionadas por la práctica, tanto en español como en inglés, en el que se emplea el término stroke “golpe”.

Epidemiología

“Las enfermedades cerebrovasculares son la tercera causa de muerte, la causa más común por enfermedad neurológica, la primera causa de discapacidad severa en adultos y el principal diagnóstico de egreso en pacientes trasladados de hospitales a centros de rehabilitación. La mortalidad de la enfermedad es de

aproximadamente el 30% en el primer año y del 12% por año en los años siguientes. En las últimas tres décadas se observó una constante declinación en el número de muertes por ACV. Esto, seguramente, se debe al mejor control de los factores de riesgo, especialmente la hipertensión arterial (HTA).”⁸

Los factores de riesgo; según Ameresio Sebastián y Esnaola y Rojas son:⁹

No modificables

Edad avanzada: se duplica cada 10 años después de los 55

Sexo: son algo más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Raza/etnia: Más frecuentes en afroamericanos, habitantes del este europeo.

Factores genéticos.

Modificables

Hipertensión arterial (HTA): el riesgo aumenta 5 veces. Reducciones moderadas de las presiones sistólica y/o diastólica, dan por resultado una disminución pronunciada de la incidencia a un ACV, incluso en ancianos.

Tabaquismo: El riesgo aumenta 4 veces.

Diabetes (DBT): El riesgo aumenta de 2-3 veces.

Dislipidosis: el impacto de este factor en la enfermedad CV probablemente es menor del que se observa en la enfermedad coronaria.

Alcoholismo: el consumo excesivo del alcohol se asocia con HTA y aumenta el riesgo de enfermedad CV hemorrágica. El consumo moderado aparentemente disminuiría la frecuencia de enfermedad CV isquémica.

Enfermedad cardíaca potencialmente embolígena: cardiopatía isquémica, enfermedad valvular, fibrilación auricular (FA) e insuficiencia cardíaca, entre otras condiciones.

Enfermedad CV previa: el riesgo de ACV aumenta significativamente.

Hormonoterapia: estrógenos y progestágenos.

Consumo de estimulantes: cocaína, Anfetamina.

⁸ Ibidem.

⁹ BARINAGARRENTERIA, Adaltz, Fernando. Enfermedad Vascul ar Cerebral. 1º ed. Ed. El Manual Moderno. México, D.F., 2003, pag. 149.

Otros factores: homorreológicos (hematocrito i fibrinógeno elevados), estados protomóticos, etc.

Factores “emergentes”: foramen oval permeable, homocistinemia, infecciones, etc.

La valoración de los pacientes con trastornos neurológicos, es el primer punto en el proceso de atención de enfermería y constituye la base para el diagnóstico de enfermería para cubrir, en la medida de lo posible, esas necesidades perdidas parcial o totalmente y llevarlo, de la dependencia hacia la independencia en la realización de las actividades de la vida diaria humana.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC), es aquella que afecta el suministro de sangre al cerebro. La EVC o embolia, puede afectar los sentidos, el habla, el procesamiento de ideas y la memoria, el comportamiento o causar parálisis, coma o la muerte.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC), es una alteración neurológica. Se caracteriza por su aparición brusca, generalmente sin aviso, con síntomas de 24 horas o más, causando secuelas y muerte. Destaca como la causa más común de incapacidad en adultos y es la quinta causa de muerte en nuestro país.

Un Evento Vascul ar Cerebral (EVC), puede ocurrir cuando una arteria se obstruye produciendo interrupción o pérdida repentina del flujo sanguíneo cerebral o bien, ser el resultado de la ruptura de un vaso, dando lugar a un derrame.

“Los tres tipos principales de EVC son: trombótico, embólico y hemorrágico”¹⁰.

- Trombótico. El flujo de sangre de una arteria cerebral se bloquea debido a un

¹⁰ BRIAR, Charlie. Lo Esencial del Sistema Nervioso. 2ª ed. Ed. Elsevier. Madrid, p127.

coágulo que se forma dentro de la arteria. La aterosclerosis, que es la acumulación de depósitos grasos en las paredes de las arterias, causa un estrechamiento de los vasos sanguíneos y con frecuencia es responsable de la formación de dichos coágulos.

- Embólico: El coágulo se origina en alguna parte alejada del cerebro, por ejemplo en el corazón. Una porción del coágulo (un émbolo) se desprende y es arrastrado por la corriente sanguínea al cerebro, el coágulo llega a un punto que es lo suficientemente estrecho como para no poder continuar y tapa el vaso sanguíneo, cortando el abastecimiento de sangre. Este bloque súbito se llama embolia.
- Hemorrágico: (derrame cerebral) es causado por la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro.

1.5.2 Signos y Síntomas.

Entumecimiento, debilidad o parálisis de la cara, el brazo o la pierna, en uno o ambos lados del cuerpo y que aparece en forma repentina.

Ocurrencia súbita de visión borrosa o reducción de la visión en uno o ambos ojos.

Aparición brusca de mareos, pérdida del equilibrio o caídas sin explicaciones. Incapacidad repentina para comunicarse ya sea por dificultad para hablar o entender.

Aparición súbita de dolor de cabeza, de gran intensidad y sin causa conocida. Estos signos de alarma, pueden durar sólo unos cuantos minutos y luego desaparecer, o pueden preceder a un EVC de mayores consecuencias y requieren atención médica inmediata.

Un evento vascular cerebral es una emergencia médica. Cada minuto cuenta

cuando alguien está sufriendo un EVC. Cuanto más tiempo dure la interrupción del flujo sanguíneo hacia el cerebro, mayor es el daño. La atención inmediata, puede salvar la vida de la persona y aumentar sus posibilidades de una recuperación exitosa.

Los efectos de un EVC pueden variar desde leves hasta severos y pueden incluir parálisis, problemas de raciocinio, del habla, problemas de visión, y problemas en la coordinación motora.

“Existen varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de tener un EVC”¹¹.

- Presión alta
- Problemas cardíacos
- Diabetes
- Colesterol alto
- Fumar

Sin embargo, el mejor tratamiento para prevenir un EVC, es la PREVENCIÓN.

Guía general para la prevención de un EVC.

- Modifique su estilo de vida para reducir riesgos:
- Controle la presión arterial elevada.
- Evite o limite los alimentos ricos en colesterol.
- No fume.
- No beba alcohol en exceso.
- Haga ejercicio regularmente.
- Mantenga su peso dentro de los límites recomendados.
- Mujeres: evite usar pastillas anticonceptivas si tiene más de 30 años de

¹¹ BARINAGARRENTERIA, Adaltz, Fernando. Enfermedad Vasculat Cerebral. 1º ed. Ed. El Manual Moderno. México, D.F., 2003, pag 135.

edad.

- Trate de resolver las situaciones crónicas de estrés.
- Mantenga el régimen de medicamentos contra la hipertensión siguiendo las recomendaciones del médico.
- Controle las enfermedades existentes (cardiaca, diabetes) siguiendo las recomendaciones del médico.
- Conozca cuáles son los recursos con los que cuenta para el cuidado de la salud en su localidad, decida cuáles serán los servicios preferidos en caso de que sea necesario.
- Esté preparado para tomar medidas médicas inmediatas y seguir con la rehabilitación apropiada.

1.5.3 Métodos Diagnósticos.

Nivel de conciencia

- Alerta: Responde inmediatamente a mínimos estímulos externos
- Letargia: Estado de somnolencia o inactividad en el cual se necesita aumentar el estímulo para despertar al paciente
- Embotamiento: Indiferencia a los estímulos externos, manteniéndose la respuesta brevemente
- Estupor: El paciente sólo despierta por estímulos externos vigorosos y continuos
- Coma: La estimulación enérgica no produce ninguna respuesta nerviosa voluntaria.

“La escala de Coma de Glasgow es el método más ampliamente utilizado para valorar el estado de conciencia es una escala numérica que evalúa 3 categorías: apertura de los ojos (4 puntos), respuesta verbal (5 puntos) y respuesta motora (6 puntos). La mejor puntuación en esta escala es 15 puntos y la más baja es 3 puntos, una puntuación de 7 puntos o menos indica coma”¹².

¹² CHIPPS EM. Trastornos Neurológicos Ed. Mosby Doyma. Barcelona 1995; 68-81.

Función motora

La valoración de la función motora se centra en 3 aspectos fundamentales.

Observación de los movimientos motores involuntarios

- a) Evaluación del tono muscular (hipotonía, flaccidez, hipertonía, espasticidad, rigidez)
- b) Estimulación de la fuerza muscular: Serie de movimientos de resistencia la fuerza del movimiento se gradúa en una escala de 6 puntos.

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

Función pupilar

“El control parasimpático de la reacción pupilar realiza a través de la inervación del nervio oculomotor (III par craneal) procede del tronco cerebral, situado en el mesencéfalo”¹³.

Valoración de las pupilas incluye valoración tamaño, forma circular, irregular u oval y el grado de reacción de la luz.

Función respiratoria.

- a) Observar el patrón respiratorio
- b) Evaluar las vías aéreas

¹³ Ibidem.

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

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

“Patrón respiratorio Cheyne Stokes, hiperventilación, apnéustica, respiración de biot, respiración atáxica”¹⁴.

Presión arterial: Hipertensión sistémica

Frecuencia y ritmo: bradicardia, extrasístoles ventriculares, bloqueo auriculoventricular o fibrilación auricular o ventricular.

A la palpación sin datos específicos

A la percusión: reflejos osteotendinosos profundos hiperactivos

A la auscultación se puede escuchar roces sobre carótidas

Cardiopatías, soplos o ritmos irregulares.

