



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

*REALIZADO A UN ADULTO CON ALTERACIÓN EN LAS
NECESIDADES DE, OXIGENACIÓN, NUTRICION E
HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN, MOVERSE Y MENTENER
UNA BUENA POSTURA, DESCANSO Y SUEÑO,
TERMORREGULACIÓN, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA
PIEL, EVITAR PELIGROS Y COMUNICACIÓN.*

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

ÁLVAREZ PACHECO MÓNICA

N°. Cta 403070954

ASESOR

LIC. MARTHA B. COPCA GARIBAY

México, Julio 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.

AL CREADOR: *Por todo lo que soy y lo que tengo, por darme la dicha de llegar al termino de mis estudios y ver realizado uno de mis anhelos, la culminación de mi carrera.*

A MI MADRE: *Por darme la vida y guiarme durante este largo camino, sobre todo por confiar en mí.*

A MIS HERMANOS:

JHONNY: *Gracias por brindarme tu apoyo emocional y económico en todo momento que he necesitado.*

LUCY: *Eres un gran ejemplo para mí, con tus consejos y exigencias me motivaste y enseñaste que la vida es una búsqueda de lo que deseamos.*

IVONNE: *Haz estado conmigo en todo momento, hemos compartido felicidad, tristeza y angustia, eres una hermana que me enseñó a luchar en todo momento por lo que quiero. Sin tu apoyo incondicional jamás lo hubiera logrado.*

A MIS TÍOS SUSANA Y MOISES: *Por brindarme su confianza y apoyo para lograr terminar este periodo, y por que se que en cualquier momento están dispuestos a apoyarme.*

A MI PROFESORA MARTHA: *Por guiarme durante la carrera enseñándome el significado de nuestra profesión, es un ejemplo que deseo seguir. Gracias por su aportación para la culminación de este trabajo.*

A TODOS: *Aquellos que no he mencionado pero que han influido en mi vida.*

ÍNDICE

PÁG

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
METODOLOGÍA DEL TRABAJO	4
CONTENIDO	
1. MARCO TEÓRICO	5
1.1 ¿QUÉ ES EL HOMBRE?	5
2. ENFERMERÍA EN EL TIEMPO	7
3. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	9
4. PRINCIPALES ESCUELAS DE ENFERMERÍA	11
4.1 ESCUELA DE LAS NECESIDADES	11
4.2 ESCUELA DE LA INTERACCIÓN	11
4.3 ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES	12
4.4 ESCUELA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	12
4.5 ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO	13
4.6 ESCUELA DEL CARING	13
5. PARADIGMA Y METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA	14
5.1 CATEGORIZACIÓN	15
5.2 INTEGRACIÓN	18
5.3 TRANSFORMACIÓN	19
6. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA	22
6.1 FILOSOFÍAS DE ENFERMERÍA	23
6.2 MODELOS CONCEPTUALES	28
6.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA	30
7. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	33
7.1 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	34
7.1.1 VALORACIÓN	34
7.1.2 DIAGNÓSTICO	38
7.1.3 PLANEACIÓN	39
7.1.4 EJECUCIÓN	40

7.1.5 EVALUACIÓN	40
8. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADO A UN ADULTO CON ALTERACIÓN EN SUS NECESIDADES BÁSICAS	42
8.1 SÍNTESIS VALORATIVA POR NECESIDAD	43
8.2 FICHA DE IDENTIFICACIÓN	43
8.3 PRESENTACIÓN DEL CASO	43
8.4 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA	50
8.5 DIAGNÓSTICOS, PLAN DE CUIDADOS, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	51
EVALUACIÓN	81
CONCLUSIÓN	82
GLOSARIO	84
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA	86
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	87
ANEXOS	89
ANEXOS I INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	90
ANEXOS II PATOLOGÍA DE LA ENCEFALITIS VIRAL	101

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras son las responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades de las personas ante las diversas alteraciones en la salud. Cuidar a las personas, independientemente de su edad, su género, condición o ideología, es la esencia del trabajo que realizan las enfermeras en el ámbito en el que se les requiera.

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático por medio del cual se puede obtener información e identificar los problemas reales y potenciales del individuo, familia y la comunidad, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar el cuidado .

El presente proceso de Enfermería se ha realizado a un adulto maduro “con afección neurológica”, estado por el cual se han comprometido sus necesidades básicas y demandan del cuidado de Enfermería dependiente, independiente e interdependiente.

El contenido de este trabajo se ha estructurado de la siguiente manera: en primer lugar se expone un acercamiento conceptual de orden filosófico entorno al hombre por ser éste el que demanda y en quién recaen los cuidados enfermeros.

Posteriormente se abordan de manera sintéticas las bases conceptuales de la disciplina Enfermera, se continúa con el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería, y se finaliza con la conclusión donde se exponen aspectos relacionados con el aprendizaje logrado.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo es realizado con la finalidad de conocer los cuidados específicos que se brindan en un paciente con el padecimiento de Encefalitis Viral, el índice de presentación a nivel mundial de esta afección es de 150 a 3,000 casos nuevos por año. Cerca del 90% de todas las encefalitis a nivel mundial corresponden al enterovirus el cual se disemina directamente de persona a persona, afecta a todas las edades y a todas las razas sociales. El cuidado a este tipo de pacientes es altamente complejo y la información que existe al respecto es limitada, por ello se aborda a un paciente con esta enfermedad.

Realizar el Proceso de Atención de Enfermería es importante, pues es un método que guía el cuidado de manera racional y lógica, lo cual permite que la paciente se vea beneficiada al recuperar su salud o limitar sus secuelas y porque además propicia la recuperación de las bases teóricas que sustentan el ejercicio profesional al tiempo que suscita la reflexión sobre el mismo.

OBJETIVO GENERAL

- Proporcionar cuidados de enfermería integrales a la paciente con alteración en sus necesidades básicas, secundaria a un compromiso neurológico, para que ésta recupere su salud o limitar las secuelas incapacitantes y con ello propiciar una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar un instrumento de valoración orientado en la filosofía de Virginia Henderson e identificar alteraciones en las necesidades básicas.
- Elaborar distintos diagnósticos de enfermería en forma exitosa para mejorar la salud de la paciente.
- Implementar el cuidado requerido de manera sistemática.
- Evaluar el cuidado implementado y el aprendizaje del familiar para continuar el cuidado en casa.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El siguiente trabajo inicia su realización con la selección de una persona, ubicada en el segundo piso, en la cama 211 del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, en el periodo del 24 de abril al 07 de mayo del año en curso, a quién se realizó la valoración clínica de enfermería, por medio de la aplicación del instrumento de valoración de las necesidades básica, diseñado por la Academia de Enfermería del Adolescente Adulto y Anciano I y II de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Con el propósito de fundamentar el caso clínico, se procedió a realizar la recopilación, lectura y análisis de distintos documentos de orden filosófico, disciplinar (que incluyen aspectos biológicos, farmacológicos, psicológicos, entre otros), y metodológico.

Una vez concluída la actividad antes mencionada se procede al diseño e implementación del plan de cuidados y concluye con la evaluación del mismo.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 ¿QUÉ ES EL HOMBRE?

¿Porqué preguntarse sobre el hombre en enfermería?, ¿Por qué es importante aclarar el concepto de hombre?, ¿Tiene algo que ver este concepto con enfermería?, ¿Cuál es la relación entre ellos?, ¿Es necesario retomarlo?

Interrogarse sobre el hombre en enfermería es fundamental, ya que es el centro de análisis y reflexión para esta disciplina, pues consiste en brindar los cuidados necesarios, en salud o enfermedad, dependiendo de la necesidad que se presente alterada en cada ser humano.

De esta manera encontramos que; Aristóteles define al hombre como “Un animal racional o como un animal que tiene razón o palabra”¹, un compuesto natural, en donde la relación entre alma y cuerpo está representada por un lazo fuerte e indisoluble de necesidad mutua, ya que es la coordinadora principal del cuerpo.

Por su parte, Platón menciona: “lo real y verdaderamente humano se encontraba en el alma”.² Para él, el alma es la esencia humana y el cuerpo un instrumento a su servicio. Es por ello que entendemos que para este filósofo griego el ser humano era un alma racional encadenada a un cuerpo material y sensible, el cual buscaba salir de él para regresar a un estado original de perfección a través de una continua lucha por el logro de mayores y perfectos conocimientos, evitando caer en los apetitos de su ser. De donde se concluye que la función prioritaria de todo ser humano ha de ser el cultivo de su inteligencia como un deber moral por el rescate de su alma de lo terrenal.

¹ VILLA C. Filosofía Cultural. Pag. 14

² VILLA Op. Cit. pág.17

Es por lo anterior que retomar el concepto de hombre en enfermería es elemental, ya que como ser vivo, ha tenido siempre la necesidad de cuidados, y “cuidar es un acto de vida que tiene como finalidad permitir que la vida continúe y se desarrolle luchando contra la muerte”.³

Hablar del hombre es necesario porque permite conocer el objeto de estudio de la enfermería, el cual enfoca su naturaleza del cuidado de la salud, concentrándose en las experiencias individuales y sociales. Lo que nos lleva de la mano con la antropología, ciencia que se interesa por esas relaciones y los valores que las subyacen. La antropología surgió para estudiar al ser humano en los más diversos campos, donde desarrolla su actividad tanto física como socio-cultural.

De igual forma, es necesario retomar otra ciencia que estudia al hombre en su medio social y cultural, puesto que la sociología no solamente estudia la sociedad como suma de individuos, si no que estudia múltiples interacciones de dichos individuos que son los que dan vida y existencia a la sociedad.⁴

Con estos puntos podemos concluir que el hombre es un ser único, con capacidad de razonar para actuar según sus convicciones, el cómo se desarrolle depende del ambiente donde se encuentre, tomando siempre en cuenta sus principios, valores, creencias, cultura y educación. Esto es importante en enfermería, ya que los cuidados son dirigidos a personas únicas, con distintos sentimientos y necesidades materiales, de ahí la gran importancia de respetar el pensamiento de cada una de ellas.

³ COLLIERE Promover la Vida. Pág. 5

⁴ DONAHUE. La Historia de la Enfermería. Pág. 14

2. ENFERMERÍA EN EL TIEMPO.

Abordar la temporalidad en Enfermería obliga a regresar al año 1500 d.C., pues es en la Edad Media cuando se organizan las órdenes monásticas, fundándose la orden de las hermanas Agustinas; consideradas la primera orden de enfermería, la cual era puramente sanitarista, creada para el servicio público.

Más tarde, con el surgimiento de la Reforma Protestante, el interés por la Iglesia y la religión decae grandemente dando origen también a un periodo oscuro para la enfermería, donde la atención del enfermo se delega a mujeres inmorales sin ninguna preparación quienes ejercen como enfermeras, dedicándose a las labores domésticas hospitalarias, cubriendo jornadas de 12 a 40 horas.

Al finalizar el año 1800 d.C., se produce una reforma de los servicios de enfermería en Estados Unidos y Canadá, es entonces cuando se abren escuelas de enfermería que ponen en marcha programas de formación adecuados.⁵

Durante la Guerra de Crimea, conflicto bélico entre el Imperio Ruso dirigido por los Romanov y la alianza del Reino Unido, Francia, el Imperio Otomano y el Reino de Piamonte y Cerdeña, que se desarrolló entre 1854 a 1856, aparece Florence Nightingale, quien dirigió sus esfuerzos a la conversión de la enfermería en una profesión respetada; creó también medidas sanitarias preventivas enseñando a la población cuidados básicos de enfermería. Su interés por la formación de las enfermeras la llevó a fundar la primera Escuela de Enfermería en Londres, donde se lleva a cabo por primera vez la atención a domicilio que dio paso posteriormente a la creación de una organización para tal efecto.

⁵ IMOGENE. Enfermería como profesión. Pág. 18

Es por estos motivos que se reconoce a Florence Nightingale como iniciadora de la enfermería; ella realiza las primeras investigaciones en el rubro, haciendo grandes aportaciones al campo de la estadística social. Nightingale consideraba que para que una estadística fuera útil debía estar en uso y además poseer la característica de ayudar al establecimiento de medidas preventivas que apoyaran el bienestar general y la salud.⁶

En las décadas 70 y 80 surgen las asociaciones de enfermería en Estados Unidos y Canadá, Linda Richards es considerada la primera enfermera norteamericana que creó hospitales y escuelas de salud mental; posteriormente, aparece Harriet Newton Phillips, la primera en alcanzar un postgrado y considerada pionera de la salud pública en América.

En 1907 se inicia la carrera de enfermería en las escuelas Norteamericanas, pero no con el enfoque ni principios de Nightingale, ya que las enfermeras no eran motivadas para desarrollar un pensamiento crítico y hacer juicios, vivían bajo una disciplina autoritaria que las volvía sumisas.

Para 1908 nace la Asociación Nacional de Enfermería de Colorado. Posteriormente, en 1912 Mary Adelaide Nutting presenta el que se considera el primer informe de investigación, titulado "Situación Educativa de la Enfermería", donde se tocan temas como las condiciones laborales y las prácticas de la enfermería.

A este informe le siguen otras investigaciones, muchas de ellas elaboradas por personas que no eran enfermeras, tal es el caso de Isabel M. Stewart, interesada en la economía industrial y doméstica, pero que trata de diferenciar las funciones de enfermería de las que no lo eran; más tarde una revista especializada la invita a participar en la investigación como un medio para justificar la enfermería como ciencia aplicada.⁷

⁶ GONZÁLEZ Historia de la Enfermería Pág. 320-326

⁷ IMOGENE Op Cit P20

En 1921 la enfermería empieza a ser reconocida como ciencia legítima y se desarrollan programas universitarios que inician con estudios de Diplomado, pero ante la necesidad de contar con enfermeras preparadas en docencia y administración, se inician los estudios de Licenciatura como nivel de especialización. Se separan las escuelas de los hospitales, adecuándolas a nivel universitario. En 1964, la Licenciatura fue reconocida como un nivel avanzado. Durante la etapa de regionalización, se desarrolla y se lleva a cabo una planificación regional de diplomados con el fin de promover la información profesional y de diplomado en el campo de la salud, basada en la investigación.⁸

La maduración de la licenciatura se da en el periodo de 1964 a 1975, convirtiéndose en una acreditación importante para las enfermeras que se hallaban en puestos directivos en ese entonces. La evolución de la enfermería ha sido determinada dentro de un contexto político que ha generado obstáculos donde la lucha por la independencia y reconocimiento está presente.

En 1970 se crea la Comisión para la Investigación en Enfermería y en 1972 el Consejo de Enfermeras Investigadoras de la ANA (asociación norteamericana de enfermeras), y es en esta época cuando se logra la integración de la investigación de enfermería en todos los programas colegiados de formación.

⁸ GONZÁLEZ Op. Cit. Pág. 324

3. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

La conceptualización de la Enfermería ha ido evolucionando, con el paso del tiempo, el crecimiento de la tecnología, la industria y hasta la vida misma ha impulsado a esta disciplina en su desarrollo.

Florence Nightingale menciona que “la enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de la persona y busca que la naturaleza pueda actuar sobre ella”.⁸ Es decir, para ella era fundamental un ambiente limpio, ventilado y tranquilo para que el paciente recuperara su salud. Henderson, considerada una de las primeras enfermeras modernas, define la enfermería como: “la asistencia al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma o una muerte en paz; tareas que podría realizar sin ayuda si él tuviera las energías, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios.

Así es como podemos decir que Henderson tuvo mayor visión que Nightingale, pues ella ya relaciona a la enfermera con el individuo sano y no solamente con el enfermo; pero además, valora en el individuo sus conocimientos, la voluntad y la fuerza. Ambas enfermeras relacionan al individuo con su entorno y lo consideran importante para recuperar la salud.

Posteriormente, Dorothea Orem detalla que “la enfermería es una acción deliberada, una función de la inteligencia práctica de las enfermeras y una acción sobre la condición humana de las personas y el medio ambiente”.⁹ Orem sigue considerando el entorno, pero plantea que la enfermería es un servicio de ayuda y asistencia a las personas que son parcial o totalmente dependientes.

⁸ KOSIER ERB Enfermería Fundamental. Conceptos, Procesos y Práctica. Pág. 180.

⁹ KEROUAC. El pensamiento en Enfermería. pág.26

De lo antes mencionado podemos señalar que la enfermería abarca distintos conceptos; es una ciencia, pues por medio de la investigación y método científico busca el bienestar del enfermo para crecer día con día fomentando la salud; es una arte, pues su existencia es en un cuerpo único en el que se logra representar el bien, la verdad y la justicia.

4. PRINCIPALES ESCUELAS DE ENFERMERÍA

La enfermería se ha ido transformando y al mismo tiempo mejorando poco a poco mediante distintos estudios, Kerovac expone algunas escuelas de enfermería como son: Escuela de las Necesidades, Escuela de la Interacción, de los Efectos Deseables, de la Promoción de la Salud, del Ser Humano Unitario y del Caring.

