



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADO
A UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN EN LAS
NECESIDADES DE OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E
HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN, TERMOREGULACIÓN
E HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

BETANCOURT RUIZ CLAUDIA

NÚMERO DE CUENTA: 403011881

**ASESOR:
MARTHA B. COPCA GARIBAY**



MÉXICO D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	4
GENERAL	4
ESPECÍFICOS	4
METODOLOGÍA	5
1. UNA APROXIMACIÓN AL OBJETO MATERIAL DE LA ENFERMERÍA	6
1.1 ¿QUE ES EL HOMBRE EN LA ENFERMERÍA?	6
1.2 LA ENFERMERÍA EN EL TIEMPO	9
1.3 ¿QUE ES LA ENFERMERÍA?	11
1.4 ESCUELA DE LAS NECESIDADES	13
1.5 PARADIGMA Y METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA	14
1.6 PARADIGMAS DE ENFERMERÍA	16
1.6.1 DE LA CATEGORIZACIÓN	16
1.6.2 DE LA INTEGRACIÓN	18
1.6.3 DE LA TRANSFORMACIÓN	19
1.7 TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA	21
1.7.1 FILOSOFÍAS	22
1.7.2 MODELOS CONCEPTUALES	25
1.7.3 TEORÍAS	29
1.8. VIRGINIA HENDERSON	30
1.9 CONCEPTUALIZACIÓN DEL CUIDADO SEGÚN VIRGINIA HENDERSON	39
2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	40
2.1 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	41
2.1.1 VALORACIÓN	41
2.1.2 FASE DE DIAGNÓSTICO	47
2.1.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	50
2.1.4 EJECUCIÓN	58
2.1.5 EVALUACIÓN	59
3. SÍNTESIS VALORATIVA	60
3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO	60
3.2 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA	67
3.3 PLAN DE CUIDADOS	68
EVALUACIÓN	93
CONCLUSIONES	94
GLOSARIO	96
BIBLIOGRAFÍA	98
ANEXOS 1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	100
ANEXOS 2 EVENTO VASCULAR CEREBRAL	108

INTRODUCCIÓN

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tiene como propósito aplicar sistemáticamente el cuidado de las necesidades básicas de una persona con Evento Vascular Cerebral isquémico, a través de 5 pasos que son: valoración, planeación diagnóstica, ejecución y evaluación, así mismo determinar el grado de dependencia e independencia que presenta el paciente, e identificar los problemas de salud reales y potenciales.

Para ello; el profesional de enfermería debe contar con un marco de referencia que le permita comprender su ser y su hacer en un amplio aspecto. El proceso de enfermería es el método que recupera ese marco y lo enlaza a la práctica profesional; y por medio de este se asegura la calidad de los cuidados al paciente al proporcionar las bases que guían a la práctica al tiempo que permite el control del mismo.

El contenido de este trabajo incluye los diferentes puntos entre ellos: Un acercamiento al estudio filosófico del hombre, se continua con un recorrido a la historia de la enfermería y las diferentes escuelas de enfermería mismas que han marcado una corriente de pensamiento sobre y entorno a la enfermería se profundiza en los postulados filosóficos de Virginia Henderson y sus 14 necesidades que son la directriz en la que se basa el plan de cuidados del caso en cuestión, así mismo se abordan aspectos significativos sobre la conceptualización de enfermería y las distintas etapas del Proceso de Atención de Enfermería y su aplicación a un paciente con la afección anteriormente señalada se realiza finalmente la evaluación general y la conclusión del trabajo realizado.

Consideramos que la inclusión de estos aspectos del conocimiento, son fundamentales puesto que representan el soporte y la base que todo profesional debe poseer para el desempeño de la práctica de la enfermería. Es preciso reconocer que el desarrollo de la enfermería y del ser profesional es un derecho y una obligación que, los profesionales de enfermería deben considerar y reconocer con la intención de generar nuevos conceptos y teorías específicas de enfermería.

Por todo lo anterior, el presente PAE fue realizado a un paciente con evento vascular cerebral de tipo isquémico cuyas capacidades físicas, psicológicas e intelectuales se encuentran deterioradas

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo pretende identificar las necesidades del paciente adulto mayor con problemas neurológicos en particular con Evento Vascular Cerebral.

El Evento Vascular Cerebral (EVC) es una enfermedad que ocasiona severas discapacidades ya que suceden cuando una zona del cerebro se ve privada de sangre, lo que llega a ocasionar lesiones y/o muerte en el tejido cerebral afectado y con ello la lesión de sus funciones mismas que repercuten en las necesidades básicas de la persona que lo padece.

Esta patología es importante ya que constituye la tercera causa de muerte en los países industrializados, y es considerada como la primera causa de invalidez a nivel mundial. Según la estadística de mortalidad en México, la enfermedad vascular cerebral forma parte de las diez primeras causas de mortalidad general en nuestro país. La edad promedio de los casos de defunción es de 53 años.

Es importante saber que la finalidad de este trabajo es lograr una recuperación total o parcial en un paciente con EVC isquémico ya que esta afección es de suma importancia en nuestro país, y las enfermeras son elementos clave y significativo en el cuidado de las personas con este padecimiento.

Por otro lado el papel que desempeña los profesionales de la enfermería es fundamental, pues de los cuidados y atención que se le otorguen, el pronóstico del paciente y sus las posibles secuelas se minimizaran o acrecentaran. Hay que tener presente que la participación que se tenga no solo es en la atención del paciente, sino en la orientación que se le pueda brindar a la familia con relación a los cuidados que se debe continuar en casa.

OBJETIVOS.

GENERAL.

- Identificar necesidades de dependencia e independencia en paciente con evento vascular cerebral tipo isquémico para proporcionar los cuidados de enfermería con un enfoque integral por medio del modelo de Virginia Henderson

ESPECÍFICOS.

- Elaborar valoración del paciente con evento vascular cerebral
- Construir diagnósticos de enfermería con base a las necesidades del paciente identificadas como dependientes.
- Identificar las fuentes de dificultad de las necesidades de dependencia
- Proporcionar cuidados de enfermería dirigidos a satisfacer las necesidades de dependencia, interdependencia e independencia.
- Mantener la funcionalidad del paciente con Evento Vascular Cerebral para mantener o mejorar la calidad de vida

METODOLOGÍA.

El siguiente trabajo inicia su realización con la selección del paciente en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), con diagnóstico de EVC isquémico, posteriormente se aplicó el instrumento de valoración de la Academia de Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I y II de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, con esto se recabó información para el análisis y realización de la síntesis valorativa y así formar un plan de cuidados para su control.

El paciente fue elegido en el INNN durante el servicio social, el paciente se encontraba en el segundo piso de neurología y neurocirugía en la cama 212. Los datos obtenidos durante la valoración fueron otorgados por el familiar (hijo) ya que con el paciente era imposible mantener una comunicación debido al deterioro de su condición física y emocional.

Posteriormente se realizó la búsqueda de información bibliográfica de diferentes fuentes de donde se obtuvieron los diferentes conceptos que en este trabajo se incluyen como son: el hombre en la enfermería como ser antropológico y social. Se continúa con un recorrido de la enfermería en la línea del tiempo buscando lo que ha transcurrido en enfermería hasta nuestros días. Se analizó el panorama de las escuelas de enfermería, además de las teorías y modelos de las cuales se hace énfasis a Virginia Henderson y sus 14 necesidades para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería al paciente con EVC isquémico.

1. UNA APROXIMACIÓN AL OBJETO MATERIAL DE LA ENFERMERÍA

1.1 ¿QUE ES EL HOMBRE EN LA ENFERMERÍA?