“Esto se complementa con los resultados de los estudios diagnósticos médicos que van desde una biometría hemática, química sanguínea, radiografía tórax y cráneo, electrocardiograma, estudios de coagulación, tomografía cerebral y más específicos, de acuerdo a la complejidad y especificidad como resonancia magnética, angiografía cerebral, gammagrama cerebral o mielografía cerebral. Y los cuidados enfermería y preparación física del paciente sería tipo de estudio al que sea sometido”¹⁵.

¹⁴ SALCMAN, Michael. Urgencias Neurológicas. ed. Ed. El Manual Moderno. México D.F., 1982, p 101

¹⁵ Ibidem.

Localización con estudios de neuroimagen.

Los estudios de neuroimagen permiten determinar la localización de las lesiones, su naturaleza vascular y hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías en función de la ubicación, la evolución en el tiempo y el comportamiento tras la administración de contraste.

Tomografía axial computarizada (TAC)

Está indicado en fase aguda en todos los pacientes con clínica de ictus. Su utilidad e interpretación en cada uno de los tipos de lesión vascular cerebral se resumen de la siguiente manera:

En el AIT permite descartar la presencia de pequeños infartos, hemorragias u otras lesiones que pueden producir síntomas transitorios.

En el Accidente Cerebrovascular isquémico permite detectar el infarto, a las 24-48 horas de evolución, como un área hipodensa confinada a un territorio arterial. Hasta ese momento el TAC suele ser normal, aunque pueden encontrarse algunos signos sutiles como hipodensidad de los ganglios basales y borramiento de su contorno, efecto masa por edema incipiente con borramiento de surcos corticales y pérdida de la densidad normal de la corteza e hiperdensidad de la arteria trombosada u ocluida por un émbolo. Entre el 2º-4º día se observa un descenso de la densidad radiológica de la lesión y delimitación del área de infarto. A partir de los 10 días la lesión tiende a hacerse isodensa sobre todo en el córtex, por lo que en ocasiones puede pasar desapercibida. A partir de la tercera semana la hipodensidad vuelve a aumentar, se forma una cavidad quística y se observa retracción del tejido adyacente.

El edema de origen vascular afecta tanto a la sustancia blanca como a la sustancia gris, lo cual, permite distinguirlo del edema tumoral, que afecta únicamente a la sustancia blanca, lo que le confiere el típico aspecto digitiforme.

Habitualmente la administración de contraste intravenoso no es necesaria para el diagnóstico del ictus. Sin embargo, puede ser útil en dos circunstancias: cuando existen dudas de diagnóstico diferencial y en fase subaguda, durante la segunda y tercera semanas de evolución. En ese momento, el tejido infartado cobra una densidad similar a la del parénquima normal y la administración de contraste intravenoso puede ponerlo de manifiesto.

Cuando se produce la transformación hemorrágica de un infarto isquémico en la tomografía axial computarizada, se observa que el sangrado afecta preferentemente a la sustancia gris, tanto cortical como profunda.

En la hemorragia cerebral, la sangre es visible en la tomografía axial computarizada desde el momento en que se produce la hemorragia. Los hematomas intraparenquimatosos, se ven como una masa hiperdensa de forma y tamaño variables, rodeada de un halo hipodenso fino con escaso edema perilesional. A lo largo de su evolución, el hematoma va reduciendo su densidad, desde la periferia hacia el centro, hasta que hacia las tres o cuatro semanas es isodenso con el parénquima circundante, aunque persiste el efecto de masa. A partir de ese momento, la lesión se hace progresivamente más hipodensa y se va reabsorbiendo hasta dejar una cavidad residual rellena de líquido cefalorraquídeo, de tamaño mucho menor que el del hematoma. Es importante tener en cuenta que los hematomas intraparenquimatosos presentan captación de contraste intravenoso en anillo a partir de la primera semana de evolución, y esta captación se mantiene hasta las seis u ocho semanas. La imagen resultante, se asemeja a la de una lesión tumoral. Las características clínicas del paciente y la evolución de la lesión, nos darán el diagnóstico correcto en estos casos. Si persisten las dudas se debe realizar una RM.

En la HSA: La presencia de sangre en el espacio subaracnoideo, es detectable en la tomografía axial computarizada en el 90 por ciento de los pacientes, cuando se realiza en los primeros cinco días tras una HSA. La distribución de la sangre

extravasada, puede orientar hacia la localización del aneurisma roto, fundamentalmente en dos casos: en los aneurismas del comunicante anterior, en los que se acumula sangre en la fisura interhemisférica frontal, y en los de la cerebral media, que se abren en la fisura de Silvio. La tomografía axial computarizada sin contraste, permite también visualizar aneurismas gigantes, sobre todo, aquellos que se encuentran parcialmente calcificados o trombosados. Aunque la administración de contraste intravenoso puede demostrar la existencia de aneurismas de menor tamaño, son exploraciones más adecuadas para tal fin la resonancia magnética, Angio- resonancia magnética y la angiografía cerebral.

Resonancia magnética (RM).

Al contrario que la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética no utiliza radiaciones ionizantes. La imagen se obtiene a partir de la energía que liberan los átomos tras ser sometidos a un campo magnético. Actualmente, las secuencias que se pueden utilizar para el estudio cerebral son diversas, y complementarias unas de otras. Algunas secuencias son especialmente útiles para la detección de determinadas patologías.

Imágenes en T1: hemorragia subaguda o crónica, trombosis vascular, edema de las circunvoluciones cerebrales. Las imágenes en T1 obtenidas tras la administración de contraste paramagnético (gadolinio) se utilizan fundamentalmente para el diagnóstico diferencial con lesiones inflamatorias y tumorales.

Imágenes en T2: lesiones parenquimatosas, edema e infarto.

Imágenes en densidad protónica: distinguen infartos próximos a la superficie cortical o a los ventrículos, que en T2 pueden pasar desapercibidos por la proximidad del lcr.

FLAIR (fluid attenuated inversion recovery): suprime por completo el lcr.

Eco-gradiente: detección de pequeñas hemorragias agudas o crónicas.

Resonancia de difusión y perfusión: permite el estudio de la isquemia cerebral en fase hiperaguda, inmediatamente después de su instauración.

En el ictus isquémico la resonancia magnética ofrece una mejor definición anatómica de la lesión que el TAC, especialmente en la fosa posterior, en la que muchas lesiones pasan desapercibidas. Ofrece la posibilidad de detección precoz del infarto, con las implicaciones que esto puede conllevar desde el punto de vista del tratamiento del ictus en fase aguda.

La hemorragia tiene unas características evolutivas muy bien definidas en la resonancia magnética, lo que permite diagnosticar con precisión su presencia y tiempo de evolución así como distinguir un hematoma de un infarto hemorragizado. La sangre sigue produciendo una alteración de señal en las cisternas subaracnoideas, en la resonancia magnética cuando el TAC ya se ha normalizado tras una HSA, transcurridos más de 15 días.

Mediante RM se pueden visualizar malformaciones arteriovenosas, cavernomas y aneurismas de más de 0.5 mm. Es la técnica de elección para demostrar la presencia de trombosis de senos venosos cerebrales y la disección de las arterias carótidas y vertebrales.

b) Pruebas complementarias para determinar la etiopatogenia del ictus

La heterogeneidad de los síndromes vasculares cerebrales refleja en parte sus distintas causas y mecanismos de producción. Es muy deseable determinar el origen y la fisiopatogenia del ictus en cada paciente, para la toma de decisiones terapéuticas. Para ello se debe llevar a cabo un plan diagnóstico orientado en dos sentidos. Por un lado, dirigido al estudio de la vasculatura cerebral y por otro a la evaluación global del paciente, incluyendo la exploración física general y neurológica y la existencia o no de patología cardíaca concomitante, trastornos de la coagulación, consumo de fármacos u otras sustancias y enfermedades

sistémicas.

Neurosonología

Las técnicas de ultrasonidos se utilizan para el estudio de los troncos supraórticos y de la circulación intracraneal. El estudio de los troncos supraórticos se puede llevar a cabo mediante las siguientes técnicas ecográficas:

Doppler continuo: permite medir velocidad de flujo en el vaso. Detecta estenosis de la luz arterial superiores al 30 por ciento basándose en el hecho físico de que cuando el diámetro de un vaso se reduce la velocidad de la sangre que circula por él, aumenta. Es decir: las estenosis se manifiestan ecográficamente como aceleraciones del flujo sanguíneo.

Modo B: ofrece una visión anatómica de la pared de la arteria y de sus lesiones. Detecta la presencia de calcificación en las placas de ateroma.

Doppler color: muestra una representación del flujo sanguíneo en la luz del vaso, con variaciones del color en función de la velocidad y la dirección del mismo.

Dúplex: es una combinación de los anteriores y permite la evaluación más completa de la presencia de lesiones de arteriosclerosis, sus características y el grado de estenosis que producen.

Hay dos situaciones en las que es aconsejable realizar el estudio carotídeo de forma urgente: en el infarto cerebral progresivo y cuando se producen AIT de repetición.

El hallazgo mediante doppler carotídeo de una estenosis susceptible de tratamiento quirúrgico, obliga a la realización de una arteriografía de troncos supraórticos para confirmar el grado de estenosis, si bien, en manos expertas el grado de concordancia entre ambas técnicas es superior al 90 por ciento.

El diagnóstico de oclusión carotídea, también se debe confirmar por arteriografía para evitar la posibilidad de no diagnosticar una estenosis de alto grado, que sí se beneficiaría de tratamiento quirúrgico y que en ocasiones pasa desapercibida en el doppler.