4.1 ESCUELA DE LAS NECESIDADES

La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus cuidados.¹¹

4.2 ESCUELA DE LA INTERACCIÓN

Aparece a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta. Varios acontecimientos han favorecido su desarrollo. La teoría psicoanalista prevalece en esta época.

Las enfermeras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Han intentado responder la pregunta: ¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo? Según la escuela de la interacción el cuidado es una acción humanitaria y no mecánica, las teóricas señalan que debe mantenerse la integridad de la persona, que la persona es capaz de reconocer sus necesidades y que tiende hacia su actualización.

Las teóricas de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestiner Wiedenbach e Imogene King.

¹¹ KEROUAC Op Cit pág. 28

4.3 ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

Esta Escuela pretende responder a la pregunta: ¿Por qué las enfermeras hacen lo que hacen?, pero sin ignorar el qué y el cómo. El grupo de teóricas de esta escuela han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros, consideran que el objetivo de estos consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o en preservar la energía. Esta escuela propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados a la persona que es vista como un sistema.

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son: Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.

4.4 ESCUELA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Responde de nuevo a la pregunta: ¿Qué hacen las enfermeras? A pesar de estar centradas sobre el qué de los cuidados enfermeros y la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también es su meta responder a la pregunta: ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?¹²

Los cuidados se amplían a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. Moyra Allen, una teorizadora canadiense, elaboró para la disciplina enfermera un modelo orientado hacia la promoción de la salud de la familia. Su modelo es considerado ya como modelo conceptual y de intervención. La filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría del aprendizaje social de Bandura (1997) son fuentes explícitas subyacentes en esta concepción. Según Allen, el primer objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, fomento y desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de los procesos de aprendizaje. La enfermera desempeña entonces un rol estimulador y motivador.

¹² WESLEY Teorías y Modelos de Enfermería Pág. 18

4.5 ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO

Se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Sus teóricas se preguntan ¿a quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Martha Rogers propone a las enfermeras una visión de la persona y de los cuidados enfermeros que procede de trabajos filosóficos de teorías de la física y de la teoría general de los sistemas.

4.6 ESCUELA DEL CARING

Según Benner y Wrubel (1989), el caring está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera descubrir signos de mejora o de deterioro en la persona, también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de la persona.

Las teorizadoras de la escuela del Caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad.

Esta escuela también se sitúa en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación, centrandó el cuidado intenta responder a la pregunta ¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen?

La orientación de Watson (1998) es existencial, fenomenológica y espiritual; se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y las ciencias. Los trabajos de Carl Rogers influyen su visión de una relación transpersonal impregnada de coherencia, empatía y de calor humano. Watson considera la disciplina Enfermera como una ciencia humana y un arte.

5. PARADIGMA Y METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de personas provenientes de diversos lugares, ellas mismas han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

Algunas disciplinas como la física, la sociología y la historia son llamadas teóricas, otras, como el derecho, medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales; estas disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.¹³

Con la finalidad de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984) examinó los escritos de varias enfermeras y reconoció que los conceptos: cuidado, persona, salud y entorno están presentes desde 1859 en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina.

El Metaparadigma es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión, en el cual se definen y describen las relaciones entre las ideas y los valores principales, también orienta la organización de los modelos y teorías de una profesión; es el componente de la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermería. Es general y reúne los propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarlos de otras y delimitar el cuidado como objeto de estudio; esto no incluye creencias, valores individuales y

¹³ GONZÁLEZ Op Cit pág. 320

particulares de la cultura o grupos, tiene alcance internacional, lo cual le permite aplicarse en cualquier medio.

Existen componentes esenciales en cualquier disciplina científica como son la ciencia, la filosofía, la teoría; la relación entre estos se denomina Paradigma, el cual se puede definir como la unión de los aspectos más relevantes en la práctica de la enfermería, los cuales precisan no sólo en la labor práctica, sino también el pensamiento teórico de investigación y humanístico llevado por una necesidad enorme de comprender y llevar a cabo una diferenciación de otras disciplinas encontrando en estos conceptos las mismas palabras de las personas que se encargan del cuidado enfermero; es decir, la búsqueda de un lenguaje universal

El Metaparadigma es “un arte de pensamiento, no tiene reglas ni métodos y toma en cuenta los componentes más básicos de la disciplina. Aquí lo único que se logra es ampliar el conocimiento acerca de las actividades de enfermería”.¹⁴ Existen distintos tipos de paradigmas:

5.1 PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Aplicado al área de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y más tarde una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

¹⁴ KEROUAC. Op. Cit. pág. 5-6

Orientación hacia la salud pública

Esta orientación se sitúa hacia el siglo XIII al XIX en la sociedad moderna occidental. La necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Son las motivaciones espirituales y humanitarias las que influyen profundamente los cuidados enfermeros de la época. El cuidado que se dedica a la envoltura corporal tiene por fin mantener los cuidados del alma.

Gracias a su educación, experiencia en cuidados enfermeros y personalidad, Florence Nightingale se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en hospitales militares ingleses durante la Guerra de Crimea. Acompañada de cuarenta enfermeras laicas y religiosas, Nightingale intenta dar a los hospitales las condiciones de higiene más elementales.¹⁵

Según esta enfermera, los cuidados no solamente están basados en la compasión, sino también en la observación, experiencia, datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas (Nightingale, 1859-1969).

La preocupación de la enfermera que está al lado de personas enfermas o sanas consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias. Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades.

¹⁵ KEROUAC.Op.Cit. pág.5-8

Nightingale considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y responsabilidad para cambiar la situación existente.

El aire, la luz, el calor, la limpieza, el agua, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación, mientras que a la que goza de salud le permite conservarla. Estos factores que provienen del entorno son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. Nightingale las ha llamado “Leyes de la salud o del cuidado enfermero”.¹⁶ La salud no es solamente lo contrario a la enfermedad, con este concepto se hace hincapié en que significa también “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos”.

El cuidado es un arte y una ciencia al mismo tiempo, por lo que requiere una formación formal. Sólo las enfermeras, que son clínicas excelentes y que comprenden los principios de una gestión eficaz de los cuidados, tienen la competencia de cumplir este trabajo. La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar sus principios correctamente, así como la utilización de conocimientos estadísticos comparativos a través de una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones; es decir, la mejora de los métodos antisépticos y de las técnicas quirúrgicas. La erradicación de las enfermedades transmisibles es la prioridad de los años 1900 a 1950.

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia que está muy unida a la de la profesión médica. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir el

¹⁶ KEROUAC Op.Cit. pág. 8

déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa “hacer para” las personas. La enfermera planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones. La persona está bajo sus cuidados y la de los otros profesionales de la salud.¹⁷

La persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente. La salud es un equilibrio altamente deseable, es percibida como positiva, mientras que la enfermedad es negativa. Por su parte, el entorno es considerado como un elemento separado de la persona, es físico, social y cultural.¹⁸

5.2 PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Esta orientación está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación.

Como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años 30 y de la Segunda Guerra Mundial, la tendencia del mundo occidental es la de crear un sistema de seguridad social. Esta evolución social da lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica. Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social.

La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y globalidad. Planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

¹⁷ GONZALEZ Op Cit pág. 321

¹⁸ KEROUAC .Op. Cit. pág.12-14

La persona desde esta perspectiva es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas; los componentes biológicos, psicológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: “la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual”.

Según esta orientación, la persona, la salud y la enfermedad son entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.¹⁹

El entorno está constituido por diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación. La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona. Durante este periodo, las enfermeras también elaboraron modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación e investigación enfermera.

En conclusión, la orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado; es decir, el cliente y su entorno.

5.3 PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Este paradigma representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

¹⁹ KEROUAC.Op. Cit. pág.15-16

Según el paradigma de la transformación, existe un fenómeno único, nadie puede parecerse totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente.

Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande: el mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está bien situada en todas las esferas del mundo occidental.

El paradigma de transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

Dentro de esta óptica la persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad, siendo este ser indisoluble en su universo. La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior.

La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad de ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad, la salud se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular.²⁰

El entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte, siendo distinto de ella y el entorno coexiste con ella; la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho ambiente y el ser humano.

²⁰ KEROUAC .Op. Cit. pág.16-17

Ante la complejidad de las situaciones de salud y la necesidad de una visión más global, cada vez son más las enfermeras que emprenden estudios superiores. El avance de los conocimientos en la disciplina las lleva a diversificar sus motivos de estudio; tienen la necesidad de una formación científica para utilizar sus conocimientos de manera creativa en beneficio del ser humano.

La enfermería se caracteriza por la diversidad de los métodos de investigación científica permitiendo la comprensión de fenómenos cada vez más complejos, multivariantes y globales. Gorther (1993) señala que la disciplina enfermera es concebida actualmente como una ciencia del comportamiento y de la salud de la persona en todas las edades de la vida; es decir, una ciencia que incluye una comprensión de los factores biológicos y sociales.

El Metaparadigma de la enfermería agrupa 4 conceptos: persona, entorno, salud y cuidado.

Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz; la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos y conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno: Incluye relaciones con la propia familia y las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.²¹

²¹ WESLEY Op. Cit. p. 20

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

Henderson considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce necesidades de los cuidados de Enfermería.

Cuidado: Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería.

Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan elaborado en razón de las necesidades detectadas.

6. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA.

Antes de adentrarse en los distintos modelos y teorías de enfermería es necesario conocer ciertas nociones. Una teoría es definida como “un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno”.²⁴

Por su parte, un modelo describe un conjunto de ideas que están conectadas para ilustrar un concepto más general y amplio, son una descripción simbólica de la realidad, proporcionan una representación esquemática de algunas relaciones entre los fenómenos y utilizan símbolos o diagramas para representar una idea.²⁵

Los modelos y teorías de enfermería proporcionan información sobre las definiciones de la enfermería, de la práctica enfermera, los principios que forman la base para la práctica, las metas y funciones de la enfermería. Derivan de los conceptos, un concepto es una idea de un objeto, propiedad o situación y puede ser empírico o concreto (observable directamente, como el termómetro, la cama, una lesión, una erupción o un edema), referencial (observable indirectamente, tales como la temperatura o el dolor), o abstracto (no observable, como la salud o el estrés), y están basados en el Metaparadigma enfermero y pueden ser calificados de acuerdo con la descripción, explicación y conexión.

A mediados del siglo XIX, Nightingale expresó su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería era intrínsecamente distinto al de la ciencia médica y expuso la idea de que esta profesión se basaba en el conocimiento de las personas y su entorno. En la década de los 50, los profesionales de la enfermería empezaron a plantearse seriamente la

²⁴ MARRINER, Teorías y Modelos en enfermería. Pág.136

²⁵ WESLEY Op Cit. pág..2-20.

necesidad de desarrollar, articular y contrastar una teoría global. A mediados de la década de los 70, la evaluación de 25 años de investigación en enfermería reveló que a esta disciplina le hacían falta conexiones conceptuales y de sistemas teóricos sólidos. Es entonces cuando emergió la llamada etapa de las teorías y se acompañó de una nueva concepción de la enfermería como profesión y disciplina científica, o fundamentarse en el sustrato teórico de la propia enfermería.

6.1 FILOSOFÍAS DE ENFERMERÍA

FLORENCE NIGHTINGALE, 1860. Menciona que su obra está estrechamente relacionada con su orientación filosófica sobre la interacción paciente–entorno y los principios y reglas sobre los que sustentó su ejercicio profesional. Una preocupación dominante en el siglo XIX fue la higiene, un problema sanitario de primer orden. Nightingale creía que la enfermedad era un proceso reparador y que la manipulación del medio externo contribuía a este proceso y al bienestar del paciente. Nightingale distinguió esta disciplina de los trabajos de los asistentes domésticos y contribuyó a su institución como profesión indiscutible.²⁶

Sus contribuciones al desarrollo teórico se centran principalmente en su explicación del interés de la enfermería en la relación paciente-entorno y los primeros análisis estadísticos que ofreció fueron acerca de la salud y el ejercicio profesional de la enfermería.

ERNESTINE WIEDENBACH, 1964. Se concentró principalmente en el arte de la enfermería con atención a las necesidades del paciente. Su objetivo fue ayudar a los individuos a superar los obstáculos que interfieren en su capacidad de satisfacer las demandas o necesidades creadas por su condición, entorno, situación o tiempo. En sus trabajos indica a las enfermeras lo que deben hacer como una forma de filosofía del arte. Según Wiedenbach, la enfermería clínica se basa en cuatro elementos: filosofía, objetivo, práctica y arte.

²⁶ WESLEY Op. Cit. Pág. 14-18

VIRGINIA HENDERSON, 1955. Veía al paciente como una persona que requería ayuda para lograr la autosuficiencia, contemplaba la práctica de enfermería como una labor independiente de la de los médicos. Su filosofía se basa en los trabajos de Edward L. Thorndike, en su experiencia sobre rehabilitación y en el concepto de Orlando de acción deliberada. Henderson hace hincapié en el arte de la enfermería y señala la existencia de 14 necesidades humanas en los pacientes que requieren cuidados.²⁷

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardiaco y al control de oxigenación.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos, etc.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA DEBIDA POSTURA

Hace hincapié sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

6. NECESIDAD DE SELECCIONAR ROPA ADECUADA, A VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

²⁷ KOSIER. Op Cit.pág. 13

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA DEL CUERPO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, POR MEDIO DE ROPAS ADECUADAS Y LA MODIFICACIÓN DE LA TEMPERATURA AMBIENTE

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución del agua y la contaminación de la comida.²⁸

8. NECESIDAD DE MANTENERSE LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER LA PIEL

Toma en cuenta el valor psicológico aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.²⁹

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LOS DAÑOS A OTRAS PERSONAS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean. Reitera la necesidad de autoestima y también introduce el conocimiento sobre esterilización.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON OTROS PARA EXPRESAR EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES, O “SENSACIONES”

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse a sí mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede cambiar.

11. NECESIDAD DE PRACTICAR SU RELIGIÓN

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. El secreto profesional.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO QUE DE LA SENSACIÓN DE UTILIDAD

Aceptación del rol de cada uno.

13. NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN DIVERSAS FORMAS DE RECREO

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.³⁰

²⁸ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

²⁹ POTTER. Fundamentos de Enfermería. Pág.96

³⁰ <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD, AFÁN QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

Hay unas afirmaciones teóricas como: Sus contribuciones se refieren a la definición de enfermería, la esquematización de las funciones autónomas de esta disciplina, la insistencia en los objetivos de interdependencia de cara al paciente y la elaboración de los conceptos de autoayuda.³¹

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri. Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingresó a la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 aceptando un puesto de enfermería en el Henry Street Visiting Nursing Service de Nueva York. En 1922 inició su actividad como profesora en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años después ingresó en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los estudios y formación de enfermería.³²

En 1929 trabajó como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Vuelve al Teacher's Collage en 1930 como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948.

Henderson ha trabajado en asociación con la Universidad de Yale desde el inicio de la década de los cincuenta, desarrollando una gran labor de investigación sobre enfermería. De 1959 a 1971 dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale. El Nursing Studies Index fue elaborado en 4 volúmenes comentados que ordenaban la literatura bibliográfica analítica e histórica de enfermería desde 1900 a 1959; participó como coautora en varios trabajos importantes.

³¹ FERNÁNDEZ. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.pág.26-28.

³² FERNÁNDEZ Op.Cit.pág.30

En la Convención de la American Nurses Association recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.

La biblioteca internacional informatizada de enfermería de Sigma Theta Tau International lleva el nombre de Virginia Henderson, en su honor.

Virginia Henderson fallece a la edad de 99 años en su casa de muerte natural el 30 de noviembre de 1996.³³

FAYE GLENN ABDELLAH, 1960. Se basa en el método de resolución de problemas. Ofrece servicios al individuo familiar y sociedad; ser amable a la vez que inteligente, competente y técnicamente bien preparada para ofrecer estos servicios. Esta teoría incluye los 21 problemas de enfermería basándose en estudios de investigación

LYDIA E. HALL, 1962. Resaltó la función autónoma en la enfermería y propuso la descripción de esta disciplina como un modelo compuesto por tres círculos: El uso terapéutico del yo (aspecto espiritual), el tratamiento dentro del equipo sanitario (aspecto terapéutico) y el componente afectivo (aspecto de los cuidados). El objetivo consiste en rehabilitar al paciente y transmitirle un sentimiento de éxito en términos de autorrealización y autoestima.

JEAN WATSON, 1979. Resalta la importancia de los cuidados y se diferencia por su inspiración en la visión existencial-fenomenológica de la psicología y las humanidades. Propone que la enfermería es una ciencia humanística que tiene como objetivo promover la salud, devolver la salud al cliente y prevenir la enfermedad.³⁴

BENNER WRUBEL, 1989. Tiene como objetivo centrarse en las necesidades de los cuidados del cliente como un medio de afrontar los agentes estresantes

³³ GONZÁLEZ Op.Cit.pág.42-46

³⁴ MARRINER Op.Cit. Pág. 63

de la enfermedad. Las preocupaciones de la enfermería son los cuidados que crean la posibilidad de afrontar la realidad y posibilitan la conexión y la dolencia con lo demás.