Es una interrogante que todo profesional de enfermería debe definir, es importante saber el significado del hombre en enfermería, ya que es nuestro objeto de estudio y el eje de servicio de la enfermería en cuanto a su vida y la salud humana, y el cuidado de este es por eso fundamental el significado del hombre; en las diversas ciencias una de ellas la filosofía, la cual esta integrada por grandes filósofos que intentan esclarecer esta respuesta a esta interrogante, como por ejemplo:

Aristóteles menciona que el hombre es un animal dotado de logos, es decir, es un animal racional ciertamente la razón distingue al hombre del resto de los animales.

Sin embargo, ha de concebir el hombre de acuerdo con su teoría de la sustancia, es decir, en consonancia con la idea de que no es posible la existencia de formas separadas: la sustancia es un compuesto indisoluble de materia y forma. Además, todas las sustancias del mundo sublunar están sometidas a la generación y a la corrupción.¹

El hombre, pues, ha de ser una sustancia compuesta de materia y forma: la materia del hombre es el cuerpo y su forma el alma.

Aristóteles acepta, como era admitido entre los filósofos griegos, la existencia del alma como principio vital: todos los seres vivos, por el hecho de serlo, están dotados de alma, tanto los vegetales como los animales. Pero interpreta también que esa alma es la forma de la sustancia, es decir, el acto del hombre, en la medida en que la forma representa la actualización o la realización de una sustancia²

¹ http://jesucristo.swami-center.org/page_18.shtml

² GOMEZ Jara , Sociología, Pág. 70-95

Aristóteles concluye que la cualidad particular del hombre se encuentra en la razón y por lo tanto, el ejercicio de sus capacidades racionales es lo que ha de hacer posible la realización de esta función distintiva. Entonces, la felicidad, según Aristóteles, se encuentra en una vida de contemplación racional. Aristóteles considera que el bien, o lo bueno para el hombre puede ser descubierto al estudiar su naturaleza esencial y a través de la observación de su comportamiento cotidiano.

Friedrich Nietzsche habló del hombre como único animal capaz de hacer promesas. El hombre es el único animal que ríe y que sonrío, evidenciando ahí las posibilidades de inteligencia comunicativa y recíproca entre los hombres.

El hombre es un ser incompleto, pues todo animal da lugar a algo superior. Es un puente entre el simio y el Superhombre, es algo que debe ser saltado, superado. El Superhombre es aquél ser que tiene una moral de nobles, es un noble, y acepta la voluntad de poder: es un hombre legislador, él crea sus propias normas, morales y de todo tipo, además es un hombre que somete las cosas a su voluntad, es un hombre vital: ama la vida y este mundo. Además es un ser que acepta el eterno retorno, pues cuando toma una decisión realmente la quiere tomar, y no se arrepiente de sus actos. Sabe que la vida es en parte dolor y en parte placer, pero no reniega de ello, ama la vida.³

Continuando con el significado del hombre, cabe mencionar que otra de las ciencias importantes es la psicología la cual se encarga del comportamiento del ser humano y su tolerancia a la frustración, la psicología social estudia el comportamiento del hombre en sociedad, en diferentes ámbitos de su vida lo cual le permite comprender mejor los comportamientos humanos y de alguna manera controlar las relaciones sociales entre los individuos para una mejor convivencia. El hombre es un ser social y biológicamente es imposible un ser humano fuera de la sociedad. Aprendizaje, costumbres, comportamientos o relaciones llevan al hombre a la vida que entendemos como humana.

³ Cuidado y practica de enfermería, Editores grupo de cuidado facultad de enfermería, Bogota Pág. 5-11

Por último la religión menciona que el hombre no es un cuerpo, si no que el hombre es una conciencia, una unidad de energía que se percibe, que mora temporalmente en un cuerpo o fuera de él.

Ahora bien el hombre a lo largo de su evolución cultural ha hecho de la sociedad su nicho ecológico dentro de la cual no solo crea sino también fabrica de una manera más compleja que las otras especies por medio de su cerebro y de la prensilidad de sus manos. Mano - Cerebro.

Esta fabricación es una tarea de grupo cuya cultura se transmite de generación en generación, lo cual posibilita la mejora de las herramientas. ⁴

Así mismo el ser humano constantemente produce y reproduce conocimientos de si mismo y de todo lo que le rodea, es decir, debe conocer acerca de los hechos físicos, valores, lenguaje, sociedad etc.; que le permita hacer un estudio metodológico y sistemático de sus actividades, que redundaran en la satisfacción de sus necesidades.

Con esto puedo concluir que el ser humano como parte de un ecosistema, es un ser complejo y esta conformado como un yo integral que para su desarrollo homeostático requiere de autoestima que le faculte para satisfacer necesidades básicas y de crecimiento además de desarrollar todo su potencial que le conlleve hacia la autorrealización y plenitud en su salud productividad y creatividad.

Es un ser con una manera singular de concebirse a si mismo, extraer, interactuar y proyectarse en el orden social.

⁴ GOMEZ, Op.cit Pág. 85

1.2 LA ENFERMERÍA EN EL TIEMPO...

Desde su historia más precoz, la enfermería fué una forma de servicio comunitario para proteger y preservar la familia. La enfermería empezó como un deseo de mantener a las personas sanas y de ofrecer comodidad y confianza al enfermo. Aquí puedo mostrar como la enfermería fue evolucionando en las distintas etapas del tiempo...

*En la época prehistórica las mujeres eran responsables de recoger hierba, las raíces y las plantas que se empleaban para curar al enfermo. Los líderes religiosos realizaban ceremonias y rituales para expulsar la enfermedad y los malos espíritus.

*Los antiguos egipcios desarrollaron planes de higiene y preparación de alimentos para reducir la transmisión de enfermedades. Las mujeres egipcias servían como prestadoras de cuidados a los enfermos y a los ancianos y durante el parto a los aristócratas.

*Los sacerdotes hebreos y las viudas o las doncellas atendían enfermos en sus hogares, las personas con una posible enfermedad contagiosa se mantenían en cuarentena hasta que se encontraban bien.

*Cristianismo. La entrada de las mujeres en la enfermería puede situarse aproximadamente en el 300 d. c. Los cristianos pensaban que los hombres y las mujeres eran iguales ante dios y apelaron a las mujeres a llevar acabo su trabajo a favor de cualquiera que estuviera en apuros

*Edad media (1100 a 1200). Se pusieron en marcha instituciones de caridad para cuidar a ancianos, enfermos y pobres. Las enfermeras proporcionaban cuidados de vigilancia y dependían de los médicos y los sacerdotes que las dirigían. La enfermera comadrona uno de los papeles mas antiguos de la enfermería, floreció durante la edad media. La medicina, la enfermería y la sociedad reconocieron y aceptaron su papel en la asistencia a las mujeres durante el parto.⁵

⁵ POTTER, A. Patricia fundamentos de enfermería, Pág. 387-389

*Siglo XV a XIX. Las cruzadas extendieron la atención sanitaria al establecer hospitales y ordenes de enfermería para hombres. La necesidad de enfermeras y las responsabilidades crecientes de la enfermería se debió al crecimiento económico del siglo XVIII y la epidemia de viruela. A causa de la escasa formación reglada de las enfermeras, los conocimientos y las actividades de enfermería eran transmitidas generalmente por las enfermeras con experiencia.

*Siglo XX. Se observó un movimiento hacia un cuerpo definido de conocimiento y práctica enfermera científica y basada en la investigación. Las enfermeras empezaron asumir papeles prácticos ampliados y avanzados. Hacia los años veinte se desarrolló la especialización enfermera.