Para evaluar la circulación intracraneal se utiliza el doppler transcraneal (DTC) en virtud de su capacidad para determinar la velocidad de flujo y la pulsatilidad (resistencia) de los vasos del polígono de Willis, la presencia de asimetrías sugestivas de estenosis intra o extracraneales, la valoración del sistema venoso profundo cerebral, la existencia de circulación colateral, la cuantificación del vasoespasmo tras la HSA, para realizar estudios de reserva hemodinámica cerebral, es decir de la capacidad de adaptación de la circulación cerebral a situaciones que puedan comprometer la circulación cerebral, para la detección de la existencia de microembolias en el contexto de diversas patologías (cardiopatías valvulares, estenosis carotídea) y para realizar estudios de comunicación derecha-izquierda por foramen oval permeable o fístulas arteriovenosas pulmonares.

Las arterias vertebrales se valoran tanto en su tramo cervical como intracraneal, mediante las técnicas expuestas.

Con el uso de ecopotenciadores aumenta el rendimiento diagnóstico del DTC y del doppler carotídeo.

Técnicas radiológicas no invasivas.

Angio-RM: las técnicas más modernas alcanzan grados de concordancia entre la ARM con contraste y la arteriografía, de casi el 100 por ciento para enfermedad carotídea. Se podría utilizar como prueba de screening previa a la arteriografía, evitando la morbi-mortalidad de ésta. Los problemas de la ARM son que tiende a sobrestimar la estenosis y que, como el doppler, puede reconocer erróneamente estenosis de alto grado como oclusiones completas.

La ARM es una técnica muy sensible para la detección de estenosis intracraneales, aunque es poco específica para la distinción entre lesiones estenóticas y oclusivas intracraneales. Resulta de utilidad también para el diagnóstico de trombosis de senos venosos, aneurismas y malformaciones arteriovenosas (MAV).

Angio-TAC: requiere la utilización de contraste i.v. Puede ser más eficaz que la angio-RM para el estudio de segmentos postestenóticos de bajo flujo. Algunos trabajos muestran que puede ser un test complementario en el estudio de la HSA cuando una primera angiografía no muestra la presencia de aneurismas.

Arteriografía cerebral

No se debe llevar a cabo si no es para tomar una decisión terapéutica. Se debe realizar para una valoración exacta de las lesiones estenosantes de las arterias carótidas previamente a la cirugía, para demostrar la localización del aneurisma responsable de una HSA, o de aneurismas no rotos de cuya existencia se sospecha. Otra indicación es la búsqueda de MAV subyacentes a lesiones hemorrágicas.

Aunque la mortalidad de la arteriografía es inferior al 0,1 por ciento, se acompaña de un grado de morbilidad que comprende la aparición de reacciones anafilácticas, hipotensión, crisis convulsivas y cuadros de isquemia cerebral (en el 0,3 por ciento de los pacientes), edema agudo de pulmón, insuficiencia renal y complicaciones locales de la técnica en la zona de punción (hematomas, pseudoaneurismas)

Evaluación cardiológica.

ECG: es indispensable en la valoración inicial de todos los pacientes, para descartar la presencia de alteraciones cardíacas embolígenas como la fibrilación auricular, el infarto agudo de miocardio y el infarto en fase crónica con formación de aneurisma ventricular. Suele mostrar alteraciones secundarias al ictus,

consistentes en trastornos del ritmo y, en la HSA, de la repolarización. Holter-ECG: está indicado cuando la historia sugiera la presencia de arritmias paroxísticas y también cuando estudios más elementales no lleguen a descubrir la causa del ictus.

Ecocardiograma transtorácico (ETT): es la técnica de elección para el estudio de las cardiopatías valvulares, la movilidad de la pared miocárdica, las miocardiopatías, la endocarditis infecciosa, descartar la presencia de trombos intracavitarios, mixomas, permite diagnosticar la presencia de un aneurisma disecante de aorta. Cuando la historia clínica sugiera la existencia de alguna de estas cardiopatías está indicada la realización de un ETT. También se debe realizar para descartar la presencia de cardiopatía embolígena en sujetos jóvenes con ictus, aunque la probabilidad de encontrar patología cardíaca por la ecografía en individuos sin alteraciones clínicas ni electrocardiográficas previas es muy baja. Existen algunas zonas de difícil acceso para el ETT: la orejuela de la AI, el tabique interauricular y la raíz aórtica.

Ecocardiograma transesofágico (ETE): Se debe realizar en ayunas para evitar la aspiración bronquial de contenido gástrico. La posibilidad de encontrar trastornos ecográficos por ETE en pacientes sin datos de enfermedad cardíaca es mayor que en el ETT, por lo que está indicado en aquellos pacientes para los que no se encuentra una causa para el ictus, habiéndose descartado otras patologías. Mejora la capacidad de detección de cardiopatía embolígena de la TT en aquellas estructuras que se valoran mal por la TT como el aneurisma del tabique interauricular, foramen oval permeable, trombos y tumores en la aurícula izquierda, diagnóstico de endocarditis cuando se tenga la sospecha clínica y no se vea en ETE, prolapso de válvula mitral, disección aórtica y enfermedad ateromatosa aórtica.

RM cardíaca: permite caracterizar la naturaleza de las masas cardíacas (mixoma, trombo, liposarcoma, hipertrofia lipomatosa del tabique)

Estudios hematológicos y de laboratorio

El protocolo de estudio debe incluir siempre el hemograma, estudio básico de coagulación, velocidad de sedimentación globular y proteinograma.

Los ictus asociados a coagulopatía son menos del 0,5 por ciento de todos los ictus. La existencia de un trastorno de la coagulación no implica que éste sea el responsable del ictus. La mayoría de los trastornos primarios de la coagulación dan lugar a la aparición de trombosis venosas, aunque se han descrito algunos casos de trombosis arteriales e ictus isquémico en relación con estos trastornos. Por esta razón, debe realizarse una selección de los pacientes subsidiarios de un estudio exhaustivo de la coagulación, según los siguientes criterios: pacientes de menos de 55 años con ictus de etiología no demostrada, pacientes de cualquier edad con ictus recurrentes de causa desconocida, pacientes con episodios previos de trombosis sin causa aparente, trombosis en pacientes en tratamiento anticoagulante, pacientes con historia familiar de trombofilia, livedo reticularis, migraña o abortos de repetición. Dicho estudio debe incluir la determinación de la antitrombina III, proteínas C y S, factor V Leiden y resistencia a la proteína C activada, anticuerpos antifosfolípido y electroforesis de hemoglobina.

Es importante tener en cuenta que durante la fase aguda del ictus se produce un consumo de factores de la coagulación que pueden inducir a una interpretación errónea de los estudios, por lo que se recomienda no hacer el estudio hasta pasados 2 o 3 meses. Es conveniente realizar el estudio sin tratamiento anticoagulante oral (proteínas C y S), y sin heparina para el déficit de AT III.

La determinación de la homocistinemia puede llevar al diagnóstico de homocistinuria severa en sujetos jóvenes y niños con arteriosclerosis precoz, retraso mental y alteraciones óseas y oculares. Se ha encontrado una relación entre la presencia de niveles elevados de homocisteína en sangre y el desarrollo de enfermedad cerebro vascular. Sin embargo aun no se ha determinado si la

reducción de los niveles séricos de la misma a través de la administración de ácido fólico y vitamina B reduce el riesgo de nuevos ictus e pacientes con niveles elevados de homocisteína.

1.6 Paraplejía

Parálisis bilateral simétrica de ambas extremidades inferiores. Según un criterio topográfico céfalo-caudal o más comúnmente expresado, de arriba abajo, la paraplejía acontece en lesiones bilaterales del córtex motor o área prerrolándica.

Entre sus causas cabe destacar, en los niños, los traumatismos obstétricos, lesiones o infecciones cerebrales perinatales que pueden dejar como secuela la paraplejía infantil, como forma de parálisis cerebral del niño. Por desgracia es ésta una enfermedad muy conocida, sobre todo en relación con los accidentes de tráfico. Una enfermedad incurable hoy por hoy, pero colocada ya gracias a la investigación, en la parrilla de salida de una larga carrera hacia su curación a través de la cirugía. De momento y no es poco, se ha demostrado que la localización de los circuitos concretos que determinan la capacidad motriz, era exactísima. Mediante intervención quirúrgica, se ha podido devolver la movilidad a una rata parapléjica. Es pues, cuestión de tiempo que estas técnicas alcancen al hombre. De momento, el equipo del Consejo Superior de Investigaciones Científicas que anda tras la pista de la paraplejía, inicia ya la experimentación en los monos.

La palabra la hemos obtenido directamente del griego. “Hipócrates usó ya el término; (parapleguía) para referirse a la parálisis parcial o ligera, en contraposición a; /apoplexía), con la que se referían a la parálisis total”¹⁶. Estos términos tenían para los griegos además otro significado, relativo a las facultades

¹⁶ CHIPPS EM. Trastornos Neurológicos Ed. Mosby Doyma. Barcelona 1995; 68-81. Diagnósticos enfermeros de la NANDA, Definiciones y Clasificación. 1999-2000. Ed. Harcourt. España 1999; p. 258.

mentales: (apoplexía) significaba tanto apoplejía como locura; y el adjetivo; (apóplectos) calificaba al que tiene el espíritu "tocado", de donde derivaban hacia el que ha perdido la razón, el estúpido; y en el mismo plano estaba el lisiado, el impedido; este adjetivo lo usaban los médicos para referirse a todo aquello que tenía que ver con la apoplejía, con la parálisis. Con el otro compuesto, ocurre lo mismo: frente a la forma parece que exclusivamente médica; (parapleguía), estaba otra más común;(paraplexía; la diferencia está en la alternancia g/x), que significaba ataque de locura, demencia. Y el adjetivo derivado de ambas formas, (paráplektos), significa tanto afectado de demencia, como de parálisis ligera o parcial. Y respecto a la hemiplejía, si bien no formaron los griegos este nombre, sí usaron en cambio su adjetivo;(hemipléx) con el significado de medio herido, medio lisiado. El origen lo tenemos, pues, en el verbo; (pléssō), que significa golpear, chocar (no encierra idea de hostilidad), de donde derivará la idea de parálisis, e incluso llegó a significar la parálisis específica de ambas piernas.