6.2 MODELOS CONCEPTUALES

DOROTHEA E. OREM, 1971. Describió el autocuidado como una necesidad humana y la enfermería como un servicio. De sus trabajos emanan tres teorías utilizadas conjuntamente para diseñar y orientar la prestación de cuidados en enfermería. La teoría de déficit de autocuidado indica que el cuidado enfermero se convierte en necesario cuando el cliente es incapaz de satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo o sociales.

MYRA ESTRIN LEVINE, 1966. Se basó en disciplinas científicas como la psicología, la sociología y la fisiología para analizar diversas prácticas en enfermería y para describir a detalle las técnicas y habilidades de esta disciplina. La actividad en enfermería la tradujo en cuatro principios de conversación de la enfermería.³⁵

MARTHA E. ROGERS, 1970. Su objetivo es mantener y promover la salud, prevenir la enfermedad, cuidar y rehabilitar a los clientes enfermos y discapacitados, mediante una ciencia humanística de enfermería. Menciona que el hombre evoluciona a lo largo del proceso de la vida. El cliente cambia continuamente y coexiste en su entorno.

DOROTHY E. JOHNSON, 1968. Desarrolla un sistema conductual para la práctica, formación e investigación. Su objetivo es reducir el estrés de manera que el cliente pueda evolucionar más fácilmente a través del proceso de recuperación. Esta teoría se centra en siete categorías de comportamiento. El objetivo del individuo es alcanzar un equilibrio de comportamiento y un estado estable mediante ciertas fuerzas de ajuste y adaptación.

³⁵ POTTER Patricia Op Cit Pág. 96-98

SOR CALLISTA ROY, 1979. Su objetivo es identificar los tipos de demandas del cliente; valorar la adaptación a las demandas y ayudar al cliente a adaptarse. Este modelo se basa en modos de adaptación, fisiológicos, psicológicos y de dependencia – independencia.

BETTY NEUMAN, 1972. Su concepción de la persona como un todo en el ámbito de los cuidados del paciente ayuda a las personas, familias y grupos a alcanzar y mantener niveles óptimos de bienestar por medio de intervenciones intencionadas. La reducción del estrés es el objetivo del modelo de sistemas de la práctica enfermera, Las acciones enfermeras están en una categoría de prevención primaria, secundaria o terciaria.³⁶

IMOGENE KING, 1971. La enfermera y paciente se perciben mutuamente, valoran la situación y entonces actúan, reaccionan, interactúan e intercambian información. Definió la enfermería como un proceso de interacción entre las enfermeras y los pacientes que se comunican para marcar sus metas. El proceso enfermero se define como un proceso dinámico interpersonal entre enfermera, cliente y sistema sanitario.

NANCY ROPER, WINIFRED W. LOGAN & ALISON J. TIERNEY, 1970. Su modelo surgió de una investigación para descubrir el núcleo de la enfermería. Fundamentalmente, indica que existen 12 actividades vitales que describen a la persona, punto central de interés dentro del proceso de la vida. En segundo lugar, señala el tiempo de vida como el cambio continuo que se produce desde el nacimiento hasta la muerte. El tercer componente es la dependencia e independencia y está estrechamente relacionado con los dos primeros. Finalmente, el cuarto son los factores que influyen sobre las actividades vitales, la persona experimenta este proceso como un individuo.

³⁶ MARRINER Op Cit Pág.60

6.3 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

HILDEGARD E. PEPLAU, 1952. Constituye una teoría de la práctica de la enfermería, ha sido la primera autora que trasladó la enfermería a teorías de otros campos científicos. Su objetivo fue desarrollar la interacción entre la enfermera y el cliente. Su estructura de la práctica de enfermería es un proceso significativo terapéutico interpersonal.

IDA JEAN ORLANDO, 1961. Basó sus trabajos en la relación interpersonal enfermera paciente, se centró en las expresiones verbales y no verbales con que el paciente expresa sus necesidades. En las situaciones propias de la enfermería distinguió tres elementos: Conducta del paciente, reacción de la enfermera y acción de enfermería. Sus contribuciones en el campo teórico impulsaron acciones que superaban el mero automatismo e inspiración personal para fomentar actitudes disciplinadas y auténticamente profesionales.³⁷

JOYCE TRAVELBEE, 1971. Se concentra principalmente en los cuidados que refuerzan la empatía, la simpatía y la comprensión, así como en los aspectos emocionales de enfermería. Su obra conceptúa el proceso interpersonal como una relación persona a persona, establecida durante la enfermedad y la experiencia de sufrir.

RAMONA T. MERCER. Se centra en el cuidado maternal y en la función de este papel en diversas poblaciones. Su teoría es de nivel medio y establece estrechas conexiones entre el marco teórico, la investigación y la práctica.

KATHRYN E. BARNARD. Su teoría procede de la psicología y se enfoca en la interacción entre la madre y el bebé con el entorno. Su teoría ha sido complementada con una labor de investigación continua que ha permitido establecer vínculos más estrechos entre los postulados teóricos.

³⁷ MARRINERO Op Cit pág..59

MADELEINE LEININGER, 1978. Considera que lo principal de la asistencia, el conocimiento y la práctica en la enfermería son los cuidados; ofrecer cuidados coherentes con la ciencia y los conocimientos enfermeros emergentes, manteniéndolos como el foco central.

Con esta teoría transcultural de los cuidados, el cuidado es el dominio central y unificador del conocimiento y la práctica enfermera.³⁸

ROSEMARIE RIZZO PARSE, 1981. Su objetivo es concentrarse en el ser humano como una unidad vital y una participación cualitativa del individuo con la experiencia de la salud.

Elaboró su teoría a partir de los principios y conceptos de Rogers y ha efectuado una síntesis de estas ideas con la fenomenología existencial de Heidegger. Menciona que el individuo interactúa continuamente con su entorno y participa en el mantenimiento de la salud, la cual es un proceso abierto y continuo antes que un estado de bienestar o ausencia de enfermedad.

JOYCE J. FITZPATRICK. Propone que el desarrollo humano tiene lugar dentro del contexto de la interacción continua entre cada persona y su entorno. También sugiere el significado de vida con base en la comprensión de la existencia humana que debe ser el punto central de interés de la ciencia y la profesión de enfermería.

MARGARET A. NEWMAN, 1986. El objetivo de la enfermería no es promover el bienestar o evitar la enfermedad, sino ayudar a las personas a utilizar la fuerza o poder que poseen en su interior. Considera una teoría de la enfermería derivada del modelo conceptual Rogers.

EVELYN ADAM, 1980. Contribuyó al desarrollo teórico por medio de la clarificación y explicación de trabajos anteriores. Su obra se considera una teoría de la enfermería.

³⁸ MARRINER Op Cit Pág..63

PATTERSON ZDERAD, 1976. Su objetivo es responder a las necesidades humanas y elaborar una ciencia enfermera humanista. Su teoría menciona que la enfermería humanística requiere que los participantes estén pendientes de su exclusividad y comunidad con los demás.

NOLA J. PENDER, 1982. Define como objetivo de la asistencia en la enfermería la salud óptima del individuo, sentando las bases del estudio en la forma que aplican las personas para tomar decisiones sobre sus propios cuidados sanitarios. Desarrolló la idea de que fomentar la salud óptima trasciende la simple prevención de la enfermedad. Su teoría señala la existencia de factores cognitivos-perceptivos en las personas, la importancia de las conductas que fomentan la salud y los obstáculos percibidos que se oponen a estas conductas.³⁹

³⁹ MARRINER Op Cit pág.65

7. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y racional que se encarga de planificar y dar cuidados de enfermería individualizados y se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas de la persona o grupo.³⁸

OBJETIVOS:

- Identificar las necesidades de la salud actuales y potenciales del paciente.
- Establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica, para resolverlas.

VENTAJAS:

Contribuye a la participación del cliente en su cuidado y en la continuidad de la atención y en calidad.

Define el campo de ejercicio profesional y mantiene la calidad del cuidado de enfermería.

Permite satisfacción en el trabajo y crecimiento profesional.

CARACTERÍSTICAS:

El PAE tiene seis características; fiabilidad, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y cuenta con una base teórica.

Finalidad:

Se dirige a un objetivo.

Sistemático:

Parte de un planteamiento organizado para alcanzar uno o varios objetivos.³⁹

³⁸ ALFARO, Aplicación del Proceso enfermero, ,pág.162

³⁹ KOSIER Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y práctica, pag 102,103, 181.

Dinámico:

Responde a cambios continuos, propuestas cambiantes del paciente.

Interactivo:

Requiere de relaciones reciprocas enfermera – paciente, familia y comunidad para lograr objetivos comunes.

Flexible:

Es adaptable al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Tiene una base teórica:

El PAE parte de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, pudiendo aplicarlo a cualquier modelo teórico de enfermería.

7.1 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1.1 Valoración:

Primera fase del proceso de enfermería, se centra en la recolección de información sobre el paciente, familia o comunidad, con la finalidad de averiguar necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente. Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente. La información de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.

Los datos se recaban por medio de una forma sistemática que utiliza entrevistas, (examen físico, laboratorios, entre otras), para realizar este paso son esenciales las técnicas de observación, comunicación y entrevista.⁴⁰

⁴⁰ <http://www.terraes/personal/duenas/pae.htm>

Métodos de recolección de datos.

OBSERVAR: Es el segundo método en la recolección de datos con el paciente haciendo uso de los cinco sentidos.

* La observación tiene dos aspectos:

Identificar los estímulos

Percibir los datos.

* En la recolección de datos necesitamos:

Conocimientos científicos y básicos.

Habilidad para relacionarse con otras personas.

Sentido común

Flexibilidad

Los tipos de datos a recoger son:

DATOS SUBJETIVOS: Sensaciones y percepciones, que refiere el paciente como dolor y malestar.

DATOS OBJETIVOS: Información concreta y observable que puede medirse.

Entrevista:

Es una técnica de comunicación planeada, o una conversación con una finalidad.

Tipos de entrevista:

Dirigida o Formal: Preguntas estructuradas que generan información específica, ésta se utiliza frecuentemente para recoger y dar información en un tiempo limitado.

No dirigida o informal: Conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

ESTADÍOS DE LA ENTREVISTA:

APERTURA De esta parte depende el resto de la entrevista, ya que es un proceso de pasos; establecer relaciones armoniosas y orientar la entrevista.

CUERPO: En esta fase el paciente comunica lo que piensa, siente, sabe y percibe como respuesta a las preguntas de la enfermera.

CIERRE: Parte final de la entrevista, esta fase es importante para mantener relaciones armoniosas y facilitar interacciones futuras.⁴¹

TÉCNICAS DE LA ENTREVISTA

Técnicas Verbales: El interrogatorio, la reflexión y las frases adicionales.

Se consigue mayor información cuando se utilizan técnicas verbales y no verbales en la obtención de datos.

Interrogatorio: Permite obtener información, aclarar su comprensión de las respuestas y verificar datos objetivos y subjetivos.

Reflexión: Expresa lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, confirma y profundiza la información.

Frases adicionales: Estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

TÉCNICAS NO VERBALES

Facilitan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad.

- Expresiones faciales
- Posición corporal
- Gestos
- Contacto Físico
- Forma de expresarse

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física es fundamental para obtener datos objetivos y se lleva a cabo sistemáticamente.

⁴¹ Kosier Op Cit 107

Durante la exploración física se examinan todas las partes del cuerpo y se determinan las medidas antropométricas.

TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE LA EXPLORACIÓN

INSPECCIÓN: Inicia con un examen visual del paciente para determinar estados o respuestas normales o anormales.

La inspección especifica características como tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

PALPACIÓN: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel, permitiendo valorar el tamaño, forma, textura, temperatura, pulsos vibraciones, consistencia y movilidad.⁴²

La palpación nos proporciona información complementaria, que ayuda a valorar el grado de dolor o malestar.

PERCUSIÓN: Esta técnica implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con la finalidad de obtener sonidos.

Con la percusión se producen sonidos; sordos (de tono bajo), mates (medios de tono), hipersonoros (claros y huecos), timpanitos (de tono fuerte).

AUSCULTACIÓN: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, con esta técnica se capta la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.

La recolección de datos se puede realizar por medio de dos fuentes:
Fuentes primarias: Métodos y sistemas.

⁴² HERNÁNDEZ Julio. El Proceso de Enfermería. P.225-227

Exploración cefalo caudal y por sistemas, historia clínica de enfermería, modelos de valoración.

Fuentes secundarias (Indirecta)

- Expediente clínico, notas médicas, hoja de registro de enfermería, marco referencial (bibliografía) y familiares.⁴³

Validación de los datos: Significa que la información que se ha reunido es verdadera, la validación ayuda a la enfermera a evitar omisión de información pertinente, malas interpretaciones de situaciones y orientar la atención en una dirección equivocada.

Organización de los datos: Se agrupa la información de tal forma que ayude a la identificación de los problemas, reales y potenciales del paciente, favoreciendo la comunicación y mecanismos de evaluación.

7.1.2 Diagnóstico

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

Características de un diagnóstico

- Claro y conciso.
- Específico y centrado en el cliente.
- Se refiere a un problema del cliente.
- Es exacto.
- Se basa en datos de valoración.

Pasos que sigue el diagnóstico

- Identificación de problemas
- Análisis de datos significativos.
- Síntesis, es la confirmación o la eliminación de las alternativas.
- Formulación de problemas.
- Componentes de las categorías aceptadas por la NANDA.

⁴³ <http://www.terraes/personal/duenas/pae.htm>

La NANDA es la encargada de aprobar los diagnósticos de enfermería y una vez aprobados se documentan de la siguiente manera.

- 1). Etiqueta diagnóstica o Nombre. Es una frase concisa o palabra que identifica el problema.
- 2). Definición. Explicación del diagnóstico, enunciado que sirve como factor diferenciador de distintas etiquetas diagnósticas.
- 3). Características. Son manifestaciones o respuestas de la persona o familia que nos puedan indicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico.
- 4). Factores relacionados (causas). Son condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Pueden ser psicológicos, fisiológicos, ambientales o espirituales.

TIPOS DE DIAGNÓSTICO

Diagnóstico enfermero real:

Describe respuestas humanas a problemas reales de la salud. Consta de tres partes, 1). Problema (P), 2). Etiqueta (E), 3). Signos y síntomas (S), esto es el esquema (PES).⁴⁴

Diagnóstico enfermero potencial:

Describe respuestas humanas a estados de salud, procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad, solo consta de problema y etiología.

Diagnóstico enfermero de bienestar: Describe respuestas humanas que presentan en transición desde un nivel específico hacia uno superior de bienestar.

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

Los datos se recaban por medio de una forma sistemática que utiliza entrevistas, (examen físico, laboratorios, entre otras), para realizar este paso son esenciales las técnicas de observación, comunicación y entrevista.

⁴⁴ NANDA. Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación.pág.327.

7.1.4 Ejecución

Es el desarrollo del proyecto o la aplicación del plan de cuidados para que a través de acciones que conduzcan al logro de los objetivos planeados. La ejecución implica las siguientes actividades enfermeras:

Continuar con la recolección de datos.

Realizar las actividades planeadas.

Anotar los cuidados de enfermería.

Mantener la comunicación.

Mantener el plan de cuidados actualizado.⁴⁵

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizan todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

7.1.5 Evaluación

Se define como un proceso continuo y sistematizado entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, lo que permitirá darle continuidad a sus intervenciones o realizar modificaciones de estas.

La evaluación consta de dos partes.

- 1). Recolección de datos sobre el estado de salud, problema o diagnóstico que queremos evaluar.
- 2). Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.⁴⁶

⁴⁵ HERNÁNDEZ Op Cit. Pág.45

⁴⁶ RODRÍGUEZ, El proceso Enfermero, pág. 201-208

Elementos de la evaluación:

Establecimiento de criterios para la evaluación (criterios de resultados).

Evaluación del logro de objetivos.

Valoración de las variables que afectan el logro de los objetivos.

Modificación del plan de cuidados o finalización de los cuidados de enfermería.

Establecimiento de criterios para la evaluación.

Los criterios de evaluación serán los mismos que de los objetivos.

Si se han logrado los objetivos establecidos y ya no se identifican nuevos problemas, entonces se ha logrado el propósito final de los cuidados de enfermería.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
REALIZADO A UN ADULTO CON
ALTERACIÓN EN SUS NECESIDADES BÁSICAS
ALTERACIÓN EN SUS NECESIDADES BÁSICAS

8.1 SINTESIS VALORATIVA POR NECESIDAD

8.2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

JTM – Femenino Edad: 39 años.
Escolaridad: Primaria Ocupación. Comerciante.
Edo. Civil: Casada Originaria: Del Edo. De Hidalgo

8.3. PRESENTACIÓN DEL CASO

Ingresa a urgencias del INNN el día 17 de abril del 2007, el motivo por el que acude es; crisis convulsivas con pérdida del estado de alerta. Con un Diagnóstico Probable de Encefalitis Viral. Se traslada al segundo piso de Neurología y Neurocirugía el día 19 de abril del año en curso, actualmente cursa su 6º día de hospitalización.