Las raíces históricas de la enfermería permiten a los estudiantes y a los profesionales de la práctica prepararse para las necesidades de atención sanitaria del siglo XXI. La enfermería es una disciplina que se constituye de conocimientos de ciencias físicas, humanidades, ciencias sociales y competencias clínicas necesarias para satisfacer las necesidades individuales de los clientes y las familias. Aunque los objetivos generales de la enfermería han seguido siendo relativamente los mismos durante siglos, los avances de la ciencia han influido en la práctica enfermera y las necesidades cambiantes de la sociedad⁶.

⁶ POTTER, Op.cit Pág. 390

1.3 ¿QUE ES LA ENFERMERIA?

Para hablar sobre la enfermería y todo lo que esta conlleva, es necesario preguntarnos primero ¿que es la enfermería? las literaturas de varios teóricos en siglo XX mencionaban.....

La enfermería es cuidado

La enfermería es un arte

La enfermería es una ciencia

La enfermería esta centrada en el paciente

La enfermería es holística

La enfermería es adaptable

Hoy en día la enfermería es muy distinta de cómo se ejercía en el pasado y espera que continúe cambiando a lo largo del siglo XXI. Para comprender la enfermería en el momento actual y al mismo tiempo prepararse para el futuro, no solo debemos conocer los hechos del pasado sino también la práctica contemporánea de enfermería y, además, los factores sociológicos e históricos que influyen en ella.⁷

Ahora bien hace más de 100 años, Florence Nightingale (1850) definió la enfermería como el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su curación. Consideraba que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era fundamental para la recuperación del paciente.

⁷ POTTER, Op.cit Pág. 8

Una de las primeras enfermeras contemporáneas que definió la enfermería fue Virginia Henderson quien escribió que la función propia de la enfermera era asistir al individuo, enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que podría realizar por si mismo si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento y a realizarlo de tal forma que lo ayude a adquirir independencia lo mas rápidamente posible.

Una de las asociaciones importantes en la enfermería fue la Canadian Nurses Association (CNA) en 1987 describió la práctica de la enfermería como una relación dinámica, atenta y de ayuda en la que la enfermera ayuda al paciente a lograr y obtener una salud optima.

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica, necesaria.⁸

⁸ POTTER, Op.cit Pág. 10

1.4 ESCUELA DE LAS NECESIDADES Y REPRESENTACIÓN SEGÚN KEROUAC.

Elemento a considerar	Escuela de las necesidades	Escuela de la Interacción	Escuela de los efectos deseables	Escuela de la promoción de la salud	Escuela del ser humano unitario	Escuela de Caring
Pregunta que contesta	¿Qué hacen las enfermeras?	¿Como hacen lo que hacen las enfermeras?	¿Por qué lo hacen?	¿A quien dirigen el cuidado?	¿A quien dirigen el cuidado?	¿Cómo lo hacen?
Precursoras	Dorotea Orem Virginia Henderson	Hildegard Peplau Josephine Paterson Ida Orlando Imogene king	Jhonson Callista Roy Levine Betty Neuman	Moyra Allen	Rogers Parse Neuman	Watson (espiritualidad) Leninger (cultura)
Como se ve al cuidado	Independencia de la persona Satisfacción de las necesidades	Proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que la ofrece	Restablecimiento del equilibrio lo ve como un sistema	Cuidado hacia la familia que aprende con sus propias experiencias de salud	El holismo	Introduce el humanismo y lo científico. ⁹

⁹ KEROUAC Suzane. El pensamiento en enfermería Pág. 26

1.5 PARADIGMA Y METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.

Para poder hablar sobre el metaparadigma es necesario saber que es un paradigma; el paradigma es un diagrama conceptual, se refiere a un patrón de conocimientos compartidos y suposiciones sobre la realidad y el mundo. Puede ser una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría.

A finales del siglo XX gran parte del trabajo teórico en enfermería se centro en la articulación de relaciones entre cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud y enfermería.

Debido a que estos cuatro conceptos se pueden superponer en casi cualquier trabajo de enfermería, a veces se conocen colectivamente como un metaparadigma para enfermería.

El término se origina a partir de dos palabras griegas: meta; que significa < con>, y paradigma que significa modelo.¹⁰

Muchos consideran los cuatro términos siguientes fundamentales para la enfermería:

- **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, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

¹⁰ KOSIER, Bárbara, fundamentos de enfermería, Pág. 38

- Entorno:

Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad. Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- 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. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. La salud requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar el enfermo.

-Enfermería: la única función de la enfermería es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario.¹¹

¹¹ KOSIER, Op cit Pág. 39

1.6 PARADIGMAS DE ENFERMERÍA.

1.6.1 PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN.

Aplicado al área de la salud este paradigma orienta el pensamiento hacia 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.

Orientación hacia la salud pública.

La necesidad de mejorar la salubridad y de 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.

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 y a la que goza de salud, conservarla, estos factores son del entorno 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”. La salud no es solamente lo contrario a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos”.¹²

¹² KEROUAC, Op cit, Pág. 28

La preocupación de la enfermera que esta 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 esta 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. 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.

Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir el déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa “hacer para” las personas. La enfermera planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones. La persona esta bajo sus cuidados y la de los otros profesionales de la salud.

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 percibida como negativa, mientras que el entorno es considerado como un elemento separado de la persona, físico, social y cultural.¹³

¹³ KEROUAC. Op. cit Pág. 30

1.6.2 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.

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 1930 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 su globalidad.

La enfermera 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. 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 dos 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.¹⁴

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.

¹⁴ KEROUAC. Op cit Pág. 32

1.6.3 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 aun más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno único en el sentido de que no puedes parecer 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 ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.

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 a ella.

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. El entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte, siendo distinta de la persona 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 entorno y el ser humano.¹⁵

Ante la complejidad de las situaciones de salud y al la necesidad de una visión más global, las enfermeras hoy en día y cada vez más 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, multivariados y globales, Gorther (1993) señala que la disciplina enfermera es concebida hoy 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.

¹⁵ KEROUAC, Op cit, Pág. 35

1.7 TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

A partir de la Segunda Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De allí nacieron las teorías de enfermería; una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación.

Quienes han formado una teoría tienen una filosofía de lo que es la profesión y su quehacer; dicha filosofía constituye el fundamento de su teoría y refleja el estado del conocimiento científico de la época en la cual fueron elaboradas.

Los productores de teorías tuvieron como base, entre otras, las siguientes fuentes: 1) su propia educación, 2) su experiencia, 3) la observación, 4) la interacción con profesionales de enfermería y otras disciplinas y 5) los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Así mismo podemos decir que las teorías nos sirven de guía en los procesos de atención y son el fundamento para la aplicación del proceso científico.

Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina. Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración, la organización y el análisis de los datos; la elaboración de diagnósticos; y la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.

Ahora bien definiremos ¿que es un modelo? Un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física, un modelo conceptual enfermero puede definirse pues, como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre si de forma sistemática y que proporcionan un estructura significativa para el ideal que representan.¹⁶

¹⁶ MARRINER, Tomey Modelos y teorías de enfermería Pág.3-4

1.7.1. FILOSOFÍAS

FLORENCE NIGHTINGALE

La primera Teoría de enfermería nació con Florence Nightingale, a partir de allí nacieron nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Ella contemplaba el papel de la enfermería como hacerse cargo de la salud de alguien sobre la base del conocimiento de cómo dejar al cuerpo en un estado libre de enfermedad o recuperarlo de la enfermedad. Contemplaba la enfermería como una búsqueda de la verdad en el hallazgo de respuestas a preguntas de atención sanitaria o el descubrimiento y la utilización de las leyes divinas de la curación en la práctica enfermera.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería.

Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro "Notas de Enfermería" de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intentó definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.¹⁷

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1966, que surge la teoría de enfermería de Virginia Henderson. 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.