Los diccionarios definen la paraplejia (todos ellos con acento en la í) como la "parálisis más o menos completa de partes simétricas: de ambos miembros superiores (paraplejia superior, cervical o braquial de los brazos), o de los miembros inferiores (paraplejia inferior o crural de las piernas); o de unos y otros (paraplejia braquiocrural, más comúnmente llamada tetraplejía)"¹⁷. Pero mayormente se usa este término para denominar la parálisis de las dos extremidades inferiores. Los orígenes de las paraplejías son múltiples, aunque el más divulgado es el de los accidentes de tráfico. En los animales, las causas y la evolución de las paraplejías son muy parecidas a las que se dan en el hombre, por lo que las investigaciones que se hacen en aquéllos son de total aplicación al hombre. Esto ha abierto recientemente enormes posibilidades, al haber conseguido mediante la cirugía intervenir en los mismos centros motores del cerebro y restaurarlos

Cuando el daño de la médula espinal es consecuencia de un accidente, se

¹⁷ Ibidem.

produce un cambio brusco en la vida de la persona, que supone un trauma psicológico, con los síntomas que contrae una depresión.

Nos encontramos con:

- Hospitalizaciones largas y frecuentes.
- Mayor posibilidad de infecciones intra hospitalarias.
- Movilidad reducida.
- Úlceras de decúbito.
- Control involuntario de la vejiga y el intestino.
- Infecciones de la zona urinaria.
- Piedras en el riñón.
- Espasmos musculares.
- Dolor en las nalgas por presión.
- Pérdida de sensibilidad, tacto, dolor y temperatura.
- Función respiratoria deteriorada.

El estado físico es irreversible, pero el funcionamiento y la calidad de vida puede mejorar mucho con fisioterapia y terapia ocupacional.

1.6.1 Fisioterapia.

Se debe evaluar el "arco de movilidad" de las regiones afectadas. Para ello, primero realizamos ejercicios de estiramiento mantenido para relajar los músculos que presentan contracturas.

Los ejercicios de arco movilidad pueden ser:

Activos: cuando el paciente puede realizar el ejercicio sin ayuda.

Asistidos: cuando los músculos son muy débiles o cuando la movilidad articular produce dolor.

Pasivos: cuando el paciente no puede participar activamente.

Los ejercicios que se pueden realizar son:

Ejercicios contra resistencia progresivos

La potencia muscular se puede mejorar. Si el músculo es muy débil, la gravedad supone suficiente resistencia. Si la potencia muscular es algo mejor, es necesaria la resistencia manual o mecánica (pesos, muelles de tensión, etc.). El fisioterapeuta debe vigilar que no haya espasticidad.

Facilitación neuromuscular propioceptiva

Ayuda a promover la actividad neuromuscular en pacientes con lesión de la neurona motora superior con espasticidad. Si aplicamos una resistencia intensa al bíceps izquierdo de una persona con hemiplejia derecha, hace que se contraiga el codo derecho mediante la contracción del bíceps hemipléjico. Hay varias técnicas.

Ejercicios de coordinación

Orientados a mejorar la habilidad. Trabajan más de un músculo y de una articulación, aunque sean movimientos sencillos.

Ejercicios de acondicionamiento general

Tratan los efectos de la debilitación, el reposo en cama prolongado o la inmovilización. Ejercicios para restablecer el equilibrio hemodinámico, aumentar la capacidad cardiorrespiratoria y mantener el arco de movilidad y la potencia muscular.

Ejercicios de deambulaci3n

Intentan mejorar la marcha. Se utilizan las barras paralelas en paciente con alteraciones del equilibrio, los que tienen los músculos débiles o espásticos, los que no pueden apoyar e carga sobre una extremidad y los que presentan otras causas de inestabilidad. Se suele comenzar en las barras paralelas y luego se utiliza un andador, muletas o bastón y después sin ninguna ayuda.

En pacientes parapléjicos o cuadripléjicos con hipotensión ortostática puede ser útil una tabla inclinada. El paciente tumbado con el dorso hacia abajo (en supino) sujetado con una correas a una tabla almohadillada con un apoyo para los pies; la tabla se levanta, aumentando el ángulo de manera progresiva hasta los 85 grados en posición erecta, según la tolerancia del paciente. La duración del tratamiento no debe exceder de los 45 minutos dos veces al día.

1.6.2 Medidas Preventivas.

Profilaxis de las úlceras por presión (por decúbito)

La prevención de úlceras en la piel es de vital importancia en los lesionados medulares. Las áreas más afectadas son las nalgas, las caderas, los tobillos y talones.

Conviene movilizar al paciente cada 2 horas aproximadamente. Otras maniobras que se pueden realizar son en la posición de sentado, hacer ejercicios de descarga de las nalgas elevándose sobre los antebrazos cada 15 minutos durante 30 segundos. En los casos de tetraplejía conviene utilizar sillas motorizadas con mecanismo de reclinación que efectúa cambios de presión de los apoyos corporales.

Para reducir la presión sobre las zonas sensibles pueden utilizarse colchones inflables de presión alternante, los colchones de goma espuma en forma de huevera y los colchones de gel de silicona o agua. Si hay que aliviar la presión al máximo se pueden utilizar colchones de flotación con aire. Debe emplearse una

almohadilla protectora sobre las prominencias óseas.

Los pacientes que utilizan silla de ruedas, deben ser cambiados de posición cada 15 minutos.

La limpieza esmerada, las medidas de asepsia para evitar infecciones, el masaje suave para corregir la acumulación venosa y linfática son medidas de enfermería primordiales para evitar las úlceras en la piel.

El tratamiento de la úlcera abarca el desbridamiento mecánico con un jabón antiséptico blando y agua tibia, el desbridamiento químico con sustancias fibrinolíticas junto con el desbridamiento de los bordes muertos de la herida.

La radiación ultravioleta es bactericida y puede ayudar a la cicatrización de las úlceras. Se ha comunicado que el tratamiento de las úlceras isquémicas con un vendaje oclusivo de hidrocoloides, que se mantiene colocado durante algunos días, promueve una cicatrización más rápida que los vendajes habituales de gasa húmeda o seca.

Se deben cambiar con frecuencia las ropas de vestir y de cama. Las sábanas tienen que ser suaves, limpias y no tener arrugas. Limpiar la piel con una esponja en agua caliente y secarla con cuidado. Es importante una dieta equilibrada rica en proteínas. El cinc y la vitamina C facilitan la cicatrización.

1.7 Patologías Concomitantes.

Diabetes Mellitus Tipo 2

En los diabéticos tipo 2, la producción de insulina es normal o incluso alta, pero las células del organismo son resistentes a la acción de la insulina; hacen falta concentraciones superiores para conseguir el mismo efecto. La obesidad puede ser uno de los factores de la resistencia a la insulina: en los obesos, disminuye la

sensibilidad de las células a la acción de la insulina.

Los diabéticos tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes vasculares cerebrales.

Hipertensión Arterial Sistémica.

Tensión Alta o Hipertensión (HTA) es un término que se refiere al hecho de que la sangre viaja por las arterias a una presión mayor que la deseable para la salud.

En algunos casos, puede haber mareos, sangrado por la nariz, o dolores de cabeza, pero no necesariamente.

La mayoría de los afectados no tienen síntomas. Eso no quiere decir que no sea peligrosa: Gran parte de las muertes que se producen cada año lo son como consecuencia directa de la hipertensión o de sus complicaciones sobre el sistema cardiovascular o el riñón.

NEUMONIA La neumonía es una infección o una inflamación grave de los pulmones. Los sacos de aire de los pulmones se llenan de pus y de otro líquido dificultando que el oxígeno llegue a la sangre. Si no hay suficiente oxígeno en la sangre, las células del cuerpo no pueden funcionar bien. Debido a eso y a la diseminación de la infección por el cuerpo, la neumonía puede causar la muerte.

La neumonía no está causada por un solo agente. Puede tener más de 30 causas diferentes. Hay cinco causas principales de la neumonía:

- Bacterias
- Virus
- Micoplasmas
- Otros agentes, como el pneumocystis
- Varios agentes químicos

1.8 Intervenciones de Enfermería.

Rehabilitación

Rehabilitación, es el conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales. En contraste a la terapéutica médica clásica, la cual enfatiza el diagnóstico y tratamiento contra un proceso patológico, la rehabilitación produce múltiples intervenciones dirigidas a ambos: la causa y los efectos secundarios del daño y la enfermedad (Modelo Biopsicosocial).