De acuerdo con la valoración de las necesidades Humanas se encuentra lo siguiente:

OXIGENACIÓN

Fuente de datos: Familiar. Fiabilidad: (3)
Compromiso de la Necesidad: Falta de fuerza.
Demanda del Cuidado: Parcialmente dependiente.

Datos subjetivos:

Niega hábito tabáquico. El familiar comenta que la paciente usualmente no tiene problemas para respirar, pero actualmente la paciente refiere dificultad para respirar. ¹

NOTA ACLARATORIA:

Fiabilidad: *CNH: Compromiso de la necesidad humana: Falta de Fuerza

1). Paciente. * D.C: Demanda del cuidado: P/D, D/, I

2). Expediente.

3). Familiar

LEDESMA Ma. Enfermería Fundamental pág. 15

Datos objetivos:

Inspección.

La ventilación donde se ubica la paciente no es adecuada sólo existe una ventana que regularmente se encuentra cerrada.

Paciente somnolienta con palidez generalizada. Naríz simétrica, narinas permeables.

Patrón respiratorio Eupneico aunque este se modifica cuando la paciente presenta períodos de agitación psicomotriz.

Tórax simétrico; movimientos de ampliación y ampliación adecuados cambiantes con la agitación ya mencionada, a la perfusión se perciben ruidos resonantes.

Ruidos respiratorios con murmullo broncovesicular adecuado.

Área cardíaca:

Ruidos cardíacos: Rítmicos y con buena intensidad; pulsos periféricos palpables. En miembros pélvicos se observa edema (+) y varices. Sus signos vitales: T/A 120/80mmHg, FR 12X' FC 86X'

Laboratorios:

PCO₂: 35.2

HcO₂: 22MEq/dl

PH: 7.4

Hemoglobina: 10.3mg/dl

PO₂: 86mmhg

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos subjetivos:

Su esposo explica que antes de su padecimiento no presentaba ningún problema para deglutir y que hacia 3 comidas al día, siempre tiene hambre y los alimentos que le gustan son la leche, los quesos, el pan, tortilla, pastas, huevo y que le desagradan las verduras, frutas, el pescado y el pollo. Piensa que la comida que ingiere es adecuada y suficiente para su organismo. Toma 1 litro de agua durante el día.

Datos objetivos:

Paciente de complexión robusta, con un peso de 63kg, y una talla de 1.58cm, tiene un índice de masa corporal del 25%.

Porta SNG permeables, pasando dieta (Ensure), a 60cc/hr 5x1. Piezas dentales completas y cariadas. Mucosas orales semihidratadas. Presenta imposibilidad para deglutir. En miembro superior izquierdo le esta pasando una solución fisiológica de 1000 al .9% a 40cc/hr por catéter largo.

Destrostix: 110mg/dl.

BUN 21mg/100ml

POTASIO: 4.3mm/L

SODIO: 142mmol/L

COLORO: 101mEq/L

ELIMINACIÓN

Datos subjetivos:

Su familiar menciona que evacua 1 vez al día, el color de sus heces es café claro y de consistencia dura.

Micciona con regularidad 4 veces al día, el color es amarillo paja, con olor característico.

Sus emociones no influyen en forma directa en su eliminación.

Datos objetivos:

Inspección: La paciente se encuentra con sonda foley a derivación, la orina es de color amarillo paja, con olor característico. Presenta gasto urinario de 250ml/hr, con una densidad urinaria de 1000. Evacua una vez al día.

Palpación: Abdomen duro y con presencia de masas palpables, peristaltismo disminuido. Abdomen bajo depresible, indoloro, no se palpa globo vesical.

Auscultación: Ruidos intestinales hipoactivos.

Medicamentos:

Milpar 20cc C/12hrs V.O

Laboratorios:

CREATININA: 1.4mg/dl

UREA: 17mg.

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos subjetivos:

La paciente es activa, le gustan los deportes como el gimnasio, yoga y el baile. Los practica 3 veces por semana, intercalándolos.

Datos objetivos:

Inspección: Presenta una posición decúbito dorsal, con sujeción de miembros superiores por periodos de agitación.

Su actividad motora es disminuida. Presenta incapacidad para levantarse y trasladarse, (Hemiparesia izquierda).

Palpación: No existe rigidez en las articulaciones ni dolor al palparlas.

Su fuerza muscular es 5/5 en miembro torácico y pélvico derecho.

1/5 en miembro torácico y pélvico izquierdo.

DESCANSO Y SUEÑO

Datos subjetivos:

Aclara el familiar que antes de su padecimiento dormía 8 horas diarias con un horario de 11:00 pm a 7:00 am. Actualmente le cuesta trabajo conciliar el sueño, piensa en sus hijos y le inquieta no saber si quedará bien teme por su vida.

Comenta que no ronca y cree que el roncar es un problema de salud ya que el aire no entra adecuadamente.

Niega ingesta de medicamentos para dormir, y piensa que el realizar ejercicio le ayuda a descansar de una mejor manera, destina una hora de descanso posterior a la realización de ejercicio.

Datos objetivos:

Inspección: Se observa somnolienta, con expresión de cansancio, presenta periodos de inquietud y así mismo de confusión.

Arcos de movimientos íntegros en miembro torácico y pélvico derecho y en miembro torácico y pélvico izquierdo flácidos.

Medicamentos:

Haldol ½ ampula, en mañana y noche quedando: ½ - 0 - ½.

Ketorolaco 30mg c/ 8hrs.

USO DE PRENDAS DE VESTIR

Datos subjetivos:

Ella elige su vestuario su esposo le sugiere, comenta no necesitar ayuda para vestirse y desvestirse.

Su estado emocional no influye en su manera de vestir siempre le gusta arreglarse y verse bien, tomando en cuenta la actividad que va a realizar y en base a la vestimenta con la que cuenta. Realiza el cambio de ropa interior diario.

Datos objetivos:

Presenta limitación para vestirse y desvestirse. Se cambia cama, bata y pañal diario.

TERMORREGULACIÓN

Datos subjetivos:

Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura, utilizando prendas ligeras en caso de calor y abrigándose cuando hace frío; que le agrada más el clima caluroso. Aclara que su cuarto tiene una temperatura fría.

Datos objetivos:

Inspección. La temperatura donde se encuentra es templada. Su piel cursa con hipertermia.

Temperatura de 38.5°C.

Medicamentos:

Paracetamol, 1gr C/8hrs x SNG.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos subjetivos:

Realiza el baño y su aseo bucal una vez al día por las mañanas, el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

Datos objetivos:

Inspección: El cabello es de color negro, cenizo y abundante. Orejas simétricas. Conducto auditivo externo sin inflamación ni obstrucción, presencia de cerumen en una cantidad moderada. Su lengua se observa con placas blanquecinas, dientes con coloración amarilla, halitosis, caria, labios secos

y agrietados, uñas largas con presencia de bordes y quebradizas, catéter largo en miembro superior izquierdo.

EVITAR PELIGROS

Datos subjetivos:

Toxicomanías negadas.

Datos objetivos:

Inspección: Paciente decúbito dorsal, con SNG, catéter en miembro superior izquierdo, sonda foley a derivación, sujeta de miembros superiores, por periodos de agitación psicomotriz.

Se encuentra en el segundo piso del INNN, con los servicios y accesorios básicos, permitiendo la estancia a un familiar.

Medicamentos:

Itraconazol 1 cápsula c/12hrs.

Cefepime 1gr c/12hrs.

Dexametazona 8mg c/8hrs.

COMUNICACIÓN

Datos subjetivos:

Su esposo afirma que lleva una relación buena con él, sus hijos, amigos y familiares. Por las mañanas pasa 5 horas sola.

Datos objetivos:

La paciente se encuentra somnolienta, por lo que no puede establecer conversación.

CREENCIAS Y VALORES

Datos subjetivos:

Su familiar sostiene que la religión que practica es católica, acude a misa cada 8 días, y no le genera ningún conflicto su religión.

Datos objetivos:

En su buró y cama se observan imágenes de la virgen de Guadalupe y escapularios.

TRABAJO Y REALIZACIÓN

Datos subjetivos:

Su esposo afirma que se dedican al comercio.

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos subjetivos:

Esclarece que le gusta el baile, yoga, e ir al gimnasio.

APRENDIZAJE

Datos subjetivos:

Su escolaridad es de primaria y no le interesa continuar estudiando.

Datos objetivos:

Aparentemente la paciente no conoce a cerca de su enfermedad dado que es un evento agudo.

8.4 CONCLUSION DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
1. Oxigenación	Parcialmente dependiente	DX Riesgo de alteración en la perfusión tisular, relacionado con cifra de hemoglobina de 10.3L.
2. Nutrición e Hidratación	Dependiente	DX. Alteración de la deglución, relacionado con proceso neuroinfeccioso, manifestado por alimentación enteral.
3. Eliminación	Parcialmente Dependiente	DX. Alteración de la eliminación urinaria relacionado con proceso neuroinfeccioso, manifestado por relajación de esfínteres.
4. Moverse y mantener una buena postura	Dependiente	DX. Alteración de la movilidad física relacionado con afección neuromuscular manifestado por hemiparesia izquierda.
5. Descanso y sueño	Dependiente	DX. Alteración del estado de conciencia relacionado con proceso infeccioso, manifestado por confusión y periodos de inquietud.
6. Usar prendas de vestir adecuadas	Dependiente	DX. Déficit de autocuidado relacionado con falta de fuerza, manifestado por limitación para vestirse y desvestirse.
7. Termorregulación	Dependiente	DX. Hipertermia relacionado con proceso infeccioso, manifestado por temperatura de 38.5°c
8. Higiene y protección de la piel	Dependiente	DX. Higiene oral inadecuada, relacionado con proceso patológico manifestado por halitosis, caries y aftas.
9. Evitar peligros	Parcialmente dependiente	DX. Riesgo de lesión relacionado con periodos de agitación psicomotriz.
10. Comunicación	Dependiente	DX. Trastorno de la comunicación verbal relacionado con proceso neuroinfeccioso, manifestado por afasia sensitiva, motora y disartria.
11. Creencias y valores	Independiente	Espiritualidad satisfecha
12. Trabajo y realización	Parcialmente dependiente	DX. Riesgo de pérdida en el rol familiar, relacionado con hospitalización.
13. Participar en actividades recreativas		No valorables
14 Aprendizaje		

8.5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

PLAN DE CUIDADOS.

DX Riesgo de alteración en la perfusión tisular, relacionado con cifra de hemoglobina de 10.3mg/dl.

FUNDAMENTACIÓN

La perfusión sanguínea es necesaria para mantener las reacciones enzimáticas y el uso de oxígeno a nivel mitocondrial para preservar la respiración aerobia celular y mantener un volumen circulatorio efectivo, que transporte a todas las células una oxigenación apropiada, para lograr corregir una alteración metabólica.

La hemoglobina es una proteína que tiene la función de transportar el oxígeno a las células del organismo pero al disminución de ésta compromete la perfusión tisular ocasionando distintas alteraciones como en el estado de conciencia.

OBJETIVO

Evitar alteración en la perfusión tisular por medio de diferentes cuidados de enfermera.

CUIDADOS

1.- Valoración el estado general de la paciente y posibles cambios tisulares y en el estado de conciencia.

FUNDAMENTACIÓN:

La valoración del estado general del paciente nos permite identificar posibles alteraciones y complicaciones, la perfusión tisular es necesaria para mantener las reacciones enzimáticas y el uso de oxígeno a nivel mitocondrial para

preservar la respiración aerobia celular y mantener un volúmen circulatorio efectivo, que transporte a todas las células una oxigenación apropiada, para lograr corregir una alteración en el estado de conciencia.

2.- Valorar la frecuencia respiratoria y cardiaca cada 2 horas.

FUNDAMENTACIÓN:

El paciente con una hemoglobina disminuida aumenta la frecuencia respiratoria y cardiaca, poniendo en práctica los mecanismos compensatorios fisiológicos de la hipoperfusión, con la finalidad de suplir el aporte de oxígeno que demanda el compromiso celular a distintos niveles como cardíaco, cerebral, pulmonar e hígado.

3.- Acordar con el médico la ingesta de alimentos ricos en hierro y continuar con la dieta polimérica.

FUNDAMENTACIÓN:

El hierro es un mineral esencial y un importante componente de proteínas que está presente en el transporte del oxígeno y en el metabolismo. El hierro es también un cofactor esencial en la síntesis de los neuro-transmisores, como la dopamina, norepinefrina y serotonina. Cerca del 15 por ciento del hierro del cuerpo se almacena para futuras necesidades y se activa si la ingestión en la dieta es inadecuada. Por lo general, el cuerpo mantiene el estado del hierro normal mediante la cantidad de hierro que se absorbe de los alimentos. El ensure es uno de los mejores suplementos que hacen una comida y cumple con los requerimientos del organismo.²

4.- Valorar la coloración de piel y monitorizar niveles de hemoglobina.

FUNDAMENTACIÓN:

La palidez puede ser el resultado de una disminución en el suministro de sangre a la piel (frío, desmayo, shock, hipoglicemia) o una reducción en el número de glóbulos rojos.

² <http://www.metromedicalonline.com/products.html>

La hemoglobina es una proteína de la sangre, de color rojo característico, que tiene como función transportar el oxígeno desde los órganos respiratorios hasta los tejidos.

EVALUACIÓN

La paciente continúa su alimentación por SNG, con la dieta polimérica alternada con dieta licuada rica en hierro. La coloración de la piel mejora, continúa somnolienta. De acuerdo a los resultados de laboratorio se observa un incremento en la cifra de hemoglobina quedando esta en 11.5mg/dl.

PLAN DE CUIDADOS.

DX. Alteración de la deglución, relacionado con proceso neuroinfeccioso, manifestado por alimentación enteral.

FUNDAMENTACIÓN:

La deglución es el paso del bolo alimenticio desde la boca hacia la faringe. A este acto se le denomina vulgarmente como comer.

Antes de la deglución existe una fase preparatoria de masticación del alimento, ésta se realiza en la boca mediante el uso de los dientes y músculos que actúan de una manera coordinada e integrada. Dentro de la ingestión, digestión se pueden encontrar distintos pequeños procesos, tales como: la digestión bucal y la deglución. Principalmente estos dos procesos, que se llevan a cabo al inicio del sistema digestivo, por lo tanto la deglución es parte de la ingestión. La deglución corresponde al simple acto de tragar, pero en cabalidad se pueden distinguir dos fases: la voluntaria y la involuntaria.³

Acto voluntario:

La lengua actúa sobre el alimento "empujándolo" hacia la faringe, ya ensalivado para pasar de forma más fácil.

Acto involuntario:

Corresponde al conjunto de movimientos peristálticos que impulsan al bolo alimenticio para que éste pueda entrar al estómago y puedan seguir los procesos digestivos.

El paciente con proceso neuroinfeccioso puede presentar distintas afecciones, una de estas es en el nervio glossofaríngeo el cual impide la capacidad para deglutir, y es entonces cuando se recurre a la opción de alimentación enteral.

³ RODAS. Nutrición básica y aplicada. Pág.35

OBJETIVO:

Mantener los requerimientos corporales por medio de una nutrición equilibrada.

CUIDADOS:

1.- Valorar el estado nutricional y las condiciones en que se encuentra la paciente.

FUNDAMENTACIÓN

Las condiciones en que se encuentra la paciente nos dará la pauta para determinar la cantidad de alimento que debe ingerir, pues los seres humanos necesitamos para sobrevivir y desarrollarnos normalmente ciertas cantidades de nutrientes, es importante tomar en cuenta la edad, sexo y patología que presenta, para poder obtener la relación entre los alimentos con la salud, pues con una adecuada nutrición la recuperación será aun más rápida.

2.- Posición de la cama a 30°.

FUNDAMENTACIÓN

La colocación del paciente en posición inclinada, con la mitad superior del cuerpo levantada mediante elevación de la cabecera, evita que haya aspiración accidental de líquidos o alimentos por las vías respiratorias, es decir una broncoaspiración la cual provoca asfixia y al no ser atendida a tiempo nos lleva a la muerte.⁴

3.- Medir residuo gástrico antes de iniciar dieta.

FUNDAMENTACIÓN

Si el Residuo gástrico es mayor de 100cc y presenta estreñimiento, diarrea, distensión abdominal, vómitos ó regurgitación, se determinara que la dieta no esta siendo absorbida, por tanto nuestra paciente debe permanecer en ayuno para evitar las complicaciones y posterior a esto la dieta se reiniciara de forma progresiva mediante un régimen de tolerancia, pues nos permite adaptar al sistema digestivo la reinstauración del aporte de líquidos y sólidos por vía enteral.

⁴ <http://www.salud.com/enfermedades/broncoaspiracion.asp>

4.- Alimentación por SNG (ENSURE) a 60cc/hr 5 x 1.