Nightingale creía que la enfermedad era un proceso reparador. La manipulación del medio externo (a través de la ventilación, el calor, la luz, la dieta, la limpieza y el nivel de ruido) contribuiría a este proceso reparador y al bienestar del paciente.

¹⁷ MARRINER, Op.cit, Pág 5

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

Florence enseñó y utilizó el proceso enfermero observando que la observación vital no tiene por finalidad el cúmulo de una información diversa o hechos curiosos, sino salvar vidas y aumentar la salud y la comodidad.

JEAN WATSON

La filosofía del cuidado transpersonal (1979-1985,1988) Su obra resalta la importancia de los cuidados, al igual que la teoría de Leininger de la que se diferencia por su inspiración en la visión existencial-fenomenológica de la psicología y las humanidades, propone que la enfermería es una ciencia humanística.

Las preocupaciones de la enfermería son en su opinión, promover y recuperar la salud prevenir la enfermedad y cuidar de los enfermos. Los pacientes necesitan una atención integral que fomente el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que resulta eficaz solo cuando se practica de forma interpersonal.

Watson definió 10 factores creativos que representan tanto sentimientos como acciones relacionadas con la enfermera, el paciente y el profesional y en los que se incluye todo aquello que las enfermeras sienten, experimentan, comunican, expresan y promueven.

La obra de Watson ha contribuido al desarrollo teórico principalmente por haber sensibilizado a los profesionales con respecto a los aspectos humanos. Su trabajo se interpreta como una teoría filosófica de la enfermería.¹⁸

¹⁸ MARRINER, Op.cit Pág.13

FAYE ABDELLAH

Pone énfasis en prestar cuidados enfermeros a la persona en conjunto para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales del cliente y la familia. Para utilizar este planteamiento, la enfermera necesitara conocimientos y actividades sobre relaciones interpersonales, psicología, crecimiento y desarrollo, comunicación y sociología así como un conocimiento de las ciencias básicas y las actividades enfermeras específicas.

Las cuatro áreas son:

- Comodidad, higiene y seguridad,
- Equilibrio fisiológico,
- Factores psicológicos y sociales,
- Factores sociológicos y comunitarios

LYDIA E. HALL

Resalto la función autónoma de la enfermería y propuso la descripción de esta disciplina como un modelo compuesto por 3 círculos concéntricos:

1. El uso terapéutico del yo(aspecto espiritual)
2. El tratamiento dentro del equipo sanitario(aspecto terapéutico)
3. El componente afectivo(aspecto de los cuidados)

La conceptualización de Hall se aplica a los pacientes adultos que han padecido enfermedades en su fase aguda. El objetivo consiste en rehabilitar al paciente y transmitirle un sentimiento de éxito en términos de autorrealización y autoestima.

ERNESTINE WIEDENBACH

Se concentro principalmente en el arte de la enfermería, con especial atención a las necesidades del paciente. Sus trabajos se enriquecieron progresivamente durante sus 40 años de experiencia, en particular en la especialidad de maternidad y destaca la definición de enfermería que se trasluce en este transfondo. En sus propias palabras cada cual puede tener un concepto de enfermería diferente pero casi nadie discrepa en que el objetivo que se persigue es atender o cuidar a los demás con un espíritu maternal.¹⁹

¹⁹ MARRINER, Op.cit Pág.15

PATRICIA BENNER

La obra de Benner ha descrito el cuidado de los enfermos en el contexto de la práctica de enfermería enriqueciendo el significado y la comprensión de la persona. Para ello se inspiró en el modelo de adquisición de habilidades de Dreyfus que desarrolló y convalidó en el ámbito de la enfermería por medio de descripciones sistemáticas de las cinco fases de desarrollo de las prestaciones que han de ofrecer las enfermeras.

Los cuidados crean las posibilidades de afrontar situaciones, permiten conectar y preocuparse de los demás y permiten dar y recibir ayuda.

1.7.2 MODELOS CONCEPTUALES

MYRA ESTRIN LEVINE

Se valió de disciplinas científicas como la psicología, la sociología y la fisiología para analizar las diversas prácticas en enfermería y para describir en detalle las técnicas y habilidades de esta disciplina. El análisis de la actividad de enfermería de Levine se tradujo en la formación de cuatro principios de conservación destinados a ayudar a los pacientes a adaptarse a su medio, en este análisis presenta a la persona de forma integral y como centro de las actividades de enfermería. Aunque centrándose en el enfermo dentro de las instalaciones de asistencia sanitaria y pese al hecho de que su obra era inicialmente un libro de texto destinado a enseñar enfermería médico-quirúrgica. A estudiantes del primer curso universitario. Levine ha sabido desarrollar un modelo que ha demostrado su utilidad en el fomento de la salud y en el campo de la enfermedad.²⁰

La obra de Levine se considera un modelo conceptual de la enfermería que recoge 3 teorías: las de la conservación la redundancia y la de intención terapéutica.

²⁰ MARRINER, Op.cit Pág.10

DOROTHY E. JOHNSON

Desarrollo un modelo de sistema conductual para la práctica, formación e investigación en enfermería. Este modelo revela la influencia de la etología y las teorías generales de los sistemas. Johnson consideraba que la piedra angular de las organizaciones sociales era el afecto, inspirado en el subsistema de paternidad.

Su sistema conductual incluye también los subsistemas de dependencia, éxito, agresivo-protector, de ingestión, de eliminación y sexual. En palabras de Johnson los problemas surgidos en enfermería se deben a alteraciones en la estructura o función de los subsistemas y surgen por que el nivel de funcionamiento conductual se sitúa por debajo del deseable.

El objetivo enfermero es reducir el estrés de manera que el cliente pueda dirigirse mas fácilmente hacia la recuperación.

MARTHA E. ROGERS

Su obra percibe la influencia de la teoría general de los sistemas y de la teoría de los campos, Roger insiste particularmente en las condiciones de arte y ciencia de la enfermería al bosquejar los conceptos de ser humano unitario y de entorno como nociones centrales de esta profesión. Roger fue una voz nítida que clamó por el desarrollo de la enfermería como una disciplina científica básica como el transcurso de los años. El modelo de Roger ha tenido una influencia importante en la investigación científica posterior y en el ejercicio profesional de la enfermería contemporánea. Además, ha servido como base para explicar otras teorías de enfermería entre ellas las de Newman, Parse y Fitzpatrick. el modelo de Rogers ha promovido numerosas investigaciones de la enfermería, algunos de cuyos miembros mas ilustres han analizado su utilidad en la investigación la practica, la educación y la administración.²¹

Según Rogers, la persona unitaria:

²¹ MARRINER, Op.cit Pág.12

- Es un campo energético irreducible de cuatro dimensiones identificado por un patrón
- Manifiesta características distintas de la suma de sus partes
- Interactúa de forma continua y creativa con el entorno
- Se comporta como una totalidad
- Como ser sensible, participa creativamente en el cambio

DOROTEA OREM

La teoría de Dorotea Orem, publicada por primera vez en 1971, incluye tres conceptos relacionados: autocuidados, déficit de autocuidados y sistemas de enfermería. La teoría del autocuidado se basa en cuatro conceptos: autocuidado, gestión de autocuidados, requisitos del autocuidado y demanda terapéutica de autocuidados. El autocuidado se refiere a aquellas actividades que una persona realiza de manera independiente a lo largo de su vida para proporcionar y mantener el bienestar personal.