La medicina del paciente discapacitado apunta a tres aspectos del proceso mórbido. Un primer aspecto que se refiere a las secuelas patológicas a nivel de un órgano, como por ejemplo, pérdida de una extremidad o cierto déficit sensorial, es lo que llamamos la Deficiencia. Un segundo aspecto funcional, la Discapacidad, que es la restricción o ausencia (secundario a la deficiencia), de la habilidad de una persona para realizar una tarea o actividad dentro de un rango considerado humanamente normal (discapacidad de marcha, de vestuario, de traslado, etc). Un tercer aspecto social, que se refiere a la pérdida de roles en relación a la discapacidad (por ejemplo el rol laboral).

La meta de los programas de Rehabilitación, es obtener el máximo nivel de independencia de sus pacientes, tomando en cuenta sus capacidades y aspiraciones de vida.

La rehabilitación consiste en una combinación de:

- Terapia física, ocupacional y del lenguaje.
- Orientación psicológica.
- Trabajo social.

El objetivo en los pacientes jóvenes es conseguir una función completa y sin limitaciones y, en los de más edad, recuperar la capacidad de realizar el mayor número de actividades cotidianas posibles.

Se determina los objetivos funcionales de cada paciente según el nivel medular afectado (nivel neurológico). El potencial funcional también depende de otros factores como:

- La edad.
- Enfermedades asociadas.
- Medios técnicos existentes.
- Motivación del paciente.

Los hospitales de rehabilitación suelen proporcionar una atención más intensiva y global, adecuada para los pacientes con potencial de recuperación y que puedan participar en programas de intervención enérgicos.

En los pacientes discapacitados, hay tendencia a la depresión y se puede perder la motivación para recuperar la función perdida. Los especialistas en salud mental, pueden ayudar a la persona a superar estos baches emocionales para que se centren en la recuperación funcional. El papel de la familia es fundamental.

Los grandes problemas en rehabilitación, son los cuidados primarios del paciente discapacitado, la rehabilitación del paciente pediátrico, los adultos y niños con discapacidades congénitas, la rehabilitación geriátrica, la espasticidad, la inmovilización, las alteraciones del movimiento, las escaras, la disfunción neurógena vesical e intestinal, discapacidad y sexualidad, emergencias en rehabilitación, problemas vocacionales.

Los métodos de manejo son los agentes físicos, los métodos de retroalimentación, infiltraciones, estimulación neuromuscular, ortesis, prótesis, prescripción de

ejercicios terapéuticos, tecnología asistida, farmacoterapia específica, nutrición, otros.

Ejemplos de rehabilitación y zonas de lesión por inmovilidad (formación de escaras).

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

Para iniciar la entrevista con un paciente, la persona que la realiza se presenta verbalmente, se solicita su colaboración y se explica sobre los objetivos y la importancia que tiene el que conste con veracidad.

La historia clínica de enfermería, “es un formato sistemático por lo común en forma de cuestionario o de lista para obtener datos importantes a cerca del paciente por medio de la entrevista, El centro de interés de la historia clínica es la reacción con la respuesta del paciente a problemas de salud reales o potenciales. Como parte de esto la enfermera revisa los antecedentes de salud del sujeto y los métodos que han sido eficaces o ineficaces para resolverlo. Los datos relativos al modo de vida del enfermo pueden ayudar a identificar factores de riesgo para la salud. La comunicación planeada y deliberada (interrogatorio) que el personal de enfermería utiliza para ayudar a identificar las necesidades de cuidados de salud del paciente se denomina comunicación terapéutica”¹⁸.

¹⁸ Ann Marrinier, El Proceso de Atención de Enfermería. Un Enfoque Científico. “planeación”, trad. Alfonso Tellez Vallejo 2a de. , México D.F., El Manual Moderno, 1983, pp 98-107.

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1 Valoración

Ficha de Identificación.

Nombre: P. O. L

Edad: 49 años

Escolaridad: Secundaria

Lugar de nacimiento: México, D.F

Religión: Católico

Estado Civil: Casado

DIAGNOSTICO. Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) isquémico y paraplejía

2.1.1 Exploración Física.

Paciente Masculino de 49 años de edad en posición semifowler, el cual se encuentra en su unidad.

A la inspección se encuentra orientado en sus esferas; físico-biológico, social, psicológica y espiritual;

Cabeza normo céfalo sin movimientos involuntarios, cabello cano corto, palidez de tegumentos, ojos simétricos, pupilas isocóricas, orejas simétricas, nariz aguileña, mucosas nasales y orales deshidratadas con sonda nasogástrica a derivación drenando contenido gástrico; boca integra, dentadura completa con presencia de residuos de comida, sarro. A la palpación se encuentra normotérmico, piel deshidratada, diaforético, buena implantación de cabello, no presentar exostosis o endostosis. Fondo de ojo sin alteraciones, conducto auditivo integro, presenta cerumen en ambos oídos, membrana timpánica sin inflamación sin secreciones, paladar integro, úvula central amígdalas sin alteración alguna. Responde a estímulos.

Cuello largo cilíndrico, traquea central con traqueostomía con fijaciones sucias la cual, presenta secreciones abundantes blanquecinas y espesas. Ganglios linfáticos no palpables, y sin molestias a la palpación;

Tórax cilíndrico, con movimiento torácico abdominales sincrónicos con la respiración, presenta un tatuaje en cuadrante superior derecho, con electrodos y monitorización continua, clavículas simétricas catéter subclavio. Presenta úlcera por presión en área sacra 2do grado, en proceso de cicatrización limpia cubierta con apósitos. De complexión delgada. tórax sin dolor a la palpación, costillas integras, columna integra indolora sin desviaciones. A la auscultación; campos pulmonares ventilados con estertores gruesos, frecuencia cardiaca sin ruidos agregados.

Abdomen sin protuberancia umbilical. sin visceromegalias visibles. Doloroso a la palpación profunda, sin masas palpables, distendido. A la percusión abdomen con sonido timpánico. Con ruidos peristálticos presentes, reflejos tendinosos presentes

Extremidades superiores simétricas, rigidez y distorsión en los arcos de movimiento en manos, venoclisis permeable en brazo derecho, sin movimientos involuntarios.

Extremidades inferiores simétricos, cicatrices en ambas rodillas. edema maleolar, sin movimientos involuntarios,

Genitales íntegros, sonda foley fijada con bolsa recolectora, la uresis presenta sedimentos. sin masas presentes.

En la auscultación signos vitales dentro de los parámetros normales,.

2.1.2 Valoración de Necesidades.

NECESIDAD DE OXIGENACION: Es un paciente con traqueotomía, que produce abundantes secreciones. Según sus familiares, no fumaba y no ingería bebidas alcohólicas. A través de la exploración física, se encontraron estertores, abundantes secreciones hialinas, campos pulmonares semiventilados y ligera rudeza respiratoria.: 24 respiraciones por minuto. Ruidos cardiacos rítmicos, sin arritmias, frecuencia cardiaca de 88 latidos por minuto.

NECESIDAD DE ELIMINACION: Evacua por lo regular 1 vez al día con características: de color café claro, semilíquidas. Micciona más de 4 veces al día abundante, de color amarilla. No utiliza laxantes para ayudar a su evacuación. No controla esfínteres debido a la paraplejia, así que utiliza pañal la mayor parte del tiempo y sus familiares hacen el cambio del mismo aunque mencionan que no siempre se percatan de cuando evacua.

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA: No realiza actualmente actividad física, ni realiza ejercicio por la paraplejia. En la exploración física se encuentra rigidez muscular y tono disminuido, no hay ningún tipo de movimientos.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL: El baño lo realizan cada tercer día (de esponja), el aseo bucal lo realiza una vez al día aparentemente sin técnica de cepillado. No realiza el lavado de manos hasta que están muy sucias y lo realizan los familiares. En la exploración física encontramos que su piel se encuentra semihidratada, con escara en región sacra, higiene bucal deficiente, cabello grasoso.

NECESIDAD DE COMUNICARSE: Vive con su esposa y sus hijos, su relación es buena. Debido a la traqueotomía, las cuerdas vocales fueron afectadas y la falta de movimiento impide que pueda comunicar sus necesidades.

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION: Su rol familiar es de padre de familia y ahora debido al EVC ya no puede desempeñarse laboralmente lo que crea un poco de angustia ya que él es quién aporta el ingreso económico.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS: No realiza actividades recreativas, jugaba fútbol.

2.1.3 Diagnósticos de enfermería.

Necesidad Afectada. Oxigenación.

Diagnóstico de Enfermería. Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionado con traqueostomía manifestado por abundantes secreciones y ligera rudeza respiratoria.

Fundamentación. Es habitual la producción de moco a través de la cánula, en los primeros días después de la intervención. Los tapones de secreciones en la cánula son frecuentes porque el aire entra sin la humedad con que lo hacía al llegar desde la nariz y boca.

Acciones de Enfermería: *Valorar la función respiratoria y tipo de respiración*

Fundamentación. El traqueostomía, que como anteriormente se explicaba, no es otra cosa más que el orificio de la piel que comunica con la tráquea, necesita de ciertos cuidados además de los reseñados como elementales de la herida quirúrgica. Posteriormente lo esencial es la limpieza, de manera muy especial para tratar de evitar la incrustación de moco seco.

Acciones de Enfermería. *Elevación de cabecera a 45°, en posición semi-fowler.*

Fundamentación. *La posición favorece la respiración y la expulsión de secreciones..*

Acciones de Enfermería: *Aspirar secreciones las veces que sea requerido*

Fundamentación. *Son maniobras que se realizan para mantener libre de secreciones la porción superior del tracto respiratorio. El paciente con tos ineficaz, no puede eliminar secreciones y requiere de aspiración. Se trata de un procedimiento estéril. La acumulación de secreciones en vía aérea artificial o árbol traqueobronquial.*

Acciones de Enfermería: *Realizar fisioterapia pulmonar (15 min. mínimo)*

Fundamentación. Es una serie de técnicas que ayudan a expulsar las secreciones de las vías respiratorias mediante procedimientos tales como; ejercicios y masaje, sea con calor, electricidad en casos de ultrasonidos, ultravioletas y radioterapia. Para así mejorar la ventilación alveolar y prevenir las complicaciones broncopulmonres en el paciente.