FUNDAMENTACIÓN

La alimentación enteral se emplea en aquellos pacientes que conservan el peristaltismo intestinal pero que no son capaces de ingerir los alimentos por vía oral.⁵

La alimentación enteral se define como la técnica de intervención nutricional mediante la cual la totalidad o gran parte de los requerimientos calóricos, proteicos y de micro nutrientes es administrada por vía oral (voluntaria) o por una sonda colocada en el tracto gastrointestinal (sin la participación activa del paciente).

El Ensure es uno de los mejores suplementos que hacen una comida, es una dieta polimérica que cumple con los requerimientos necesarios que necesita el organismo.

5.- Cambiar los contenedores y líneas de infusión (sistemas) deben ser sustituidos cada 24 horas.

FUNDAMENTACIÓN

Los equipos tienen una caducidad de 24hrs con la finalidad de evitar infección en el sitio de entrada o en la circulación, en caso necesario se cambiaran antes, debe considerarse al realizar el cambio será con todas las medidas de esterilidad, iguales a las utilizadas durante una cirugía, para evitar la incidencia en el número de infecciones y para mejorar la estabilidad de la paciente.

6.- La manipulación del material y los nutrientes se realizará de forma aséptica.

FUNDAMENTACIÓN

La asepsia es la "condición libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones". La práctica de mantener en estado aséptico un área, se denomina técnica aséptica, es por esto que si la manipulación del material es de forma aséptica se evitaban infecciones.

7.- Lavar la sonda después de ministrar alimento o medicamentos.

⁵ POTTER Op Cit P25

FUNDAMENTACIÓN

Cuando administremos alimentación o medicación por sonda naso gástrica, es necesario lavar la sonda para evitar residuos en el trayecto de esta y de igual forma evitar que se obstruya, el lavado de la sonda puede ser con 50 ml de agua o la suficiente para limpiarla.⁶

8.- Limpiar las narinas con un hisopo húmedo, y cambiar la fijación de la sonda nasogástrica.

FUNDAMENTACIÓN

La limpieza de los orificios nasales y cambio de fijación es necesaria realizarla diario para evitar acumulación de secreciones, esto permitirá que la paciente este más cómoda, cuando una fijación de sonda naso gástrica permanece por varios días ocasiona irritación en la piel es por esto que el cambio será mínimo una vez al día, para evitar alteración en la piel.

EVALUACIÓN

La paciente permanece con sonda nasogástrica, por medio de la cual se alimenta cumpliendo satisfactoriamente los requerimientos del cuerpo.

⁶ POTTER Op Cit pág. 28

PLAN DE CUIDADOS.

DX. Alteración de la eliminación urinaria relacionado con proceso neuroinfeccioso, manifestado por relajación de esfínteres.

FUNDAMENTACIÓN

La micción es un proceso por el que la vejiga urinaria se vacía de orina cuando está llena. La vejiga (que en estado vacío se encuentra comprimida por los demás órganos) se llena poco a poco hasta que la tensión de sus paredes se eleva por encima de un valor umbral y entonces se desencadena un reflejo neurógeno llamado reflejo miccional que provoca la micción, y si no se consigue, al menos produce el deseo consciente de orinar.

La micción puede inhibirse o precipitarse por centros encefálicos que son:

- Poderosos centros facilitadores e inhibidores en el tronco cerebral, tal vez localizadas en la protuberancia.
- Varios centros localizados en la corteza cerebral, que son sobre todo inhibidores pero también pueden ser excitadores.

En control encefálico de la micción se produce por los siguientes medios:

- A través de la médula espinal, los núcleos encefálicos estimulan los centros parasimpáticos sacros para que por medio del nervio pudendo relajen el músculo esfínter externo, cuando hay deseo de orinar. Además se produce contracción abdominal y relajación del suelo pélvico, que facilitan la micción.
- A través de la médula espinal, los núcleos encefálicos estimulan los centros simpáticos que producen contracción del trigono y del esfínter externo, impidiendo la micción.⁷

⁷ RICHARD S. Neuroanatomía Clínica pág.68

OBJETIVO:

- Ayudar a que la paciente recupere la sensibilidad en la micción.

CUIDADOS

1.- Valorar los factores que ocasionan la relajación de esfínteres.

FUNDAMENTACIÓN

La micción definida como el acto de vaciar la vejiga *una vez que ésta ha llegado a su capacidad fisiológica* y la persona se encuentra en un lugar adecuado. Por ello cabe considerar dos fases muy claras en la dinámica miccional: fase de llenado y fase de vaciado.

La vejiga y uretra están inervadas por el S.N. vegetativo tanto simpático como parasimpático y por el S.N. somático. Ambas divisiones del S.N. vegetativo funcionan de forma sinérgica moduladas por centros medulares y encefálicos y de forma antagónica, habida cuenta que mientras el parasimpático actúa como estimulador de la función vesical de contracción, el simpático lo hace de forma inhibitoria, pero al estar existir una neuroinfección este procedimiento no se lleva a cabo.⁸

2.- Mantener la bolsa recolectora de orina por debajo de la línea de cintura.

FUNDAMENTACIÓN

La sonda foley es un tubo de drenaje delgado y flexible que transporta la orina cuando la persona no es capaz de vaciar su vejiga de manera independiente, Siempre la bolsa recolectora de drenaje debe mantenerse bajo el nivel de la vejiga para evitar que la orina se devuelva hacia esta y se originen infecciones urinarias.

⁸ RICHARD S. Op.Cit. pág.340

3.- Evitar que la bolsa recolectora toque el suelo y realizar el cambio.

FUNDAMENTACIÓN

La bolsa recolectora de orina es una pieza de plástico flexible y translúcida (por lo menos en una de sus caras), es cerrada periféricamente por un termosellado y tiene en una de sus caras una o dos escalas, graduadas en mililitros. La parte superior tiene ensamblado un tubo de entrada, así como uno o más dispositivos que sirven para colgar la bolsa. La bolsa recolectora debe ser cambiada cada 5 días con la finalidad de evitar infecciones y si esta toca el suelo deberá cambiarse en ese momento, pues de esta forma se evitara la contaminación y la aparición de infecciones.

4.- Controlar la posible aparición de infección después de siete días.

FUNDAMENTACIÓN

Normalmente, la orina es estéril mientras pasa a través de los riñones y la vejiga, la orina que pasa por la uretra y sale del cuerpo contiene bajos niveles de bacterias. Una de las complicaciones a las que podría estar propenso el paciente que tiene una sonda foley es a una infección urinaria. Se debe valorar la presencia de estos síntomas: Fiebre, escalofríos, falta de orina en la bolsa de drenaje, orina con fuerte o mal olor o más horas, orina opaca o espesa, Náuseas y/o vómitos.

La infección oportunista afecta a los individuos inmunosuprimidos, causada por organismos considerados no patógenos para individuos sanos.

4.- Monitorización de laboratorios como EGO y Urocultivo.

FUNDAMENTACIÓN

Un examen general de orina se puede hacer como parte de un examen médico de rutina para detectar los signos iniciales de una enfermedad. Asimismo, este examen se puede hacer para verificar la presencia de sangre en la orina o para diagnosticar infecciones urinarias. El urocultivo permite la identificación del número y los tipos de bacterias presentes en la orina. Una vez identificado el

tipo de microorganismo, el médico puede recetar el medicamento adecuado para combatirlo.

5.- Medir densidad urinaria.

FUNDAMENTACIÓN

La densidad generalmente se obtiene mediante las tiras reactivas aunque la medición con el densímetro (examen físico) es un método más exacto. Indica la cantidad relativa de solutos que contiene un volumen definido de orina. El 70% a 80% de estos solutos corresponde a la urea.

Al medir la densidad urinaria valoramos la eficiencia glandular, como la secreción de ADH en la hipófisis además de la cantidad de solutos en la orina.⁹

EVALUACIÓN

Se observan genitales íntegros, con presencia de mucosa, sin datos irritación alrededor del meato urinario. Continúa con sonda foley a derivación, los resultados de los exámenes de orina son negativos.

PLAN DE CUIDADOS.

⁹ RICHARD. Op. Cit. pág. 342

DX. Alteración de la movilidad física relacionado con afección neuromuscular manifestado por hemiparesia izquierda.

FUNDAMENTACIÓN

La movilidad física es la capacidad que tiene cada persona para trasladarse de un lugar a otro, sin embargo en ocasiones puede disminuir esta por algún problema a nivel cerebral, dando como resultado la hemiparesia, monoparesia, hemiplejía cuádruplejía.

La hemiparesia es la debilidad de un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo, la cara puede o no estar débil. La hemiparesia puede ocurrir por una lesión del cerebro, tronco cerebral, cerebelo, o medula cervical superior. La hemiparesia no ocurre por lesiones en el sistema nervioso periférico.¹⁰

OBJETIVO

Mantener la fuerza muscular en hemicuerpo derecho y aumento de la fuerza muscular en hemicuerpo izquierdo.

CUIDADOS

1.- Realizar ejercicios pasivos y activos.

FUNDAMENTACIÓN

La movilización pasiva mejora la actividad articular y circulación.

Los ejercicios son necesarios para mejorar la circulación y fortalecer los músculos.

La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza de los músculos y mejora las funciones cardíacas y respiratorias.

2.- Explicar el problema y el objetivo de cada ejercicio.

¹⁰ LOZA. Diagnósticos Neurológicos en Enfermería Pág. 82

FUNDAMENTACIÓN:

Tener conocimiento del procedimiento que se realizara, incrementa la seguridad y confianza por parte del paciente y al saber el beneficio de los ejercicios, será capaz y deseará actuar de manera adecuada en la realización de cada uno de los ejercicios, esto beneficiara su recuperación, ya que es necesario realizarlos de forma adecuada, para recuperar su fuerza.

3.- Cambios de posición cada 2 horas.

FUNDAMENTACIÓN

Las personas con autonomía plena suelen desarrollar su existencia activa alternando la bipedestación, el movimiento y el decúbito para descansar y reparar energías. Por diversas circunstancias, el ser humano puede verse obligado a permanecer en cama de forma temporal o permanente, perdiendo toda o parte de su autonomía y precisando que otras personas le ayuden a realizar, o realicen por él, las actividades necesarias para que queden cubiertas sus necesidades. Este estado de reposo comporta importantes riesgos, ya que gran parte de las funciones vitales precisan de movimiento para realizarse satisfactoriamente.

Los cambios de posición evitan alteraciones a la piel y así mismo previenen la atrofia de articulaciones. A sí mismo mejorara la circulación de las zonas de contacto y proporciona comodidad al paciente.

4.- Motivar a la paciente a dar paseos cortos y frecuentes (al menos 3 veces al día).

FUNDAMENTACIÓN.

La motivación hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía.”¹¹ Si motivamos a la paciente a dar paseos cortos ayudaremos a que mejore su movilidad y equilibrio.

¹¹ CASTRO O. Enciclopedia Médica, Pág.487

5.- Establecer medidas de seguridad para favorecer la movilización al pasar los efectos del haldol.

FUNDAMENTACIÓN:

El Haloperidol (Haldol) es una droga neuroléptica del grupo de las butirofenonas y no está químicamente relacionado con otros grupos químicos tales como las fenotiazinas.

Actúa como agente antiagitación psicomotor en: manía, demencia, retardo mental, alcoholismo. Trastornos de la personalidad: compulsivos, paranoides, y otras personalidades. Agitación, agresividad e inquietud, trastornos del carácter y el comportamiento. Su efecto máximo se alcanza en menos de 20 min por vía IV. Tiene una duración de vida media IV de 14 horas, se elimina por medio de metabolismo hepático, eliminación renal y biliar. Es necesario que los barandales permanezcan arriba, las posiciones sean adecuadas y exista sujeción de miembros superiores ya que son medidas para prevenir caídas.¹²

EVALUACIÓN

Se mejora la capacidad de la paciente al incrementar la fuerza muscular en hemicuerpo izquierdo quedando 2/5. Se mantiene en observación brindando comodidad y seguridad para evitar daños.

PLAN DE CUIDADOS

DX. Alteración del estado de conciencia relacionado con proceso infeccioso, manifestado por confusión y periodos de inquietud.

FUNDAMENTACIÓN

El estado de conciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo que nos rodea, existen diferentes estados de conciencia los cuales son:

- * Alerta; responde inmediatamente a las preguntas; puede estar desorientado.
 - * Confuso; obedece órdenes complejas.
 - * Somnoliento, confuso y sin interés por el medio que le rodea; se duerme fácilmente cuando no se le estimula; obedece solamente órdenes sencillas.
 - * Estuporoso, duerme cuando no se le estimula; responde rápida y adecuadamente a estímulos dolorosos de moderada intensidad.
- Coma; no responde a ningún estímulo; presenta fenómenos de decorticación y de descerebración.¹³
- * Coma profundo; flaccidez; no responde a ningún estímulo.

OBJETIVO:

Determinar el estado de conciencia, y ofrecer los cuidados específicos evitando complicaciones a su padecimiento.

CUIDADOS

1.- Valorar el estado de conciencia.

FUNDAMENTACIÓN:

El estado de conciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo fenoménico que nos rodea, existen distintos estados de conciencia; Alerta, confuso, somnoliento, estuporoso y Coma.

2.- Sujeción de miembros superiores.

FUNDAMENTACIÓN:

¹³ *JUAN Neurología pág.86.

Las sujeciones se utilizan con la finalidad de mantener seguro al paciente (libre de daños), y se utilizan de forma temporal. Su aplicación es indicada para impedir la caída o deambulaci3n peligrosa del paciente, para proteger de autolesiones (quitarse drenajes, ap3sitos, etc.) y para impedir la agresi3n a otros. Las sujeciones deben usarse como 3ltimo recurso y forman parte del tratamiento m3dico.¹⁴

3.- Ministraci3n de medicamento (haldol) IV 2.5mg c/12 horas.

FUNDAMENTACI3N:

El Haloperidol (Haldol) es una droga neurol3ptica del grupo de las butirofenonas y no est3 qu3micamente relacionado con otros grupos qu3micos tales como las fenotiazinas.

Act3a como agente antiagitaci3n psicomotor en: man3a, demencia, retardo mental, alcoholismo. Trastornos de la personalidad: compulsivos, paranoides, y otras personalidades. Agitaci3n, agresividad e inquietud, trastornos del car3cter y el comportamiento.

EVALUACI3N

La paciente responde 3rdenes sencillas, y contin3a presentando periodos de confusi3n y agitaci3n psicomotriz. Se sigue con tratamiento farmacol3gico, ministrando el Haldol.

PLAN DE CUIDADOS

¹⁴ LOZA Op Cit, P3g.77

DX. Déficit de autocuidado relacionado con falta de fuerza, manifestado por limitación para vestirse y desvestirse.

FUNDAMENTACIÓN

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar". Según Orem el autocuidado es una acción que tiene un patrón y una secuencia cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humano. Sin embargo también es considerado como la capacidad de un individuo para realizar las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, y puede alterarse cuando la persona no tiene la fuerza para realizar dichas actividades.¹⁵ El vestirse es una necesidad básica para el individuo y es cubierta de acuerdo con las costumbres que tiene cada persona.

OBJETIVO

Fomentar la independencia para vestirse.

CUIDADOS

1.- Valorar la fuerza de miembro superior e inferior izquierdo ya que es factor de limitación.

FUNDAMENTACIÓN

La fuerza muscular es *la capacidad de superar una resistencia externa o interna, gracias a la tensión generada por la contracción muscular* desde el punto de vista biológico se entiende como la capacidad de un ser vivo para vencer o soportar una resistencia. En el ser humano viene determinada por la tensión generada en el aparato muscular producto de la contracción.

¹⁵ <http://es.wikipedia.org/wiki/Autocuidado>

Al identificar el factor que provoca la limitación planeamos que técnica implementar.

2.- Colocar ropas en el orden que se necesitaran para vestirse.

FUNDAMENTACIÓN

La colocación sistemática de la ropa evita demoras, agiliza el proceso para vestir a la paciente provocando mayor comodidad a ella.

3.- Explicar el procedimiento a realizar.

FUNDAMENTACIÓN

Para poder brindar confianza a la paciente es indispensable explicar en que consiste el procedimiento, con esto obtendremos mayor confianza y evitaremos el temor, pues lo desconocido ocasiona temor.

4.- Elegir ropa suelta.

FUNDAMENTACIÓN

La ropa suelta permite mayor facilidad al colocarla, de esta manera la paciente se sentirá más tranquila al ser más rápido su cambio de ropa.

5.- Mantener la individualidad de la paciente.

FUNDAMENTACIÓN

Todo ser humano requiere de su individualidad pues la individualidad, es lo que hace que una cosa de la misma naturaleza que otra difiera de esta otra, es decir es lo que hace que una cosa difiera de otra cuya naturaleza comparte. Por tanto cada persona un ser único y tiene su propia individualidad.¹⁶

EVALUACIÓN

Muestra su mejoría al integrarse al realizar el cambio de ropa, la movilidad de miembros superiores ayuda agilizar el procedimiento para vestirla.