La gestión de autocuidados es la capacidad individual para realizar actividades de autocuidados e implica a dos gestores: un gestor de autocuidados (una persona que realiza el autocuidado con independencia) y el gestor de cuidados dependientes (una persona diferente al individuo que proporciona los cuidados). La mayoría de los adultos se cuidan así mismos, mientras que los niños y las personas debilitadas por una enfermedad o incapacidad requieren asistencia para sus actividades de autocuidado. Los requisitos de autocuidado también denominados necesidades de autocuidado, son medidas o acciones que se realizan para proporcionar autocuidados.²²

²² MARRINER, Op.cit Pág.16

Orem identifica 3 tipos de sistemas de enfermería

- Sistemas de compensación total: que son necesarios para personas incapaces de controlar y vigilar su entorno y de procesar información
- Sistema de compensación parcial: diseñados para personas incapaces de realizar alguna, pero no todas, las actividades de autocuidado
- Sistema de apoyo-educativo (de desarrollo): que están diseñados para personas que necesitan aprender a realizar medidas de autocuidado y ayuda para hacerlo.

SOR CALLISTA ROY

Baso sus trabajos en la teoría de la adaptación de Nelson. Su modelo es un buen ejemplo de cómo recabar conocimientos de otras disciplinas para incluirlos dentro de la enfermería. Roy ha sintetizado varias teorías (prestadas), como las de sistema tensión y adaptación, en una visión conjunta que explica la interacción de la persona con su medio. Según Roy los hombres son seres biopsicosociales que existen en su entorno. El entorno y el yo transmiten 3 clases de estímulos: focal, residual y contextual.

Las personas responden a las necesidades de una de las cuatro formas siguientes:

El modelo fisiológico, modelo del autoconcepto, modelo de papel funcional y modelo de interdependencia.

Su objetivo es el de fomentar los procesos vitales a través de la adaptación de los 4 modelos adaptativos²³

²³ MARRINER, Op.cit Pág.16

1.7.3 TEORÍAS

BETTY NEUMAN

Utiliza las teorías de Géstal, el estrés y los sistemas, combinadas con niveles de prevención. Su concepción de la persona como un todo en el ámbito de los cuidados del paciente ayuda a las personas, las familias y los grupos a alcanzar y mantener niveles óptimos de bienestar por medio de intervenciones intencionadas. La intervención en enfermería tiene por objeto prevenir la enfermedad, reduciendo los factores de estrés y las condiciones adversas que pudieran ejercer un impacto negativo, real o potencial, en la situación óptima del paciente.

El modelo de Neuman se utiliza en el ejercicio profesional, la formación y la investigación. Su obra es un modelo conceptual de la enfermería provisto de dos teorías: la de la estabilidad óptima del paciente y la de la prevención como intervención.

HILDEGAR E. PEPLAU

Enfermera psiquiátrica que introdujo sus conceptos interpersonales en 1952. Un aspecto clave de la teoría de Peplau es el uso de la relación terapéutica entre enfermera y paciente.

La relación enfermera-paciente se desarrolla en cuatro fases: orientación, identificación, exploración y resolución. Recibió una intensa influencia de las teorías relaciones interpersonales de Sullivan y refleja el punto vista del modelo psicoanalítico contemporáneo.

Ha sido la primera autora que ha trasladado a la enfermería teorías de otros campos científicos, para después proceder a una labor de síntesis de los mismos. Los trabajos de Peplau se consideran teorías de la enfermería.²⁴

²⁴ MARRINER, Op.cit Pág.6-7

1.8 VIRGINIA HENDERSON.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"²⁵

El filosofía de Virginia Henderson, esta influenciado por la corriente de pensamiento de la integración y según Meleis (1997) se incluye dentro de la escuela de las necesidades.

Las teorizadoras de esta escuela comparten dos características: la primera es la de basarse en teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E. H. Erikson,) para conceptuar a la persona y la segunda característica común es que lo que las impulso a desarrollar sus modelos fue el deseo de clarificar la función propia de las enfermeras.²⁶

Con su trabajo intentaron responder a la pregunta "que hacen las enfermeras" y determinar en que se diferencia su aportación de las de otros profesionales de la salud, con el doble objetivo de delimitar el papel que debían asumir en los equipos multidisciplinarios y de diseñar un currículo académico que les permitiera responder a esas expectativas.

²⁵ MARRINER, Op cit Pág. 99-100

²⁶ FERNANDEZ, Ferrin., El pensamiento de virginia henderson siglo XXI, Pág. 35

*** Los elementos más importantes de su teoría son:**

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson , son :

- 1º.- Oxigenación
- 2º.- Nutrición e hidratación
- 3º.- Eliminación
- 4º.- Movilidad y postura.
- 5º.- Descanso y sueño
- 6º.- Vestir prendas adecuadas
- 7º.- Termorregulación
- 8º.- Higiene y protección de la piel
- 9º.- Evitar peligros
- 10º.- Comunicación
- 11º.- Creencias y valores
- 12º.- Trabajo y realización
- 13º.- Actividades recreativas.
- 14º.- Aprendizaje

1. OXIGENACIÓN. Que considera dos tiempos el de inspiración que proporciona el aporte esencial de oxígeno realiza la difusión de gases a nivel pulmonar y los intercambios a nivel celular. La expiración que consiste en la expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.

- Dimensión biofisiológica: mantenimiento de las funciones esenciales, frecuencia, ritmo, amplitud, ruidos respiratorios, tos y sistema cardiovascular.
- Dimensión psicológica: ansiedad y estrés
- Dimensión sociológica: entorno: polución, tabaquismo, estilo de vida, deportes al aire libre, ejercicio, aireación y humedad de los lugares, altitud.
- Dimensión cultural y espiritual: disciplina de la respiración, meditación, yoga.

2. NUTRICION E HIDRATACION. Comprende la ingestión, digestión y absorción de agua y nutrientes y electrolitos esenciales para la vida.

- Dimensión biofisiológica: capacidad para masticar, deglutir, digerir y absorber los alimentos, validez y cantidad de los líquidos y nutrientes según las necesidades del organismo, equilibrio hidroelectrolítico, envejecimiento, alteración orgánica, equilibrio hormonal y enzimático.
- Dimensión psicológica: ansiedad, anorexia, polifagia de origen nervioso. Estado afectivo y utilización de los mecanismos de defensa, compensación, sublimación, miedo, gratificación, hábitos personales relacionados con la absorción de alimentos o de bebidas alcohólicas.
- Dimensión sociológica: entorno, tipo de alimentación según el medio horario de comida, elección de los alimentos, clima afectivo de la familia en el momento de las comidas, límites que impone el trabajo, bocadillos, comida en restaurante, soledad, organización del domicilio.

3. ELIMINACION. Es el rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo

- Dimensión biofisiológica: capacidad de eliminación urinaria, intestinal, etc.(sudor, lágrimas, menstruación), dependencia psicológica de los laxantes.
- Dimensión sociológica: organización y control sanitario, salubridad de los lugares públicos, educación.
- Dimensión cultural y espiritual: valor que se da a la higiene en determinadas culturas.

4. MOVILIDAD Y POSTURA. Es el impulso dado a los músculos o a los miembros o a ambos a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio o para favorecer una buena circulación, es el mantenimiento de una buena alineación corporal.

- Dimensión biofisiológica: tono muscular, movilidad articular, integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética, madurez psicomotriz, envejecimiento, arteriosclerosis, estado de la tensión arterial y pulso, traumatismo, integridad del sistema vestibular, ejercicios, posturas habituales, alimentación rica en colesterol y en cloruro de sodio.
- Dimensión psicológica: ansiedad, estrés, agitación, valor personal que se da al deporte y a la actividad, sedentarismo, hábitos personales de comportamiento, soledad, hábitos de fumar.
- Dimensión sociológica: organización de los deportes y de los lugares de ejercicio, condiciones de trabajo inadecuadas.
- Dimensión cultural y espiritual: valor que se concede a los deportes y al ejercicio, dentro de la familia y de la cultura, posturas aceptables en una determinada cultura.