Evaluación. Se lograron mantener las vías aéreas permeables y gases sanguíneos en niveles óptimos. La vía aérea se encuentra libre de secreciones y mejoró la ingesta de líquidos con expectoración de secreciones.

Necesidad Afectada. Comunicación.

Diagnóstico de Enfermería. Deterioro de la comunicación verbal relacionado con traqueostomía manifestado por palabras entrecortadas, poco claras e incluso no entendibles.

Fundamentación. ¿Se puede hablar con traqueotomía?. La respuesta es contundente y positiva: sí se puede hablar con traqueotomía. Aunque la laringe se haya visto afectada y ésta haya sido la causa de la traqueotomía, siempre que quede un mínimo paso de aire es posible hablar ocluyendo el orificio de salida de la cánula fenestrada con un dedo o utilizando unas válvulas especiales que se acoplan en ese orificio. En el caso de que se haya extirpado la laringe por completo también se puede hablar, y de hecho un alto porcentaje de los pacientes lo consiguen.

Acciones de Enfermería: *Entablar comunicación por medio de gesticulaciones y expresiones corporales y motivar al paciente para que continúe expresando sus necesidades.*

Fundamentación. La sociedad en su conjunto es cada vez más comprensiva con este problema y la aceptación social de los pacientes traqueostomía ha mejorado muchísimo, aunque en este camino se debe pedir un mayor esfuerzo tanto desde el punto de vista personal como desde el colectivo e institucional.

Acciones de Enfermería: *Brindar apoyo emocional, exhortarlo a tener paciencia empleando todas las formas posibles para comunicarse con el paciente.*

Fundamentación. La traqueostomía altera la emisión del sonido de voz, para transmitir. Implementar un sistema de símbolos, debido a que es un paciente con traqueostomía.

Evaluación. Los familiares obtuvieron una mejor comunicación y asistencia a las necesidades del paciente. Identificaron las señales generales para la comunicación.

Necesidad Afectada. Movilidad y Postura.

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de atrofia muscular relacionado con paraplejia, pocos cambios posturales y adinamia.

Fundamentación. Las personas que están postradas en la cama pueden presentar un desgaste muscular significativo; igual como ocurre con los astronautas que, libres de la fuerza gravitacional de la tierra, pueden desarrollar una disminución del tono muscular y descalcificación ósea pocos días después de la ingravidez.

Acciones de Enfermería. *Asistir al paciente para desplazarse, incluyendo la movilidad en cama.*

Fundamentación. La movilización de un paciente y su transferencia a diferentes sitios, está apoyada en la fundamentación científica de las normas relativas a la mecánica corporal.

Acciones de Enfermería. *Movilidad en las articulaciones .y ejercicios pasivos y activos según tolerancia.*

Fundamentación. Los movimientos pasivos son los producidos al paciente, sin que realice esfuerzo; los activos son realizados voluntariamente por el paciente y sin ayuda; los asistidos son los que ayudan al paciente a estimular articulaciones, mediante personal o aparatos.

Acciones de Enfermería. Mantener alineamiento anatómico.

Fundamentación. La alineación corporal es determinante en toda actividad funcional tanto el personal de salud, como del paciente, para evitar lesiones neuro-músculo-esqueléticas. La posición es la alineación de segmentos orgánicos que se adecua en forma intencional con fines de comodidad, diagnósticas o terapéuticas.

Acciones de Enfermería. Mantener barandales arriba para prevención de caídas.

Fundamentación. Existen dispositivos que apoyan y ofrecen seguridad del paciente con problemas músculo-esqueléticos. La seguridad en su manejo depende del grado de conocimiento en relación a su construcción e instrucción de uso. Como en este caso el uso de barandales para evitar un traumatismo sobre pacientes discapacitados o confusos.

Evaluación. Se moviliza y desplaza sin riesgo de caída. Los familiares interactúan con mayor frecuencia en la movilización adecuada del paciente.

Necesidad Afectada. Higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería. Alteración de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad y manifestado por escara en área sacra.

Fundamentación. Son lesiones de la piel que se originan cuando existe una presión mantenida sobre un plano o una prominencia ósea. Cursan con una degeneración rápida de los tejidos, por la disminución de oxígeno en la zona afectada como resultado de un deficiente riego sanguíneo. Las úlceras por presión

aparecen en zonas con escaso tejido subcutáneo o donde existen prominencias óseas en contacto con el colchón o cualquier superficie dura.

Acciones de Enfermería. Realizar cambios posturales cada 2 horas.

Fundamentación. La prevención de úlceras en la piel es de vital importancia en los lesionados medulares. Las áreas más afectadas son las nalgas, las caderas, los tobillos y talones. Conviene movilizar al paciente cada 2 horas aproximadamente. Otras maniobras que se pueden realizar son en la posición de sentado, hacer ejercicios de descarga de las nalgas elevándose sobre los antebrazos cada 15 minutos durante 30 segundos.

Acciones de Enfermería. Realizar la curación de la escara

Fundamentación. La curación de heridas, fomenta la limpieza para prevenir infecciones al impedir la entrada de microorganismos patógenos. La correcta asistencia protege, además, la superficie cutánea de la maceración y escoriación por el contacto con exudado. Los métodos principales para tratar una herida son el uso de apósitos.

Acciones de Enfermería. Vigilar signos de infección, como fiebre, exudado abundante, y olor fétido de la úlcera.

Fundamentación. La hiperemia es reversible si se reduce completamente la presión, con lo que se permite la perfusión de los tejidos y la eliminación de los productos de desecho.

Acciones de Enfermería. Cambio de apósito y frecuencia de las curaciones.

Fundamentación. La principal dificultad para la epitelización de las úlceras

consiste en que el tejido necrótico se quede retenido en la superficie, es importante la limpieza total del material necrótico para favorecer la aireación y evitar la proliferación bacteriana)

Acciones de Enfermería. *Hidratar y lubricar la piel constantemente, manteniéndola limpia y seca.*

Fundamentación. La piel nos protege de traumatismo físicos debido a la resistencia que presenta la capa córnea. Por eso es de gran importancia la hidratación en todo el cuerpo para evitar laceraciones de la piel.

Evaluación. La lesión en el área sacra mejorará y la cicatrización será más rápida. Se promoverá el cambio postural en casa y la familia aplicará estos eficazmente.

Necesidad Afectada. *Higiene y protección de la piel*

Diagnóstico de Enfermería. Inadecuada higiene bucal y cutánea relacionado con inmovilidad de miembros superiores, manifestado por presencia de residuos de comida y suciedad en la piel.

Fundamentación. Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño e higiene, debido a características definitorias como; incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo a causa del deterioro neuromuscular.

Acciones de Enfermería. *Asistirlo en el baño.*

Fundamentación. El baño es una práctica higiénica que toda persona debe

realizar y cuando el individuo esta enfermo, se debe extremar. Además de su valor de limpieza, estimula la circulación sanguínea, provoca un estado de bienestar en la persona, es refrescante y relajante y ayuda a la autoestima del individuo

Acciones de Enfermería. *Realizarle cambio de ropa de cama y de pijama.*

Fundamentación. Uno de los cuidados más importantes que se prestan al paciente, son los que se refieren a su higiene personal. Esto conlleva a unos efectos beneficiosos, a conservar la piel limpia y en buen estado y cambio de ropa de cama constante, permitiendo conseguir un aceptable grado de bienestar y prevenir la aparición de infecciones.

Acciones de Enfermería. *Ayudarle a vestirse y peinarse.*

Fundamentación. En el aseo personal, entendemos las medida higiénicas que toma el individuo para conservar limpia y en buen estado su apariencia física, tanto en su arreglo personal como en su forma de vestir.

Acciones de Enfermería. *Proteger de riesgos o daño a su integridad física.*

Fundamentación. Al movilizar al paciente para lavarlo, se debe procurar que los movimientos no sea bruscos y cerciorarse que no existan contraindicaciones o riesgos para el enfermo. Debe tenerse especial cuidado cuando la persona experimente dolor, sea un anciano, se encuentre afectada alguna parte del sistema osteomuscular, exista pérdida o trastorno de conciencia o el paciente tenga puestas sondas o drenajes.

Acciones de Enfermería. *Respetar su individualidad y espacio corporal*

Fundamentación. Se modifica el ambiente hospitalario para respetar intimidad del paciente y tener la oportunidad de observar la familia y ser parte de ella.

Evaluación. Su higiene corporal mejorará notablemente. La familia se integrara al aseo bucal y corporal.

Necesidad Afectada. Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería. Riesgo de infección cutánea en región perianal y genital relacionado con control ineficaz de esfínteres.

Fundamentación. Sería un riesgo que la piel se vea negativamente afectada por el contacto con heces fecales o la humedad constante de la uresis.

Acciones de Enfermería. *Realizar el cambio oportuno de pañal y la limpieza minuciosa de la piel.*

Fundamentación. Son cuidados vitales para mantener el confort del paciente siguiendo un plan de cuidados individualizado revisando diariamente hábitos defecatorios.

Evaluación. Luego de la intervención, la persona debe ser capaz de conservar la integridad de la piel.