¹⁶ <http://es.wikipedia.org/wiki/individualidad>

PLAN DE CUIDADOS

DX. Hipertermia relacionado con proceso infeccioso, manifestado por temperatura de 38.5°C

FUNDAMENTACIÓN

La temperatura resulta del balance entre la producción y la pérdida de calor, controlado por el centro termorregulador situado en el hipotálamo anterior. El calor se genera a través de la producción endógena en los procesos metabólicos y cuando la temperatura ambiente supera a la corporal; y se pierde a través de las superficies corporales (piel y pulmones).¹⁷

La temperatura normal del cuerpo de una persona varía dependiendo de su sexo, su actividad reciente, el consumo de alimentos y líquidos, la hora del día y, en las mujeres, de la fase del ciclo menstrual en la que se encuentren. La temperatura corporal normal 36,5°C, y 37,2°C.

La fiebre se define como la elevación de la temperatura por encima de la variación diaria normal, cuyo mecanismo consiste en un reajuste al alza del centro termorregulador, y se reserva para la temperatura mayor de 38° C; febrícula define la temperatura entre 37-38° C.

El mecanismo fisiopatológico fundamental de la fiebre es el reajuste hipotalámico de regulación de la temperatura a un nivel más elevado que el normal, debido a algún proceso patológico. El factor desencadenante del aumento de la temperatura podría ser la liberación de prostaglandinas, sobre todo las de clase E, por las células endoteliales de los microvasos cerebrales próximos al área hipotalámica termorreguladora. Este mecanismo es estimulado por dos tipos de sustancias circulantes: pirógenos exógenos y endógenos.

¹⁷RICHARD Op. Cit. Pág. 83.

OBJETIVO:

Disminuir la fiebre y recuperar la temperatura corporal cifras dentro de parámetros normales.

CUIDADOS

1.- Aplicación de medios físicos

FUNDAMENTACIÓN

La aplicación de paños húmedos en axilas, abdomen, ingles y cuello disminuye la fiebre, pues son centros reguladores de la temperatura.¹⁸ El manejo inicial de los síndromes febriles y la hipertermia debe ser sintomático, mientras se establece la etiología y se instaura un tratamiento específico. Este manejo sintomático debe incluir la aplicación de medios físicos como los baños de agua fría con esponja, las bolsas plásticas con hielo en regiones inguinal y axilar y el baño general con agua tibia.

2.- Valorar la temperatura cada 30min.

FUNDAMENTACIÓN:

La elevación de la temperatura de produce por alteraciones de la termorregulación en el hipotálamo donde existe un centro o pequeña agrupación de neuronas termosensitivas cerca al piso del tercer ventrículo. Esta zona del cerebro es la encargada de controlar la temperatura corporal e iniciar la fiebre cuando es estimulada por pirógenos endógenos, que tal vez actúan directamente.

3.- Ministración de medicamentos (tempra) 1Gr por SNG.

FUNDAMENTACIÓN:

Analgesico y antipirético útil para reducir la fiebre y en la analgesia temporal de algias menores, malestares asociados con fiebre y dolor. Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al paracetamol. Tabletas:

¹⁸ LOZA Op Cit Pág. 82-84

enfermedades hepáticas, ingestión de anticoagulantes, trastornos de coagulación, úlcera péptica activa.

4.- Ministrar cefepime 1grc IV C/12hrs y aciclovir 750mg IV C/8hrs.

FUNDAMENTACIÓN

Son sustancias medicinales seguras que tienen el poder para destruir o detener el crecimiento de organismos infecciosos en el cuerpo. Los organismos pueden ser bacterias, virus, hongos, o los animales minúsculos llamados protozoos. Un grupo particular de estos agentes constituyen las drogas llamadas antibióticos. Algunos antibióticos son producidos por organismos vivientes tales como bacterias, hongos, y esporas. Otros son en parte sintéticos es decir, producidos artificialmente.

El cefepime es un nuevo antibiótico para el tratamiento parenteral de las infecciones bacterianas. Su estructura química y sus propiedades son similares a las de la ceftazidima, antibiótico utilizado desde hace más de 10 años. No obstante, también presenta una serie de diferencias con esta y otras cefalosporinas, que hacen del nuevo antibiótico una alternativa interesante en la amplia oferta de las cefalosporinas parenterales.

El aciclovir es un antiviral que se usa en el tratamiento de las infecciones producidas por virus. Esta droga impide la replicación viral disminuyendo la extensión y duración de la enfermedad. El aciclovir se distribuye ampliamente por el organismo, incluyendo líquido cefalorraquídeo y placenta, el volumen de distribución equivale al del agua corporal total.¹⁹

4.- Toma de cultivos de sangre, secreciones, urocultivo, y cultivo de líquido cefalorraquídeo.

FUNDAMENTACIÓN:

Un cultivo de sangre se realiza cuando hay sospecha de infección de la sangre con la presencia de fiebre, escalofríos, presión sanguínea baja u otros síntomas. Un cultivo, en medicina, es sencillamente una siembra del esputo de

¹⁹ <http://www.antibioticoterapia.com/modules>

un paciente en un medio adecuado que se conoce vulgarmente como "caldo de cultivo" para ver si crece algún microorganismo. El urocultivo permite la identificación del número y los tipos de bacterias presentes en la orina. Una vez identificado el tipo de microorganismo, el médico puede recetar el medicamento adecuado para combatirlo. El LCR es un líquido claro que circula en el espacio que rodea la médula espinal y protege el cerebro y la médula espinal de lesiones y shock físico, al igual que transporta productos de neurosecreciones (químicos liberados por el tejido neural), nutrientes, químicos en las células y cambios químicos en las mismas. El estudio del LCR es un examen que se utiliza para detectar la presencia de microorganismos (bacterias, virus y hongos) en el líquido cefalorraquídeo causantes de infección. El cultivo se realiza en el laboratorio. Se frota el líquido en una preparación especial para examinarlo y se deja crecer. El microbiólogo lo examina todos los días y en caso de presentarse crecimiento (un "cultivo positivo"), se identifican los microorganismos y se verifica la susceptibilidad a los antibióticos, permitiendo la mejor selección de éstos.

EVALUACIÓN

Se mantiene la cama libre de ropa, y con el apoyo de los medios físicos y químicos la temperatura desciende hasta 37.5°C. Los cultivos continúan positivos.

PLAN DE CUIDADOS

DX. Higiene oral inadecuada, relacionado con proceso patológico manifestado por halitosis, caries y aftas.

FUNDAMENTACIÓN

La boca cumple una función clave en el aparato digestivo, y hace mucho más que iniciar la digestión. La boca, especialmente los dientes, los labios y la lengua, es esencial para el habla. La lengua, nos permite saborear, también nos permite formar las palabras cuando hablamos. Los labios que delimitan la parte exterior nos ayudan a sostener los alimentos cuando masticamos y a pronunciar las palabras cuando hablamos.

En cuanto a los dientes y la lengua, ayudan a formar las palabras controlando el flujo de aire que sale de la boca. La lengua golpea los dientes cuando se producen ciertos sonidos. Para mantener en condiciones óptimas la mucosa oral, debe realizarse una limpieza adecuada, esto es cepillando los dientes después de cada comida.²⁰

OBJETIVO

Mantener la limpieza en la mucosa oral evitando así complicaciones.

CUIDADOS

1.- Enseñar la técnica adecuada del cepillado de dientes.

FUNDAMENTACIÓN

Los dientes son parte fundamental para mantener en buenas condiciones nuestro organismo, su principal función es la trituración de los alimentos para asegurar la buena digestión de los mismos.

El cepillo se tomará con firmeza para facilitar los movimientos.

Enjuagar bien la boca, de lo contrario los residuos que se han separado de los dientes volverán a depositarse sobre éstos.

2.- Motivar a la paciente a que sea un hábito el cepillarse los dientes.

FUNDAMENTACIÓN

²⁰ CARPENITO. *Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica.*..pág. 674

Debe convertirse en un hábito diario de limpieza. Debe realizarse inmediatamente después de ingerir los alimentos, siendo la medida preventiva más efectiva para evitar enfermedades, tanto caries dental como enfermedad periodontal. Puede efectuarse con el cepillo seco o humedecido en agua.

3.- Aseo bucal con bicarbonato de sodio

FUNDAMENTACIÓN

El bicarbonato es una sal alcalina con propiedades contra la candidiasis. En caso de ésta se presente en la boca es conveniente enjuagarse la cavidad oral con una solución que se prepara disolviendo un octavo de cucharadita de bicarbonato de sodio en un vaso de agua.

4.- Recomendar el uso de enjuagues bucales.

FUNDAMENTACIÓN

Existen enjuagues con funciones específicas dependiendo de su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal. Es recomendable evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir la eficacia de éste.²¹

EVALUACIÓN

Se continúa con colutorios, las piazas dentales completas con presencia de caries, se percibe una disminución en la halitosis.

²¹ CARPENITO, Op Cit pág. 385.

PLAN DE CUIDADOS.

DX. Riesgo de lesión relacionado con periodos de agitación psicomotriz.

FUNDAMENTACIÓN:

La agitación psicomotriz es un conjunto de signos y síntomas psíquicos, que clásicamente se ha englobado en los trastornos de la conducta motora, por hiperactividad, situándolos en el polo opuesto a la inhibición psicomotriz. Puede decirse que se trata de un síndrome caracterizado por aumento significativo de la actividad motora acompañado por alteración de la esfera emocional (ansiedad severa, miedo, pánico, euforia, etc.).

La enfermera asignada al paciente que presenta inquietud debe brindar apoyo adicional para que se reduzcan los signos de ansiedad e inquietud, los cuales contribuyen al peligro de lesión.²²

OBJETIVOS:

- Identificar los factores que aumentan el riesgo de lesión.

CUIDADOS:

1.- Subir los barandales de la cama de la paciente.

FUNDAMENTACIÓN:

Mantener la integridad de la paciente es indispensable ya que evita complicaciones en su padecimiento, una forma de evitar lesiones en la paciente es subir los barandales, y brindar las posiciones adecuadas esto ayudara disminuir el riesgo de lesión.

2.- Sujeción gentil al paciente.

FUNDAMENTACIÓN:

La sujeción consiste en restringir los movimientos del Paciente este cuidado va encaminado, en el caso del paciente agitado, a disminuir los riesgos de auto

²²<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual>

agresividad o heteroagresividad, impedir la manipulación de vías o sondas o evitar la fuga de un paciente ingresado involuntariamente. Es una técnica más de enfermería,

Los apósitos muy apretados ejercen presión sobre los nervios debido a una postura inadecuada, drenaje irritante, escape de líquidos endovenosos o bolsas con agua muy caliente.

3.- Dar posición adecuada.

FUNDAMENTACIÓN:

La comodidad del paciente es necesaria mantenerla pues con ella se evitan diferentes lesiones, tanto musculares como en piel, dando como resultado una recuperación más rápida.

4.- Vigilancia estrecha del paciente conforme pasa el efecto del medicamento (haldol).

FUNDAMENTACIÓN:

El Haloperidol (Haldol) es una droga neuroléptica que actúa como agente antiagitación psicomotor en: manía, demencia, retardo mental, alcoholismo. Trastornos de la personalidad: compulsivos, paranoides, y otras personalidades. Agitación, agresividad e inquietud, trastornos del carácter y el comportamiento.

Una observación continua del paciente permite a la enfermera detectar problemas que puedan causar algún tipo de lesión, una vez pasado el efecto del medicamento.

EVALUACIÓN

Continua presentando periodos de agitación, por este motivo se mantiene sujeta de miembros superiores y con barandales de la cama levantados, se mantiene la integridad de la paciente.

PLAN DE CUIDADOS

DX. Trastorno de la comunicación verbal relacionado con proceso neuroinfeccioso, manifestado por afasia sensitiva, motora y disartria.

FUNDAMENTACIÓN:

Un "trastorno del habla y lenguaje" se refiere a los problemas de la comunicación u otras áreas relacionadas, tales como las funciones motoras orales. Estos atrasos y trastornos varían desde simples substituciones de sonido hasta la inhabilidad de comprender o utilizar el lenguaje o mecanismo motor-oral para el habla y alimentación. Algunas causas de las alteraciones del habla son los trastornos neurológicos, lesión cerebral y retraso mental.

La afasia sensitiva significa falta de comunicación por el lenguaje y según la definición es un estado patológico que consiste en la pérdida completa o incompleta de la facultad de la palabra, con conservación de la inteligencia y de la integridad de los órganos de la fonación.²³

La *afasia sensorial o sensitiva*, Los cuadros clínicos son diferentes, se produciendo la pérdida de la comprensión del lenguaje hablado y/o escrito. En esta instancia, el enfermo puede hablar, pero no coordina las palabras o los sonidos, oye pero no entiende, ve las letras pero no es capaz de leer y escribir. Con la afasia sensorial las palabras pierden su significación simbólica, sin la existencia de ningún trastorno motor, ni en la voz, como tampoco en la articulación del lenguaje. En esta clase de afasia el paciente puede presentar dificultades en el reconocimiento de objetos inanimados a través del sentido del tacto o el de la vista, perdiendo su significación y con la imposibilidad de denominarlos. Un ejemplo de esta deficiencia es la posibilidad de confundir objetos entre sí, así como sus utilidades como por ejemplo un peine con un cepillo de dientes o no reconocer a una persona por sus facciones y sí hacerlo al escuchar su voz.²⁴

²³ LOZA Op.Cit. pág.39

²⁴JUAN Op Cit P. 322-326.

OBJETIVO

Lograr que la paciente se comunique de forma verbal.

CUIDADOS

1.- Enseñar distintas técnicas para mejorar la comunicación.

FUNDAMENTACIÓN.

La terapia del habla y el lenguaje ayudan a las personas a desarrollar sus destrezas de comunicación y tratan los desórdenes del habla, del lenguaje y de la voz. Sus servicios incluyen prevención, detección, evaluación, tratamiento y rehabilitación.

2.- Utilizar oraciones sencillas, y hablar con lentitud.

FUNDAMENTACIÓN

El lenguaje es un conjunto de sonidos y palabras con que se expresa el pensamiento y toda forma de comunicar el pensamiento. Utilizar frases cortas permite que la paciente capte de mejor manera la información, ya que puede visualizar y entender mejor las palabras.

3.- Sugerir a los familiares que le hablen a la paciente en tono normal y que no le griten.

FUNDAMENTACIÓN

Hablar con un tono de voz normal evita que la paciente se altere, brindando mayor confianza para lograr que se sienta mejor de esta e interprete mayor información.

EVALUACIÓN

Mejora la forma de comunicarse articula algunas palabras, continúa asistiendo a sus terapias de lenguaje.

PLAN DE CUIDADOS

DX. Riesgo de pérdida en el rol familiar, relacionado con hospitalización.

FUNDAMENTACIÓN

Se entiende por rol a la actividad que desempeña cada persona, o bien Son los papeles que aprendimos a jugar desde niños, para equilibrar el sistema familiar, para protegernos y para obtener lo que necesitamos.

En los últimos años el rol de la mujer ha cambiado pues, no solamente se dedica a su hogar, si no que también participa en la economía familiar, sin embargo cuando el organismo sufre algunas limitaciones secundarias a problemas neurológicos se llega hasta la pérdida de roles en relación a la discapacidad o limitación.

OBJETIVO

Propiciar la integración familiar.

CUIDADOS

1.- Orientar a la familia sobre los cuidados que requiere la paciente.

FUNDAMENTACIÓN

El paciente con neuroinfección presenta un alto riesgo de recaer, ya que el virus continúa latente y puede activarse en cualquier momento, así mismo puede ocasionar secuelas de distintos tipos.

2.- Mencionarle a su esposo que deben familiarizarse con las actividades que desempeñaba la paciente en su hogar.

FUNDAMENTACIÓN

Conocer las actividades que desarrollaba dentro de su rol familiar ayuda a que los familiares las lleven a cabo de una mejor manera.

3.- Sugerir al familiar que debe hablar con sus hijos y explicarles las limitaciones que se podrían presentar posterior a el egreso de la paciente.

FUNDAMENTACIÓN

La patología de Encefalitis Viral puede provocar distintas secuelas, es necesario hacer mención de esto a los familiares y sobretodo a sus hijos ya que son los que permanecen en contacto con ella.

EVALUACIÓN

El esposo de la paciente refiere que hablara con sus familiares explicando la situación que presenta la paciente, para poder determinar quién se hará cargo de las actividades que ella realizaba, si llegara a presentar alguna de las secuelas ocasionadas por la enfermedad. como deterioro mental, cambios en la personalidad, alteraciones de los movimientos, problemas de lenguaje, entre otras.

EVALUACIÓN

Después de la implementación del cuidado a la paciente en cuestión, se pudo observar que progresaba lenta y paulatinamente hacia una franca mejoría sus necesidades básicas se han cuidado de manera satisfactoria aunque es preciso señalar que aún no se encuentran resueltas totalmente.

El cuidado derivado de cada diagnóstico de enfermería se realizó hasta ese momento en forma exitosa, se le señaló al familiar que la paciente tiene un riesgo alto de presentar secuelas, o bien de recaer en cualquier momento debido a que el virus seguirá latente y podrá activarse en cualquier momento de su vida.