5. DESCANSO Y SUEÑO. Conservar un estado de bienestar aceptable. Interrupción del estado de conciencia o de la actividad o de ambos, que permiten la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas, es el mantenimiento del estado de confort

- Dimensión biofisiológica: capacidad de distenderse, número de horas de reposo, según la edad y las necesidades del organismo, dolor, prurito, tendencia al insomnio, falta de confort, enfermedad
- Dimensión psicológica: estrés, ansiedad, angustia, hábitos personales de vigilia y sueño, ritual que precede al acostarse, dependencia farmacológica, depresión, inquietud, miedo, sufrimiento moral.
- Dimensión sociológica: horas de acostarse y levantarse en función del trabajo, trabajo de noche, entorno, ruido, confort de la habitación, y de la cama, número de personas que comparten la misma habitación, intimidad y tranquilidad del lugar de reposo.

- Dimensión cultural y espiritual: valor que se da al trabajo y al descanso en cada cultura, valor que se da a la resistencia ante el dolor.

6. VESTIR PRENDAS ADECUADAS. Es la protección al cuerpo en función al clima, de las normas sociales y de la reserva personal.

- Dimensión biofisiológica: movilidad articular, tono muscular, estatura corpulencia, madurez psicomotriz, edad, fuerza física, estado fisiológico, gordura, embarazo.
- Dimensión psicológica: estado de conciencia, impotencia que se la da al vestido y a la apariencia personal, desgano, pudor, preferencias en el vestir, conformismo o no conformismo en adaptarse a las modas
- Dimensión sociológica: modas, normas sociales, entorno, clima, nivel socioeconómico, estatus social, mimetismo (sobretudo en los adolescentes)
- Dimensión cultural y espiritual: límites aportados por la religión y por la cultura(en lo que se refiere a la mujer)

7. TERMOREGULACIÓN. Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.

- Dimensión biofisiológica: regulación térmica cerebral y calor de los tegumentos, inflamación, infección
- Dimensión psicológica: elevación térmica debido al nerviosismo o al estrés.
- Dimensión sociológica: entorno, clima, confort de la casa, lugar de trabajo confortabilidad externa, medios económicos para templar la casa y evitar el frío.
- Dimensión cultural y espiritual: medios para combatir el frío y el calor, que utiliza una determinada cultura: vestido, habitación, calefacción.

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL. Consiste en los cuidados de higiene corporal y de la imagen personal

- Dimensión psicológica: estado de conciencia, diaforesis, debida a la tensión, hábitos personales de limpieza del cuerpo y del vestido, imagen de si mismo, educación.
- Dimensión sociológica: salubridad del medio de vida y de trabajo instalaciones sanitarias, baños.

- Dimensión cultural y espiritual: significado de la higiene, de la limpieza dentro de la familia y de la propia cultura, modas de vestirse y de peinarse

9. EVITAR PELIGROS. Protección contra las agresiones internas y externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

- Dimensión biofisiológica: límites sensoriales, vista, oído, desequilibrio, inmunidad, inflamación, infección, contaminación, prevención de la enfermedad y de los accidentes, modificación del esquema corporal, automutilación, violación, malos tratos.
- Dimensión psicológica: limitaciones intelectuales, perturbaciones del pensamiento, estado de conciencia, predisposición a los accidentes, falta de atención, ansiedad, miedo, alteración de su autoimagen, ideas suicidas, utilización de técnicas de relajación.
- Dimensión sociológica: reglamentación para prevenir peligros y preservar la salud del trabajo, medidas de seguridad laboral (mascarilla, casco, protector) seguridad en casa, especialmente para niños y ancianos, código de circulación.
- Dimensión cultural y espiritual: exposición a los peligros a consecuencia de ciertas ideologías, formas de ver la enfermedad mental, disciplina de vida para mantener el propio equilibrio.

10. COMUNICACIÓN. Establecer lazos con otros seres humanos próximos de su entorno, expansionarse, desarrollarse, procreación.

- Dimensión biofisiológica: capacidad física para relacionarse con los otros; vista, tacto, oído, formación, débito verbal. Integridad de los órganos sexuales, capacidad de procrear, equilibrio hormonal, mímica.
- Dimensión psicológica: perturbación emotiva, capacidad para expresar sentimientos, relacionados con los otros, repliegue en sí mismo, tedio, percepción del otro sexo, equilibrio sexual, mecanismo de defensa, proyección, sublimación, regresión, estado de conciencia.
- Dimensión sociológica: libertad de expresión de los sentimientos, control social, comunicación de masas, utilización de la sexualidad con fines secundarios.

- Dimensión cultural y espiritual: extroversión y/e introversión, características de ciertas culturas, formas de considerar la procreación, sexualidad y el rol de la mujer.

11. CREENCIAS Y VALORES. Actualización de los propios valores

- Dimensión biofisiológica: inmortalidad, debilidad, enfermedad
- Dimensión psicológica: ansiedad relacionada con la enfermedad, concepción personal de la vida y del más allá, estado de conciencia, fase de adaptación a la enfermedad, cólera.
- Dimensión sociológica: alejamiento de los lugares de culto, libertad permitida o control ejercido por el contorno.
- Dimensión cultural y espiritual: pertenencia a una religión o adhesión a una filosofía.

12. TRABAJO Y REALIZACIÓN. Del tiempo de forma útil, eficaz y valorizada

- Dimensión biofisiológica: capacidad física, integridad neurológica y músculo esquelético, nivel de energía y de fuerzas físicas, movilidad articular, enfermedad dolores
- Dimensión psicológica: desarrollo intelectual, estado de conciencia, depresión, confianza en sí mismo, deseo de realizarse, creatividad.
- Dimensión sociológica: disponibilidad de medios educativos y culturales, limitaciones socioeconómicas, roles sociales y grupos de interés.
- Dimensión cultural y espiritual: valor que se atribuye en la cultura al trabajo y a la productividad.

13. ACTIVIDADES RECREATIVAS. Necesidad de actividades de esparcimiento.

- Dimensión biofisiológica: capacidad de movimientos, integridad de los sentidos, del sistema nervioso y del sistema músculo-esquelético, dolor, fuerza física.
- Dimensión psicológica: estado de conciencia, deseo de distensión y de esparcimiento, capacidad personal de relacionarse con los demás, soledad, preferencias por las formas de ocio, creatividad espíritu lúdico.

- Dimensión sociológica: organizaciones deportivas y culturales para las distintas edades, limitaciones económicas, aislamiento físico, entorno rural o urbano, clima, costumbres mas o menos gregarias de la familia
- Dimensión cultural y espiritual: restricciones que se imponen a las mujeres en ciertas culturas, severidad de determinadas religiones frente a actividades de esparcimiento

14. APRENDIZAJE. Adquirir conocimientos, adquirir información.

- Dimensión biofisiológica: capacidad funcional del cerebro, del sistema nervioso y de los sentidos (vista-oído), senilidad o inmadurez, enfermedad aguda, dolor.
- Dimensión psicológica: estado de conciencia, capacidad intelectual, perturbaciones del pensamiento (juicio, memoria), ansiedad, educación (leer, escribir) periodo de adaptación a la enfermedad.
- Dimensión sociológica: disponibilidad de los servicios educativos, grado de evolución del grupo familiar, importancia de la enseñanza dentro de los cuidados de enfermería, poner el acento en la prevención.
- Dimensión cultural y espiritual: valor que se da en una cultura determinada a la educación o la formación sobre la salud y la enfermedad.²⁷

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

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

²⁷ RIOPELL L, GONDIN cuidados de enfermería, Pág.5-50

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

1.9 CONCEPTUALIZACIÓN DEL CUIDADO SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Hablar de cuidado es remotarnos al origen de la vida, ya que los hombres como todos los seres humanos han tenido siempre la necesidad de cuidados porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

Las enfermeras realizan una aportación única esencial y específica: cuidar. El cuidado de enfermería se expresa mediante acciones a otros para otros, con otros. Cuidar requiere ciertas aptitudes, actitudes conocimientos y es precisamente ese conocimiento que implica el cuidado, que incluye la comprensión de las necesidades, el tener en cuenta a la persona y sobre todo conocer los propios poderes y limitaciones.²⁸

Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida.