2.1.4 Planeación, Ejecución y Evaluación.

Planeación. El establecimiento juicioso, cuidadoso y deliberado de objetivos para asistir al paciente es vital, por ello, una vez recogidos los datos del paciente durante el proceso de valoración, se establecen objetivos a corto y largo plazo, estableciendo prioridades y tomando decisiones relativas a las medidas

específicas para resolver problemas, por ello se realizó la siguiente planeación general; mantenerlo en posición semifowler, auscultar campos pulmonares, aspiración de secreciones por razón necesaria, baño de esponja, lubricación cutánea, realizar la limpieza de estoma de traqueostomía, curación de catéter mantener limpia y seca la piel que se encuentra en la periferia de la traqueostomía, curación de escara en zona sacra, proteger salientes óseas, limpieza de cavidad oral, cambio de fijación de sonda foley, cambio de ropa, cambios de posición cada 2 horas, fisioterapia pulmonar, aspiración de secreciones, asistencia en la alimentación, estimular o motivar la comunicación con el personal de salud y familiares, brindar apoyo emocional, realizar terapia física, explicar al paciente los beneficios del tratamiento integral para su mejoría y que de esta manera coopere con el personal de salud. Toma y registro de signos vitales. Ministración de medicamentos. Tomar medidas universales y técnicas estériles para la prevención de infecciones.

Ejecución. En esta etapa del Proceso de Atención de Enfermería, se realizaron las acciones encaminadas a ayudar al paciente, tal y como se previeron en la planeación. Al ejecutar tales acciones, tuve que coordinarme con los demás integrantes del equipo de salud. En esta fase de intervención directa y como parte directamente responsable de la puesta en práctica del plan de asistencia, se debe tener en cuenta el papel de coordinación que como enfermera corresponde del equipo sanitario, teniendo como fundamento la prestación de cuidados al paciente, delegando en determinado momento la responsabilidad para estos cuidados al personal adecuado. Es necesario apuntar que tanto el paciente como sus familiares, tuvieron la accesibilidad necesaria para adoptar las acciones de enfermería propuestas y ejecutadas contribuyendo ambas partes a la mejoría del paciente en su propio beneficio.

CONCLUSIONES

El tratar un caso clínico a través del Proceso Atención de Enfermería, nos permite conocer de forma integral las necesidades y/o problemas con los que cursa un individuo ante un padecimiento particular, contribuyendo con ello, en su tratamiento en forma oportuna y eficaz en cualquiera que sea su desenlace.

A través del Proceso Atención Enfermería, podemos sistematizar y jerarquizar cada una de las necesidades y/o problemas ocasionados por el padecimiento, con el fin de brindar una atención integral óptima y de calidad al paciente que requiera de los servicios de enfermería.

Una vez que se realizó de manera general el proceso de enfermería, presentando a través de un caso clínico permite en primer lugar, un acercamiento a las etapas que conforman el proceso, así como la relación y la importancia que tiene el proceso de investigación y método científico en la valoración al individuo sano o enfermo.

La oportunidad de tener esta experiencia personal y profesional con este caso clínico, fue gracias a las facilidades ofrecidas por el personal del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Secretaría de Salud, ya que durante mi estancia como prestadora de servicio social tuve la oportunidad de llevar a la práctica profesional los conocimientos de enfermería adquiridos a lo largo de la carrera, esto me dio oportunidad de iniciar y concluir todo el proceso. El interés que el caso me ocupó, generó desde entonces la idea de plasmarlo como tema de opción para sustentar mi examen profesional.

El desarrollo de este Proceso de Atención de Enfermería, me permitió reforzar la convicción de la importancia de contar con un modelo que guíe la práctica de enfermería, tal es el caso de la propuesta de Virginia Henderson, quien propone un instrumento de valoración de las 14 necesidades del paciente que ayude a la realización de un cuidado más integrador. En este caso, se logró identificar los

problemas y necesidades a un paciente con Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC), así como la planeación y ejecución de los cuidados. Se consolidó el trabajo interdisciplinario integrando instrumentos dirigidos a su cuidado integral considerando a la persona y su entorno.

La máxima satisfacción y confortamiento que debe tener el personal de enfermería ante los diferentes desenlaces de cualquier proceso patológico, es el saber por él mismo, que se realizó el mayor esfuerzo humano posible para sacar adelante al paciente.

SUGERENCIAS

La enfermera puede organizar y sistematizar esta atención con intervenciones que sean precisas, adecuadas y oportunas. Que se centren en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de los individuos o grupos y las alteraciones de salud reales o potenciales y hacer promoción de los cuidados, recuperación o ayuda con independencia del entorno.

El proceso de atención de enfermería, es la resolución científica de problemas dirigidos a los cuidados de enfermería donde se utilizan diferentes etapas para llevar a cabo una atención de calidad, así como presenta algunas condiciones sobre el método de solución de problemas, mismo que permite la capacidad de discusión en las prácticas profesionales de enfermería.

Por ello, es de suma importancia conseguir homogeneizar los planes de estudio de las escuelas de enfermería para que la enseñanza ponga un mayor énfasis en el Proceso de Atención de Enfermería, ya que de esta manera, se vera reflejado en el mejor cuidado de enfermería que brinden las nuevas generaciones de profesionistas a sus clientes. Asimismo, promover en las instituciones de salud que el personal de enfermería se actualice constantemente en este proceso y lo aplique como parte de su ejercicio profesional diario y se logre identificar claramente, las necesidades reales de la persona, familia y comunidad, pues como sabemos estos procesos pueden ser aplicados en todos los niveles de atención.

ANEXOS.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS NECESIDADES BASICAS EN EL ADOLESCENTE Y EL ADULTO

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: <u> P.O.L. </u>	Edad: <u> 49 </u>
Sexo: <u> Masculino </u>	
Fecha de nacimiento: <u> 14 de Noviembre de 1956 </u>	
Escolaridad: <u> Secundaria </u>	
Ocupación: <u> Obrero </u>	
Estado civil: <u> Casado </u>	
Lugar de residencia: <u> México, D.F. </u>	
Diagnostico Medico: <u> EVC </u>	

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION:

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

 Traqueostomia

¿Cuál es su opinión en relación con el acto de fumar? Que como el no fumaba no le llamaba la atención.

¿Usted fuma? no ¿desde hace cuanto tiempo? xx

¿Qué cantidad de cigarrillos fuma al día? xx

¿Cómo influye su estado emocional en el acto de fumar? xx

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? no ¿En que forma? xx

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? lo evita

Fármacos específicos: no

Otros: _____

Exploración Física Pulmonar (inspección, auscultación, palpación, percusión):

Tórax cilíndrico, con movimiento torácico abdominales sincrónicos con la respiración, presenta un tatuaje en cuadrante superior derecho, con electrodos y monitorización continua, clavículas simétricas catéter subclavio. Presenta úlcera por presión en área sacra 2do grado, en proceso de cicatrización limpia cubierta con apósitos. De complejión delgada. tórax sin dolor a la palpación, costillas integra, columna integra indolora sin desviaciones. A la auscultación; campos pulmonares ventilados con estertores gruesos.

Exploración Física Cardiovascular: Frecuencia cardiaca sin ruidos agregados

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION:

¿Qué alimentos consume regularmente? pollo, verduras, carnes rojas y frutas

¿Cuántas veces se alimenta al día? 3 x 7 ¿Qué alimentos prefiere? carnes rojas

¿Qué alimentos le desagradan? cebolla cruda

¿Tiene problemas para masticar o deglutir? Si ¿Cuáles? imposibilitado debido a la traqueostomia

¿Ha presentado trastornos digestivos posteriores a la ingestión de alimentos?
no

¿Cuáles? xx

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? no ¿Cuáles?
xx

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? no influye

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? no ¿de que manera? xx

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? si ¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? 70%

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? no ¿Cuáles? xx

Fármacos: xx

Otros: _____

Exploración Física Gastrointestinal: Peso 50 kg Talla: 160 cm. Índice de masa corporal

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

¿Cuántas veces evacua al día? 2 ¿Qué características tienen sus heces?
consistencia SL, Color café, Olor Fétido

¿Cuántas veces micciona al día? 3 ¿Qué características tiene su orina? color ámbar moderada cantidad, olor suigeneris

¿Qué características tiene su menstruación? no

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o micción? no

¿Cuáles? xx ¿Padece algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? no

¿Cuál? xx

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación, intestinal o urinaria? no influye

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? no influye

Fármacos: xx Otros: xx

Exploración Física en la eliminación (inspección, auscultación, palpación, percusión):

Abdomen sin protuberancia umbilical. sin visceromegalias visibles. Doloroso a la palpación profunda, sin masas palpables, distendido. A la percusión abdomen con sonido timpánico. Con ruidos peristálticos presentes, reflejos tendinosos presentes

4.- NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA:

¿Cómo es su actividad física cotidiana? no realiza

¿Realiza ejercicio? no ¿Qué tipo de ejercicio? xx

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? xx
¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? xx
¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y postura? si ¿Cuál?
parapleja
¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? almohadas
¿De que tipo? de alpiste
¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? no influye
¿Cómo influye su estado de ánimo para la realización de ejercicio? xx
Fármacos específicos: xxx
Otros: xx

Exploración Física (inspección, palpación): Extremidades superiores simétricas, rigidez y distorsión en los arcos de movimiento en manos, venoclisis permeable en brazo derecho, sin movimientos involuntarios.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

¿Cuánto tiempo destina para descansar? 8hrs ¿Cuántas horas duerme?
8hrs ¿Se duerme fácilmente? no ¿Cree tener alteraciones del sueño?
si ¿A que considera que se deban estas alteraciones? mala
postura al dormir
¿Ronca ruidosamente? no ¿Usted cree que el roncar es un problema de salud?
si
¿Qué ha hecho para solucionarlo? xx
¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? el hecho de no estar
en su hogar ya es un factor para que no pueda conciliar el sueño fácilmente
¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y sueño? no
existe ningún sitio de esparcimiento cerca de la casa que habita.
¿De que manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? xx
Fármacos o sustancias específicas: xx

Otros: _____

Exploración Física (Inspección, fascies, expresión corporal, escala del dolor):

Se encuentra con palidez de tegumentos, sin presencia de ojeras, su fascie tranquila, relajada.