El pronóstico de la paciente depende de la gravedad de las lesiones, pueden quedar secuelas como son: déficit intelectual, motor, psiquiátrico, epiléptico, visual y/o auditivo, si existe un déficit de este grado la paciente no podrá mantener su independencia.

Hasta el momento la paciente continúa en el segundo piso, con tratamiento farmacológico y los cuidados requeridos para mantener sus Necesidades Básicas, se mantiene con vigilancia estrecha de estado neurológico.

CONCLUSIÓN

Con base en el análisis de la información antes revisada puedo concluir que; la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permite definir el ejercicio profesional y garantizar la calidad de los cuidados, pues ha sido concebido a partir de conocimientos científicos y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería en los diferentes niveles de atención y/o servicios donde esta disciplina proporcione cuidados al individuo, familia y comunidad.

La Enfermería actualmente requiere sustentar el cuidado enfermero, y esto se hace posible a través del Proceso de Enfermería, lo que permite la transformación de la práctica profesional y con ello se brindan cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, sin olvidar los componentes humanísticos.

La realización de este trabajo me ayudo en gran forma para consolidar aspectos que durante mi formación no quedaban claros, comprendí que esta disciplina es un tanto compleja cuando no logramos entender el porque realizar el cuidado, y así mismo saber que cuidado brindar en determinado momento, enfermería no es simplemente rutina desafortunadamente así es vista por muchas personas, o tal vez así hemos permitido que sea, ahora se que no podrá ser rutina jamás, el ser humano es único con capacidad de razonar, y actuar, es necesario tomar en cuenta siempre sus principios, valores, creencias, cultura y educación para poder brindar un verdadero cuidado.

Haber abarcado este trabajo desde un aspecto filosófico nos demuestra que el hombre es el objeto de estudio de la enfermería y hace que nos concentremos

en las experiencias sociales e individuales. También quiero comentar que el haber permanecido en contacto con la paciente y su familiar he logrado sentir una gran satisfacción, por el ejercicio realizado, aunque ella permanezca en el hospital, se que durante mi estancia con ella ayude a mantener sus necesidades básicas.

Por último quiero comentar que el aprendizaje adquirido en este trabajo es realmente grande me permitió mejorar y ampliar el conocimiento sobre la enfermería que obtuve durante mi formación, desarrollar este arte no es fácil, es necesario entender más allá de la patología que presenta el enfermo, es empatizar, pues solo así logramos entender lo que el paciente requiere y de esta forma brindamos el verdadero cuidado enfermero.

GLOSARIO

CIENCIA: Doctrina del conocimiento. Es la observación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales.

CUADRIPLÉJIA: Pérdida de fuerza muscular en las cuatro extremidades.

DISCIPLINA: Campo de investigación marcado por una perspectiva única, es decir una manera distinta de ver los fenómenos.

ESTADO DE CONCIENCIA: Funciones neurocognitivas superiores. El estado de conciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo fenoménico que nos rodea.

ENCÉFALO: Parte del sistema nervioso central alojada en la cavidad craneana. Comprende el cerebro, el cerebelo y el tronco del encéfalo.

ENCEFALITIS: Inflamación del encéfalo.

ESTUPOR: el despertar sólo se consigue con estímulos nociceptivos, algo que no se logra con el coma.

FILOSOFÍA: Orientación, manera habitual de afrontar la vida: posición general con relación a la naturaleza de las cosas y del mundo.

HEMIPARESIA: Disminución de la capacidad motora de un lado del cuerpo. Debilidad muscular o parálisis parcial que afecta solo un lado del cuerpo.

HEMIPLEJÍA: Parálisis completa de la musculatura de un hemicuerpo.

HIPERtermÍA: Temperatura corporal elevada, muy por encima del valor normal. Además de la estimulación del centro termógeno por toxinas, también se produce por una destrucción del centro que regula la pérdida de calor.

LETARGIA: Dificultad para mantener de forma espontánea un nivel de vigilia adecuado y estable, se asocia con episodios de agitación.

METAPARADIGMA: Perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, entorno) e intenta explicar sus relaciones.

MODELO: Idea que se explica a través de la visualización simbólica y física.

OBNUBILACIÓN Estado en el cual para mantener la vigilia se requieren estímulos exógenos no dolorosos.

PARADIGMA: Corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influye en el desarrollo del saber y de la habilidad del seno de las disciplinas.

VIRUS: estructuras complejas compuestas de proteínas y un ácido nucleico. Aunque a menudo se les confunde con seres vivos, no lo son, dado que no presentan funciones de reproducción, relación con el entorno o nutrición.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

COLLIERE Françoise Marie. Promover la Vida Edit. Mc Graw-Hill. Interamericana. Madrid 1993.

Donahue M Patricia. La condición del arte en La Historia de la Enfermería Edit. Masson.

GONZÁLEZ Siles José, Historia de la Enfermería Editorial. Agua clara. México 2001.

Imogene M. King. Enfermería como profesión. Editorial Limusa México 1984.

KEROVAC Suzanne. El pensamiento en Enfermería Editorial Masson, México 1996.

KOSIER ERB Olivieri. Enfermería Fundamental – Conceptos y Procesos”, Tomo I Editorial Mc Graw – Hill Interamericana.

TOMEY Ann Marriner, Teorías y Modelos en Enfermería, Harcourt Brace, España 1999.

VILLA Campa Vicente. Filosofía Cultural. Editorial. Cultural p 14, México 1998.

WESLEY L. Ruby, Teorías y Modelos de Enfermería Editorial McGraw-Hill Interamericana, México 1997.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

CARPENITO, J Lynda. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. Editorial Interamericana McGrawHill, México, 1989.

GASTRO Orbita, Hombre, Medicina y Salud Enciclopedia Médica, Editorial Britanica.

GISPERT, Carlos. Diccionario de Medicina Océano Mosby. 4ta. Edición. Editorial Océano, España 2000.

HERNANDEZ Falcón Julio. El Proceso atención de Enfermería Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.

JUAN J. Zarranz, “Neurología”, Editorial Doyma, España 1994.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación. Editorial Elsevier. España 2003.

POTTER A. Patricia. Fundamentos de Enfermería Vol. I Quinta Edición, Madrid España 2002.

RICHARD S. Snell, Neuroanatomía Clínica, Editorial Panamericana, cuarta edición, México D.F 1999.

ROMERO Ojeda Mario. El proceso Enfermero. Desarrollo científico enfermero. Vol. 8 Julio 2000.

RODAS, Servin María del Carmen. Nutrición básica y aplicada. México 2002.

TAMAYO y Tamayo Mario. *El proceso de la investigación Científica* Editorial. Limusa 4ta. Edición, México D.F 2002.

<http://www.terraes/personal/duenas/pae.htm>

<http://www.metromedicalonline.com/products.html>

<http://www.salud.com/enfermedades/broncoaspiracion.asp>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Autocuidado>

<http://es.wikipedia.org/wiki/individualidad>

<http://www.antibioticoterapia.com/modules>

<http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/Manual>

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ACADEMIA DEL ADOLESCENTE ADULTO Y ANCIANO 2

**INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL DE LAS NECESIDADES BASICAS
EN EL ADULTO MAYOR**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: **Juana T. M.** Edad: **39 años** Sexo: **Femenino**
Fecha de nacimiento: **29 de Abril de 1968** Escolaridad: **Primaria.**
Ocupación: **Comerciante** Edo. Civil: **casada.** Lugar de residencia: **Hidalgo.**

Fuente de Información: *Esposo*

Valoración de Necesidades

1.- Oxigenación

¿Padece algún problema con su respiración? **Si** ¿Cuál? **Dificultad para respirar** ¿Usted fuma? **No** ¿Cuál es su opinión con el acto de fumar? **Que es dañino para la salud.**

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su oxigenación? **No**

¿Que medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? **No fumar**

EXPLORACIÓN FISICA CARDIO-PULMONAR

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Inspección: Paciente somnolienta con tendencia a la confusión y periodos de agitación psicomotriz. Palidez generalizada. Nariz simétrica, narinas permeables.

Patrón respiratorio Eupneico, este se modifica cuando la paciente presenta

periodos de agitación, los cambios que presenta se relacionan con el patrón respiratorio Taquipneico. Tórax simétrico; movimientos de ampliación y ampliaxación adecuados cambiantes con la agitación ya mencionada, a la percusión se perciben ruidos resonantes.

Auscultación: Ruidos respiratorios con murmullo bronco vesicular adecuado. Así como ruidos cardiacos: Rítmicos; con buena intensidad; pulsos periféricos palpables. En Miembros Pélvicos se observan varices y edema de (+). Sus signos vitales: T/A: 120/80mmHg. FR: 12 X' FC: 86 X'

Sus gasometrías:

PCO2 35.2mmhg

PO2: 86mmhg

HcO2: 22

PH: 7.4

Hemoglobina: 10.3mg/dl

2.- Nutrición e Hidratación

¿Que alimentos consume regularmente? **Leche, quesos, pan, tortilla y pastas.**

¿Cuántas veces se alimenta al día? **Tres veces**

¿Qué alimentos prefiere? **Huevo, tortilla, pan, leche.**

¿Qué alimentos le desagradan? **Verduras, pescado y pollo.** ¿Tiene problemas para deglutir? **Si** ¿Cuáles? **Disfagia.**

¿Ha presentado trastornos posteriores a la ingestión de alimentos? **No**

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? **No**

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? **No influye, diario ingiere 1 litro de agua.**

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? **No**

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? **No**

¿Qué porcentaje destina para su alimentación? **El necesario.**

EXPLORACIÓN FÍSICA GASTROINTESTINAL

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Paciente de complexión robusta, con un peso de 63kg, y una talla de 1.58cm, tiene un índice de masa corporal del 25%.

Porta SNG permeable para alimentación, se pasa dieta (Ensure), a 60cc/hr 5x1. Piezas dentales completas y cariadas. Mucosas orales semihidratadas. Presenta problemas para deglutir.

En Miembro superior Izquierdo le esta pasando una solución fisiológica de 1000 al .9% a 40cc/hr por catéter largo.

Abdomen con panículo adiposo. Abdomen duro sin masas palpables.

Laboratorios.

GLUCOSA: 110MG/DL

BUN: 21MG/100ML

POTASIO: 4.3MM/L

SODIO: 142MMOL/L

CLOORO: 101MEQ/L

3.- Eliminación

¿Cuántas veces evacua al día? **Una vez** ¿Que características tienen sus heces? **Café claro de consistencia dura.**

¿Cuantas veces micciona al día? **Cuatro** ¿Qué características tiene su orina? **Color amarillo paja con olor característico.** ¿Qué características tiene su

menstruación? **Abundante.** ¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan en la satisfacción de su eliminación? **No**

¿Padece algún problema relacionado con su eliminación, micción o menstruación? **A veces**

¿Cuál? **Cólicos menstruales** ¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal y urinaria? **No influye.**

EXPLORACION FÍSICA EN LA ELIMINACIÓN

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Inspección: La paciente se encuentra con sonda foley a derivación, la orina es de color amarillo paja, con olor característico. Presenta gasto urinario de 250ml/hr, con una densidad urinaria de 1000. Evacua una vez al día.

Palpación: Abdomen bajo depresible, indoloro, no se palpa globo vesical.

Medicamentos:

Milpar 20cc C/12hrs V.O

Laboratorios:

CREATININA: 1.4mg/dl

UREA: 17mg.

4.- Moverse y mantener una buena postura

¿Como es su actividad cotidiana? **Activa**

¿Realiza ejercicio? **Si** ¿Qué tipo de ejercicio? **Yoga, gimnasio y baile.**

¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? **Es necesario tomar un receso después de 30 minutos de realizar ejercicio.** ¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y postura? **Si**

¿Cuál? **Hemiparesia izquierda.**

EXPLORACIÓN FÍSICA

(Inspección y palpación)

Inspección: Presenta una posición decúbito dorsal, con sujeción de miembros superiores por periodos de agitación psicomotriz. Por la bipedestación y para la marcha. Actividad motora disminuida, hemiparecia izquierda secundaria a proceso neuroinfeccioso.

Su actividad motora es disminuida. Presenta incapacidad para levantarse y trasladarse, (Hemiparesia izquierda).

Palpación: No existe rigidez en las articulaciones ni dolor al palparlas, arcos de movimientos íntegros.

Su fuerza muscular es 5/5 en miembro torácico y pélvico derecho.

1/5 en miembro torácico y pélvico izquierdo.

5.- Descanso y sueño

¿Cuántas horas duerme? **Antes de su padecimiento dormía 8 hrs., diarias.**

¿Se duerme fácilmente? **No** Cree tener alteraciones del sueño? **No**

¿Ronca ruidosamente? **No**

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? **De manera directa, pues si se angustia no puede conciliar el sueño.**

¿De que manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? **Al realizar ejercicio dedica una hora para descansar.**

EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección: Se observa somnolienta con respuesta a estímulo, expresión de cansancio, presenta periodos de inquietud y así mismo de confusión.

Arcos de movimientos íntegros en miembro torácico y pélvico derecho y en miembro torácico y pélvico izquierdo flácidos.

Medicamentos:

Haldol ½ ampula, en mañana y noche quedando: ½ - 0 - ½.

Ketorolaco 30mg c/ 8hrs.

6.- Uso de prendas de vestir

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? **Si** ¿En que medida? **Totalmente.**

¿Elige su vestuario en forma independiente? **NO.**

¿Porqué? su esposo le sugiere la ropa que podría usar.

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir?

De forma directa, si hace calor usa ropa ligera y se abriga en época de frío.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Presenta limitación para vestirse y desvestirse. Se cambia cama, bata y pañal diario.

7.- Termorregulación.

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? **No influyen, se adapta fácilmente a los cambios de temperatura.**

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde vive o trabaja? **Cálida**

¿Qué medidas emplea para mantener temperatura corporal? **Uso de prendas ligeras en caso de calor y abrigándose cuando hace frío.**

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? **Si**
¿cuál? **Infección- hipertermia de 38.5**

EXPLORACION FISICA

(Inspección, palpación)

Inspección. La temperatura del lugar donde se encuentra es templada. Su piel cursa con hipertermia de 38.5°C.

Medicamentos:

Paracetamol, 1gr C/8hrs x SNG.

Laboratorios:

Leucocitos 15,000 Xmm3.

8.- Higiene y protección de la piel.

¿Con qué frecuencia se realiza baño? Diario.

¿A que hora del día prefiere bañarse? Por la mañana.

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? Una vez.

¿En que casos se lava sus manos? Antes de comer y después de ir al baño.

¿Con que frecuencia se realiza en corte de uñas? Cada 8 días

¿Cómo lo hace? De manera que la uña quede cuadrada.

¿Qué aspectos de la higiene considera mas importantes? El baño y el lavado de manos.

EXPLORACION FISICA

(Inspección y palpación)

Inspección: El cabello es de color negro, cenizo y abundante. Orejas simétricas. Conducto auditivo externo sin inflamación ni obstrucción, presencia de cerumen en una cantidad moderada. Su lengua se observa con placas blanquecinas y residuos de comida, dientes con coloración amarilla, cariados, presencia de halitosis, labios secos y agrietados, uñas largas con presencia de bordes y quebradizas, catéter largo en miembro superior izquierdo.

9.- Evitar Peligros:

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? Lo desconoce

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? Autoexploración mamaria. ¿Con que frecuencia la realiza? Cada mes

¿Tiene vida sexual activa? Si ¿Qué preferencia sexual tiene? Heterosexual.

¿Utiliza algún método anticonceptivo? Si ¿Cuál? Dispositivo.

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

¿Toma bebidas alcohólicas? No

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? Son dañinas para el bienestar. ¿Consume drogas? No

¿Ha tomado fármacos sin prescripción médica? Si ¿Cuáles? Tempra, Buscapina. ¿Durante este año ha presentado algún problema de salud

relacionado con ojos, nariz, garganta sensibilidad o movimiento? **Si** ¿Cuál? **Dolor de garganta, y disminución en la fuerza.** ¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? **Trata de mantener la calma.** ¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? **No subir escaleras sin barandales, no pisar el suelo mojado** ¿Cómo maneja una situación de estrés? **No lo sabe.**

EXPLORACIÓN FÍSICA

(inspección, determinar discapacidad auditiva, visual, sensorial, o motriz)* ver entorno.

Inspección: Paciente decúbito dorsal, con SNG, catéter en miembro superior izquierdo, sonda foley a derivación, sujeta de miembros superiores, por periodos de agitación psicomotriz. Se encuentra en el segundo piso del INNN, con los servicios y accesorios básicos para evitar accidentes, permitiendo la estancia a un familiar.

Medicamentos:

Itraconazol 1 capsula c/12hrs.

Cefepime 1gra c/12hrs.

Dexametazona 8mg c/8hrs.