La base del conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad han sido los cuidados corporales y las prácticas alimentarias en el momento en el que se descubren las propiedades de las plantas, siendo así hasta nuestros días

Esta función primordial, inherente a la supervivencia de todo ser vivo, se ha visto profundamente alterada a la supervivencia de todo ser vivo, se ha visto profundamente alterada entre los hombres a medida que las grandes mutaciones tecnológicas socioeconómicas y culturales dan lugar a la fragmentación y la disección de la aplicación de cuidados en una multitud de tareas y actividades diversas.²⁹

²⁸ FERNANDEZ, Op.cit Pág. 40

²⁹ COLLIERE Françoise, Promover la vida, Pág.5

2.0 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. ³⁰

EL PAE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
 - Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
 - Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
 - Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

³⁰ ALFARO Rosa, Aplicación del proceso de enfermería, Pág. 63

2.1 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1.1 VALORACIÓN: Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- **Habilidades:** en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- **Comunicarse de forma eficaz.** Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- **Observar sistemáticamente.** Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- **Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.** Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.³¹

***EN LA RECOGIDA DE DATOS NECESITAMOS:**

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas)
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

+Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

³¹ Alfaro, Op.cit Pág. 70

+Los tipos de datos:

-Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

-Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

-Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

-Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

a) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.³²

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

³² Alfaro, Op.cit Pág. 75

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,

Para finalizar la entrevista las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados. ³³

³³ Alfaro, Op.cit Pág. 78

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Valoración

Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (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 (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud.

* **VALIDACIÓN DE DATOS:** Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

* **ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:** en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.³⁴

³⁴ Alfaro, Op.cit Pág. 80

2.1.2 FASE DE DIAGNÓSTICO:

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

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

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

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo ³⁵

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

³⁵ Alfaro, Op.cit Pág. 80

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

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

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

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordón 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real.

Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o

similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" .

Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica. ³⁶

³⁶Alfaro, Op.cit Pág. 90

2.1.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.
- Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
- Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

-Objetivos de enfermería o criterios de proceso.

-Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y medibles
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.».³⁷

³⁷ Alfaro, Op.cit Pág. 92

Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo.

OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones localizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Tipo de actividades de enfermería:

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

- Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.³⁸

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes:

³⁸ Alfaro, Op.cit Pág. 98

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

- **DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA :**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería. Ello se obtiene mediante una documentación.

*** PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución). ³⁹

³⁹ Alfaro, Op.cit Pág. 99

2.1.4 EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

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 realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada ⁴⁰

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

⁴⁰ Alfaro. Op.cit Pág. 100-105

2.1.5 EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada 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.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.
- La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.⁴¹

⁴¹ Alfaro, Op.cit Pág. 106

3. SÍNTESIS VALORATIVA

De acuerdo a la valoración de las necesidades humanas se encuentra lo siguiente:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
NOMBRE:	A. M. Agustín
SEXO:	Masculino
EDAD:	82 años
ESCOLARIDAD:	Secundaria
ESTADIO CIVIL:	Casado
OCUPACIÓN:	jubilado (técnico cinematográfico)
LUGAR DE RESIDENCIA:	D. F
RELIGION:	Católico
INGRESO DEL PACIENTE:	21 de marzo del 2007
CAMA:	212
DX MEDICO:	Evento vascular cerebral isquemico

3.1 PRESENTACION DEL CASO

Paciente del sexo masculino de edad aparentemente igual a la cronológica, Diabetes Mellitus (DM) diagnosticada hace 15 años, actualmente manejado con esquema de insulina, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) de reciente diagnostico manejada con medicamentos actualmente EVC isquemico y neumonía intrahospitalaria en tratamiento.

Inicio hace 15 días con desviación momentánea de la comisura labial a la izquierda con remisión. El 19/03/07 en la tarde con mareo ampliación de base de sustentación, dificultades para la deglución y cefalea que cedió parcialmente con AINES. Al día siguiente al levantarse presenta caída de su propia altura por debilidad del hemicuerpo izquierdo, ausencia de emisión del lenguaje con comprensión

Ingresa al INNNN al servicio de urgencia para su diagnostico y tratamiento. Posteriormente ingresa al segundo piso de este instituto.

Fuente de datos: Familiar.

Fiabilidad: (3)

Compromiso de la Necesidad: Falta de fuerza.

Demanda del Cuidado: dependiente.⁴²

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos subjetivos: El familiar nos refiere que el paciente no fumaba, y considera que el lugar donde vive no afectaba su oxigenación. Toxicomanías negadas.

El día 29 de marzo presenta estupor además de HAS de recién inicio, el 30 de marzo a las 4 am paro respiratorio secundario a EVC por lo cual requiere de intubación endotraqueal con ventilación mecánica, presenta cuadro de neumonía intrahospitalaria. Se realiza TAC de cráneo la cual evidencia lesión isquémica abarcando zonas vasculares de puente y bulbo. Se programa para una traqueostomía el día 06-04-07,

Datos objetivos:

EXPLORACION FÍSICA CARDIOPULMONAR

Paciente en estupor, el tono de piel es blanca uniforme, y se encuentra semihidratada, con traqueostomía conectado a nebulizador continuo, presenta abundantes secreciones por boca y árbol traqueobronquial se aspiran con circuito cerrado secreciones amarillas sanguinolentas, palidez de tegumentos generalizada y taquipneico. Tórax simétrico, movimientos de ampliación y aplexación presentes, las extremidades inferiores con presencia de edema ++

Registro de signos vitales: *FR: 28 x' T/A: 130/90mmhg FC: 120x'*

Llenado capilar de 2 segundos, pulsos periféricos palpables, uniforme y regular.

Estertores subcrepitantes bilaterales a nivel media y basal, campos pulmonares hipoventilados, Ruidos cardíacos presentes y de buena intensidad, sin ruidos patológicos agregados

⁴² Fiabilidad: 1).Paciente. 2).Expediente. 3).Familiar. 4).Conocido, DC: Dependiente, independiente, parcialmente dependiente. LEDEZMA, Maria del carme, Enfermería fundamental, Pág. 15

<u>Laboratorios:</u>	<u>Gasometría</u>
<u>Hematocrito 37/mm</u>	<u>PCO2: 45.2mmhg.</u>
<u>Leucocitos: 10000/mm</u>	<u>PO2: 80mmhg</u>
<u>Hemoglobina: 10.3g/100</u>	<u>PH: 7.2</u>
	<u>HCO2:20</u>

Medicamentos: enoxoparina 40mg c/24hrs, amlodipino 5mg SNG c/12hrs, clopidrogel 75mg SNG C/24hrs comvibent y mucomys c/6hrs, Cefepime 1gr IV c/12hrs vancomicina 1gr IV c/12 hrs.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Datos subjetivos: el familiar comenta que el paciente come casi de todos los alimentos sin saber el valor nutritivo de ellos. Por lo regular come en casa 3 veces al día. Su alimentación es adecuada en cantidad y calidad en su casa. Los alimentos que regularmente ingiere son: huevo, frijoles, sopa fruta y muy pocas veces carne. Ingesta aproximadamente de 1.5 Lt de agua, refiere que no tenía ninguna dificultad para masticar y deglutir hasta que presento su problema. Después del evento se le dificulta comer ya que no podía masticar y se le caía la comida de la boca. El paciente presenta DM de 15 años de evolución, actualmente manejado con esquema de insulina.