6.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? si ¿En que medida?
dependiente

¿Elige su vestuario en forma independiente? no ¿Por qué? Debido a su estado de paraplejia, esto le impide elegir un determinado estilo de ropa

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de prendas de vestir? no influye

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? Dependiendo del estado climático se adapta a los diferentes estados del tiempo, es decir, si hace frio utiliza prendas mas acogedoras como suéter y abrigo y si hace calor usa ropa mas ligera, entre ellas short y camisetas

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? No influye

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? Cada quien tiene una forma propia y respetable sobre el estilo de vestir.

Exploración Física: Dentro del hospital se observa que cuenta con una pijama proporcionada por los familiares y de igual manera utiliza la bata proporcionada por la institución.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION:

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? No influyen

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted vive, estudia o trabaja?
Ambiente (36ª)

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? Utilizando ropa específica para cada cambio climático

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? Estar en lugares sin corrientes de aire y utilizar aditamentos (ropa) para moderarla.

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? No ¿Cuál? xx

Fármacos: xx

Otros: _____

Exploración Física (inspección, palpación, tomar temperatura corporal): _____

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

¿Con que frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? diario

¿A que hora del día prefiere bañarse? Medio día (12:00 hrs)

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 2 ¿Cómo se lava los dientes? con algodón y bicarbonato

¿En que casos se lava las manos? xx

¿Con que frecuencia se realiza el corte de uñas? cada semana

¿Cómo lo hace? Con cortauñas

¿Qué aspecto de la higiene considera más importantes?

El baño, cambio de ropa interior y exterior y cepillado dental

¿Qué significa para usted la higiene? Estado en el que una persona se encuentra limpia

Fármacos o sustancias: XX

Otros: _____

Exploración Física (inspección y palpación): boca integra, dentadura completa con presencia de residuos de comida, sarro.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? Si ¿Qué vacunas no le han aplicado? _____

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? Exploración testicular

¿Con que frecuencia se realiza autoexploración física? Cada mes

¿Tiene vida sexual activa? No ¿Qué preferencia sexual tiene? heterosexual

¿Utiliza algún método de protección? N.A. ¿Cuál? _____

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual? No

¿Cuál? N.A.

¿Toma bebidas alcohólicas? No ¿desde cuándo y con qué frecuencia? xx

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? Produce daños y secuelas graves en las personas que toman con frecuencia

¿Consuma usted drogas? No ¿de que tipo? xx

¿Desde cuando y con que frecuencia consume drogas? xx

¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas? xx

¿Ha tomado fármacos o “remedios” sin prescripción medica? No ¿Qué fármacos? xx

¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? Si ¿Cuál? EVC

¿En el lugar donde usted vive, estudia, trabaja; existen peligros que le pudieran provocar daños en su salud? No ¿Cómo cuales? XX

¿Cómo reaccionaria usted ante una situación de urgencia? Actuando con calma y pensando las cosas antes de reaccionar

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? no correr, no gritar, no empujar.

¿Cómo maneja una situación de stress? Enfrentándola

Otros: _____

Exploración Física (inspección, determinar discapacidad auditiva, visual, sensorial o motriz):

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE:

¿Con quien vive? Esposa e hijos

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? tiene buena relación

¿Pertenece a algún grupo social? No ¿A cual? xx

¿Durante cuanto tiempo esta solo? Nunca

¿Tiene pareja? Si ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja?
buena

¿Padece algún problema relacionado con la comunicación? si ¿Cuál? Uso de la traqueostomía

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? no ¿de que tipo?
xx

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo; que le limiten la comunicación con los demás? No ¿Cuáles? xx

Fármacos: _____

Otros: _____

Exploración física : _____

11.- NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES:

¿Tiene alguna creencia religiosa? si ¿Cuál? católico

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? Que es importante creer en algo y tener mucha fe para salir adelante.

¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? Cada domingo

¿Tiene algún problema que le impide o limite, a asistir a su centro religioso? Si ¿De qué tipo? paraplejia

¿Sus creencias religiosas pudieran interferir en su salud? no ¿Por qué? No prohíbe ningún tipo de intervención medica (transfusión, operaciones, etc)

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? No ¿Por qué? xx

¿Qué significa para usted un valor? Lo básico que tienen los seres humanos, que les enseñan sus padres.

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de vivir? Si ¿Por qué? Me comporto de la forma en que pienso y digo las cosas que no me parecen. Soy sincero.

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? Un ciclo y algo por lo cual todas las personas tenemos que pasar. Nacemos para morir.

Otros: _____

Exploración Física (inspección, ver si cuenta con imágenes religiosas):no cuenta con imágenes.

12.- NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION:

¿Cuál es su rol familiar? Padre de familia ¿Esta satisfecho con el rol que desempeña? si

¿Por qué? Me siento importante y reconocido

¿Qué significado tiene participar en el ingreso económico familiar? Te hace sentirte útil

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? si

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? Espero poder recuperarme para continuar conviviendo con mi familia y amigos.

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? Ya no participa

¿Realiza alguna actividad altruista? No ¿de que tipo? xx

¿Esta satisfecho con su manera de pensar y actuar? Completamente.

Exploración física: _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? no

¿Por qué? por la hospitalización ¿En qué forma influye su estado de animo para jugar y realizar actividades recreativas? xx

¿Qué juegos o actividades recreativas realiza? xx

¿Con que frecuencia? xx

¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas?

xx

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? xx

Fármacos: xx

Otros: xx

Exploración física (inspección): xx

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? si ¿de que tipo? EVC

¿Qué significado tiene para usted la escuela? Es importante para aprender

¿A que tipo de escuela asiste? Actualmente ya no estudio

¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en este ultimo trimestre? xx

¿A que cree usted que se deba ese rendimiento? xx

¿Cómo influye la relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? xx

¿Con que fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? biblioteca

¿Sabe utilizar esas fuentes de apoyo? si

Identifique las fuentes de apoyo para la comunidad: biblioteca, centro de salud

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Luis Martín. Fundamentos del Diagnóstico, Ed. Méndez Cervantes. México, 1976, 788 pp.

ALPASCH JG. Cuidados Intensivos en el Adulto. 4ªed. Ed. Interamericana. México 1996; 350.

BARINAGARRENTERIA, Adaltz, Fernando. Enfermedad Vasculat Cerebral. 1º ed. Ed. El Manual Moderno. México, D.F., 2003, 536 pp.

CARPENITO L. Planes de cuidado y documentación en enfermería, Diagnósticos de enfermería y problemas asociados Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. México 1994; 100-109.

CASAS Parera, Ignacio. Manual de Neorología. 2ª ed. Ed. Grupo Guía. Colombia, 2005. 298 pp.

CHIPPS EM. Trastornos Neurológicos Ed. Mosby Doyma. Barcelona 1995; 68-81. Diagnósticos enfermeros de la NANDA, Definiciones y Clasificación. 1999-2000. Ed. Harcourt. España 1999; 1-5

Diccionario General Mosby, Ediciones Harcourt, Madrid, 2003. 2026 pp.

KOZIER B. Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería, 2º ed, México, Ed. Interamericana, 1992, 654 pp.

Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2002. © 1993-2001 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

GORDON M. Diagnóstico Enfermero Proceso y Aplicación. Ed. Mosby Doyma. 3ª ed. México1996: 620 pp.

LEWIS, Heitkemper. Enfermería Medico-Quirúrgica. Valoración y Cuidados de Problemas Clínicos, 6ª ed., volumen I

LONG, C. Barbara. Enfermería Medico- Quirúrgica, 3a ed. febrero 1997 Manual Merck, Ed. Harcourt, Madrid, edición del centenario 2000, 789 pp.

MARRINER, Ann, Tomey Modelos y Teorías en Enfermería 3ª.ed. España 1994. Ed. Mosby/Dayma libros, 530 pp.

MORAN, Victoria, Mendoza, Alba, Modelos de Enfermería 1ª.ed. México 1993, Ed. Trillas, 196 pp.

PIRIZ Campos, Rosa. Enfermería Medico-quirúrgica. Madrid, 2001, 1743 pp.

ROSALES, Susana; Fundamentos de Enfermería. 2º ed. Ed. Manual Moderno, México 1999, 556 pp.

SALCMAN, Michael. Urgencias Neurológicas. ed. Ed. El Manual Moderno. México D.F., 1982, 269 pp.

URDEN DL, Lough ME, Stacy KM. Cuidados Intensivos de Enfermería. Vol. 1. 2ª ed. México. Mcgraw-Hill Interamericana, 1999; 288-293. pp

WEINER L., Howard. Neurología. 1º ed. Ed. Limusa. México. 231 pp.

YURA, H, Walsh, M.B. El Proceso de Enfermería: Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación 3ª.ed. México 1981, Ed. Alambra, 221 pp.