10.- Comunicación:

¿Con quién vive? **Con su esposo e hijos.**

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? **Su esposo refiere que la relación es buena.**

¿Pertenece a un grupo social? **No** ¿Durante cuánto tiempo esta sola? **5 horas en la mañana.** ¿Tiene pareja? **Si** ¿Cómo considera la relación con su pareja? **Adecuada, tratan de solucionar y hablar lo que no les parece.** ¿Padece algún problema con su comunicación? **Si** ¿Cuál? **Problemas para la articulación de palabras.** ¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? **No**

EXPLORACIÓN FÍSICA

(Inspección* retomar exploración de la necesidad de evitar peligros) además
ver entorno.

La paciente se encuentra somnolienta, por lo que no puede establecer conversación.

11.- Creencias y Valores:

¿Tiene alguna creencia religiosa? **Si** ¿Cuál? **Católica**

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? **Todo esta relacionado**

¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? **Cada 8 días.** ¿Qué significa para usted un valor? **Es un principio que nos inculcan.**

¿Considera que es congruente su forma de pensar con su manera de actuar? **Si**

EXPLORACIÓN FÍSICA

(Inspección) * Ver si cuenta con imágenes religiosas

En su buró y cama se observan imágenes de la virgen de Guadalupe y escapularios.

12.- Trabajo y realización:

¿Cuál es su rol familiar? **Madre y se dedica al comercio.**

¿Qué significa para usted participar en el ingreso económico familiar? **Su esposo comenta que para ella es indispensable participar en la economía de la familia.**

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? **Si**

¿Cómo participa en las actividades propias del hogar? **Se dedica a el hogar por la mañana y al medio día se dedica al comercio.** ¿Realiza alguna actividad altruista? **No**

EXPLORACIÓN FÍSICA

(Inspección)

Su esposo afirma que se dedican al comercio.

13.- Jugar y participar en actividades recreativas:

¿Su Condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? **Su esposo afirma que sí** ¿Por qué? **Realiza diferentes actividades.**

¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? **Gimnasio, yoga y baile.** ¿Con que frecuencia? **3 veces por semana.** ¿Se integra con su familia u otras personas en la realización de actividades recreativas? **SÍ** ¿Cómo se siente después de realizar estas actividades? **Un poco cansada al principio pero después más activa.**

EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección * e identificar áreas destinadas para satisfacer esta necesidad.

Esclarece su esposo que le gusta el baile, yoga, e ir al gimnasio.

14.- Aprendizaje:

¿Padece algún problema que interfiera en su aprendizaje? **No**

¿Qué significado tiene para usted la escuela? **Superación.**

La escolaridad es de primaria y no le interesa continuar estudiando.

Aparentemente la paciente no conoce a cerca de su enfermedad dado que es evento agudo.

ANEXOS 2

PATOLOGÍA

SISTEMA NERVIOSO

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

El sistema Nervioso se puede dividir desde el punto de vista anatómico y fisiológico, desde el punto anatómico se divide en sistema nervioso central (SNC) y sistema nervioso periférico (SNP), el SNC consta del encéfalo y la medula espinal, el encéfalo se desarrolla al final de la cuarta semana del periodo embrionario, a través de tres regiones llamadas vesículas encefálicas primarias, Estas son el prosencefalo o encéfalo anterior, el mesencefalo o encéfalo medio y el rombencefalo o encéfalo posterior.

El SNC esta protegido por estructuras óseas (cráneo y columna vertebral) y por tres membranas denominadas meninges, las cuales envuelven por completo a el cerebro. De afuera hacia adentro duramadre, aracnoides y piamadre.

Prosencefalo: Consta de dos partes

- **Telencéfalo**
- **Diencéfalo**

2. Mesencefalo (Cerebro Medio) Posee los tubérculos cuadrigéminos

3. Rombencefalo

* A. Metencefalo

* Cerebelo: Controla movimiento, energía muscular, postura.

- B. Mielencefalo

* Protuberancia o Puente.

* Bulbo Raquídeo: Control de las funciones básicas como digestión y respiración.

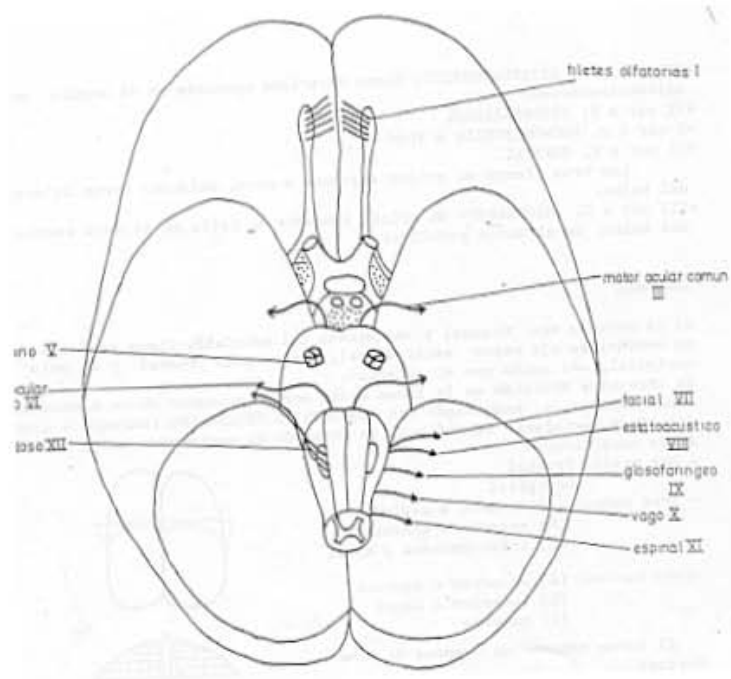
Desde el punto de vista fisiológico el sistema nervioso se puede dividir en: Sistema nervioso visceral y sistema nervioso somático, el sistema nervioso visceral se encarga de mantener las funciones internas por ejemplo manda estímulos para que se liberen hormonas, se encarga de transmitir todas las señales que envían las viseras al cerebro, además el sistema visceral se divide en sistema nervioso simpático y sistema nervioso parasimpático, el sistema nervioso simpático aumenta la frecuencia cardíaca, la dilatación de pupilas, aumenta el estado de alerta, el sistema nervioso parasimpático tiene funciones como; disminuir la frecuencia cardíaca, disminuye el diámetro de la luz de los bronquios así como la frecuencia respiratoria. anatómicamente el sistema nervioso visceral consta de dos tipos de fibras una fibra preganglionar y otra postganglionar los ganglios son colecciones de neuronas en ellas se encuentra el cuerpo de las mismas y es donde hacen sinapsis las neuronas de estos sistemas, hay dos tipos de ganglios básicamente los que se encuentran a los lados de la medula espinal formando la cadena paravertebral y los que se encuentran antes de una visera los previserales, el sistema nervioso somático se refiere en sí a todo el sistema nervioso tanto periférico como central que se encarga de interactuar con el medio ambiente.

Hablando anatómicamente del sistema nervioso central nacen fibras que forman posteriormente los nervios, cada fibra esta envuelta por una cubierta de mielina formada por las células de schawn en el sistema nervioso periférico y los oligodendrocitos en el sistema nervioso central, estas células que se denominan neuroglia, se encargan de la protección y nutrición de las neuronas que conforman al sistema nervioso.

El sistema nervioso central forma plexos en la medula espinal, existen cuatro plexos de los cuales nacen los nervios para las extremidades y son el plexo cervical y plexo braquial para la extremidad superior y el plexo lumbar y sacro para la extremidades inferiores.

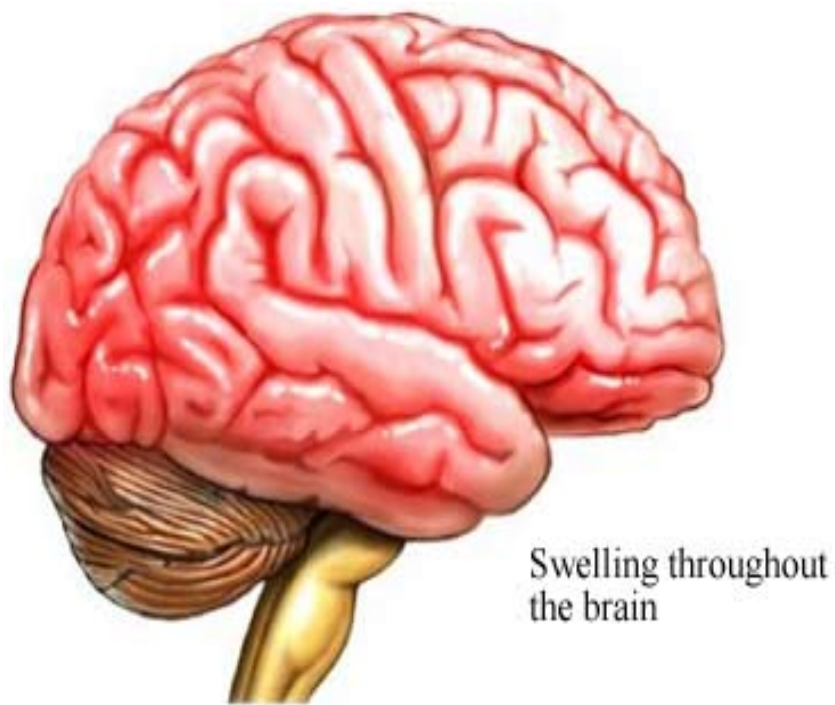
De la cara basal del cerebro, emergen una serie de cordones nerviosos destinados a inervar importantes estructuras del cuerpo, estos son los NERVIOS CRANEALES, en número de doce. Sus orígenes aparentes son:

- I. OLFATORIO:** Se origina a nivel del bulbo olfatorio.
- II. OPTICO:** tiene su origen en el ángulo antero-externo del quiasma óptico o espacio perforado anterior.
- III. MOTOR OCULAR COMUN:** Tiene su origen aparente a nivel del espacio perforado posterior o fosa intercrujal.
- IV. PATÉTICO:** Se origina a nivel de la cara dorsal del mesencéfalo.
- V. TRIGEMINO:** Tiene su origen a nivel de la cara ventral de la protuberancia. Emerge con dos raíces, una externa y gruesa, de naturaleza sensitiva y otra interna más delgada, de naturaleza motora.
- VI. MOTOR OCULAR EXTERNO:** Su origen a nivel del surco bulbo-protuberancial.
- VII. FACIAL:** Tiene su origen en el ángulo ponto-bulbo-cerebeloso.
- VIII. ACÚSTICO:** Se origina en el ángulo ponto-bulbo-cerebeloso.
- IX. GLOsofaríngeo:** Tiene su origen aparente a nivel del surco dorso lateral del bulbo.
- X. VAGO:** Su origen a nivel del surco dorso lateral del bulbo.
- XI. ESPINAL:** Se origina a nivel del surco dorso lateral del bulbo.
- XII. HIPOGLOSO:** Tiene su origen a nivel de la cara ventral del bulbo, en el surco preolivar.



ENCEFALITIS VIRAL

La encefalitis viral es un proceso no supurativo del parénquima cerebral asociado casi siempre a inflamación de las meninges, con un amplio margen de manifestaciones clínicas y patológicas. Se pueden dividir en encefalitis primarias por afección inicialmente cerebral y secundarias a complicaciones sistémicas.



EPIDEMIOLOGÍA

En la mayoría no se conoce el agente patógeno y de las que se conoce, un 80 % es producido por enterovirus y en menor proporción se encuentran arbovirus, virus herpes, y virus paratiroideo. Influyen diferentes factores como el clima, la región geográfica, relación con animales, condiciones sanitarias, vacunación, y factores patógenos virales.

FISIOPATOLOGÍA

La transmisión se hace persona a persona o por vectores (mosquitos y artrópodos). Que entran por las mucosas del tracto gastrointestinal o respiratorio, por vía hematógica o nerviosa; tiene un periodo de incubación de 4 a 6 días. Se multiplican usualmente en el sitio de infección (primo infección), y se diseminan por vía hematógica, linfática o nerviosa a múltiples órganos. Son fagocitados por macrófagos y llevados a diferentes tejidos, especialmente al reticuloendotelial, conectivo y muscular que sirven como focos secundarios para aumentar la viremia y al mismo tiempo producir inactivación del sistema reticuloendotelial en su producción de anticuerpos. Si es mayor la viremia que los anticuerpos, los virus llegan rápidamente al SNC por medio de los eritrocitos o leucocitos, atacando los plexos coroideos e invadiéndolos, produciendo una nueva multiplicación viral. La viremia en el SNC coincide con aumento de los anticuerpos circulantes y por tanto con la presentación clínica y patológica.

DIAGNÓSTICO

El primer elemento de diagnóstico es la presentación clínica.



ESTUDIO DE LCR: puede estar normal en los primeros estadios de la enfermedad pero más tardíamente aparece aumento de la celularidad con predominio de células mononucleares, proteínas normales o aumentadas en la

medida en que haya mayor destrucción tisular, la glucosa es normal o disminuida en caso de algunos virus como el de la parotiditis. Los cultivos y estudios para bacterias y hongos son negativos.

NEUROIMÁGENES: El compromiso de la infección viral aumenta el contenido de agua en las áreas afectadas que son más frecuentemente la corteza, la unión de la sustancia gris con la sustancia blanca y los ganglios basales, lo que se evidencia en las imágenes de TAC y IRM.

ELECTROENCÉFALOGRAMA: Muestra lentificación difusa con aumento de la amplitud de la actividad de base. La gravedad varía según el grado de compromiso cerebral y el nivel de conciencia.

AISLAMIENTO DE VIRUS: Se toman muestras de los lugares primarios de multiplicación viral como, del tracto respiratorio superior, del tracto gastrointestinal, de vesículas cutáneas, de orina, heces o sangre, o se toma una muestra por biopsia del tejido nervioso para cultivo celular, aislamiento e identificación del virus específico.

ESTUDIOS SEROLOGICOS: Para hacer una titulación de anticuerpos se deben tomar dos muestras del suero del paciente: una en la fase inicial del cuadro y otra en la fase de recuperación para así poder comprobar el aumento en la tasa de anticuerpos específicos. Este tipo de prueba es útil para confirmar la presencia de un tipo viral en caso de epidemia. La reacción en cadena de la polimerasa constituye una prueba de orientación rápida y altamente específica para la identificación de un tipo viral.

ESTUDIOS NEUROPATÓLOGICOS: Los estudios de microscopía óptica y electrónica con fluorescencia muestran lesiones específicas del tejido nervioso como es la presencia de antígenos virales, de inclusiones citoplasmáticas, destrucción neuronal y lesiones gliares

SINTOMATOLOGÍA

La encefalitis viral es una entidad de presentación clínica variable, suele ser de inicio agudo y precederse de un proceso febril inespecífico.

Las manifestaciones de afección del SNC son diversas y dependen en gran medida del estado inmunológico del hospedero y de la virulencia del germen, pudiéndose presentar de manera rápidamente letal o crónica y leve.

Dentro de sus manifestaciones más frecuentes se encuentran: Cefalea, hiperestesia, fiebre, náuseas, vómito, fotofobia, dolor de cuello, espalda y extremidades, alteraciones del estado de conciencia como confusión estupor y coma, convulsiones tónicas o clónicas de inicio focal con o sin generalización, signos de focalización como hemiparesia, disartria, compromiso de pares craneanos o se manifiesta por signos de hipertensión endocraneana en el contexto de una enfermedad febril.

TRATAMIENTO

Las infecciones virales del sistema nervioso central frecuentemente reciben tratamiento sintomático. Lo que consiste en tratamiento antibiótico de infecciones bacterianas secundarias, anticonvulsivantes para las crisis, terapia para la hipertensión endocraneana si está indicada y un adecuado manejo de líquidos y electrolitos.

Estas serían las medidas básicas las cuales están sujetas a variación según las características de cada paciente:

El tratamiento de la encefalitis herpética está recomendado ante la sola sospecha, con Aciclovir a razón de 30mg/kg/día, divididos en tres dosis, con vigilancia estricta de la función renal y hepática. Porque a dosis altas puede originar cristaluria a nivel tubular con la subsecuente necrosis tubular aguda o la elevación reversible de creatinina. El tratamiento se recomienda por 14 a 21 días, la respuesta depende de los estadios en que se encuentre el paciente, teniendo mejor pronóstico en los estadios iniciales I y II.

El tratamiento del cuadro epiléptico debe iniciarse en la fase aguda con fenitoína, a una dosis inicial de 3-5 mg/kg/día y dosis de mantenimiento de 4-5 mg/kg/día para un máximo de 500 mg, los niveles sanguíneos terapéuticos de 10 a 20 (g/ml, y luego con carbamazepina a dosis de 400 mg .

Se recomienda dar Ganciclovir IV a dosis de 5mg/kg/cada 12 h por 14 días, y en pacientes con VIH dosis de mantenimiento de 5mg/ kg/día, produce frecuentemente leucopenia y trombocitopenia (hasta en un 20%), inhibe la espermatogénesis.

Tratamiento con Aciclovir IV 500mg por 5 a 7 días.

En la infección por VIH depende si el paciente es asintomático o sintomático, se utiliza Zidovudina.