Datos objetivos: el paciente es de peso adecuado a su talla, abdomen depresible se encuentra con una sonda nasogastrica para alimentación por la cual esta pasando glucerna 5x1 de 6 a 24 hrs. 70cc/hr

Piezas dentarias cariadas, presencia de halitosis, labios con agrietados y presencia de aftas.

Peso aprox.: 80kg **Talla:** 1.80cm **IMC:** 24

Solución: fisiológica de 1000 p/24hr p/ 40cc/hr

Medicamento: Omeprazol 20mg IV C/12hr, cisaprida 10mg x SNG c/24, Insulina NPH 10u SC por la mañana y 4u SC por la tarde

PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

GLUCOSA: 200mg/dl

BUN: 21mg/100ml

ELECTROLITOS SERICOS

SODIO: 135MEQ/L

POTASIO: 2.5MEQ/L

COLORO: 90 MEQ/L

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos subjetivos: El familiar nos refiere que el paciente evacuaba diario y micciónaba por lo menos 5 veces al día, comenta que no tiene ningún problema para evacuar u orinar.

Datos objetivos: el paciente se encuentra con sonda foley a derivación, orina amarilla turbia con un gasto urinario de 1,900 ml por día, ha presentado estreñimiento, se ha tenido que desimpactar manualmente cada tercer día.

Abdomen duro depresible, globoso, genitales íntegros, ruidos intestinales hipoactivo, presencia de peristaltismo disminuido 5 por minuto, no se palpan masas, abdomen bajo no se palpa globo vesical.

Niega examen de próstata

Laboratorios:

UREA: 40mg/dl **CREATININA:** 1.5

Medicamentos: Milpar 10cc c/24hr

NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA

Datos subjetivos: el familiar comenta que su actividad física era activa, nos comenta que no realizaba ningún tipo de ejercicio.

Datos objetivos: En el hospital se encuentra cuadriplejico secundario a EVC
Fuerza muscular en MT Y MP 0/5

Presenta escara en cresta iliaca izquierda y talón izquierdo en proceso de cicatrización. Edema en miembros torácicos.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos subjetivos: Nos comenta que el paciente dormía 6 hrs diarias y que los últimos días después de su padecimiento se encontraba muy dormido a todas horas (somnoliento)

Datos objetivos:

El paciente se encuentra en estupor localiza estímulos dolorosos.

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos subjetivos Nos comenta que elegía su propio vestuario y no pretendía estar a la moda, además que sus creencias no le impiden vestir como le agradaba. El era totalmente independiente.

Datos objetivos:

Es un paciente que su estado le impide vestirse y desvestirse. Diario se la cambia su cama, pañal y su bata en el hospital.

NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

Datos subjetivos: Nos comenta que cuando hay cambios de temperatura, sabia vestirse conforme al clima. Le desagrada el calor, cuenta con todos los servicios públicos.

Datos objetivos:

Piel seca y caliente, palidez de tegumentos generalizada

Temperatura: 38°C

Medicamentos: Paracetamol 1gr c/8 por SNG, Cefepime 1gr IV c/12 y fosfocil 500mg por SNG c/6 hrs.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos subjetivos: menciona bañarse diario al levantarse y lavarse los dientes 3 veces al día. Refiere su hijo que es una persona muy limpia.

Datos objetivos:

Cuero cabelludo integro cabello cano un poco opaco, orejas simétricas, lengua saburral, dientes con coloración marrón presencia de halitosis, labios secos y agrietados, uñas quebradizas largas limpias, palidez de tegumentos generalizada. Catéter en miembro torácico izquierdo Escara en cresta iliaca 5*5 y talón izquierdo 3*3 en proceso de cicatrización, piel reseca y caliente

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos subjetivos: No recuerda si tiene su esquema de vacunación. Nunca se realizo ninguna autoexploración. Alcoholismo negado. Toxicomanías negadas

Datos objetivos

El paciente se encuentra en estupor localiza estímulos dolorosos, con traqueotomía conectada a nebulizador continuo, SNG, catéter largo en miembro torácico izquierdo, escara en cresta iliaca izquierda y talón izquierdo, sonda foley a derivación además de cuadriplejia secundario a EVC.

En el instituto se encuentra en el segundo piso en su propio cuarto privado con los servicios y accesorios básicos de protección, además de permitir la estancia de un familiar las 24 hrs. del día. Su cama se encuentra con protección.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Datos subjetivos: refiere su hijo que el paciente mantenía una buena comunicación con su esposa, hijos y amigos.

Datos objetivos:

El paciente se encuentra en estupor y no es posible mantener una comunicación con el.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Datos subjetivos

Su religión es católica, no le genera ningún conflicto, acudía cada 15 días a misa. Presenta imágenes religiosas además de que su familia rezan dentro de la habitación.

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION

Datos subjetivos: comenta que es jubilado y que permaneció trabajando mucho tiempo en el Country Club de Coyoacan. El era una persona muy activa. Argumenta que el paciente le gustaba realizar actividades que le permita obtener ingresos, con los cuales apoyo a la casa.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Sin datos relevantes

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos objetivos: no realiza actividades de aprendizaje.

3.2 CONCLUSION DIAGNOSTICA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
1. Oxigenación	Dependiente	* Patrón respiratorio ineficaz relacionado con trastorno neuromuscular (traqueostomía) manifestado por disnea, dificultad respiratoria y taquipnea.
2. Nutrición e Hidratación	Dependiente	*Alteración de la mucosa oral relacionado con condiciones patológicas e infección manifestado por lesiones , úlceras orales y halitosis *Trastorno de la deglución relacionado por afección del nervio glosofaríngeo, y obstrucción mecánica (cánula de traqueotomía) manifestado por dificultad para deglutir
3. Eliminación	Dependiente	*Alteración de la eliminación urinaria relacionado con alteración neuromuscular manifestado por incontinencia
4. Moverse y mantener una buena postura	Dependiente	*Alteración de la movilidad física relacionado con afección neuromuscular manifestado por cuadriplejía.
5. Descanso y sueño	Dependiente	Alteración del patrón del sueño relacionado con estado de conciencia manifestado por estupor
6. Usar prendas de vestir adecuadas	Dependiente	*Trastorno de la imagen corporal relacionado con falta de la fuerza manifestado por incapacidad para vestirse y desvestirse
7. Termorregulación	Dependiente	*Hipertermia relacionado con proceso patológico manifestado por piel caliente y leucocitos de 10000
8. Higiene y protección de la piel	Dependiente	*Alteración de la integridad cutánea relacionada por inmovilidad física y circulación alterada manifestada por úlcera en cresta y talón izquierdo
9. Evitar peligros	Dependiente	Riesgo de lesión relacionado con condiciones patológicas manifestado por cuadriplejía
11. Creencias y valores	Dependiente	Sufrimiento espiritual relacionado con separación de los vínculos religiosos manifestado por incapacidad para participar en las prácticas religiosas.
12. Trabajo y realización	Dependiente	LIMITADA
13. Actividades recreativas	Dependiente	LIMITADA
14. Aprendizaje	Dependiente	ALTERADO POR SU AUTOCUIDADO

3.3 PLAN DE CUIDADOS

DX Patrón respiratorio ineficaz relacionada con trastorno neuromuscular (traqueostomía) manifestado por disnea y taquipnea.

El patrón respiratorio es el estado en el que la frecuencia, la profundidad, duración, ritmo o excursión de la pared torácica /abdominal durante la inspiración, espiración o ambas no mantiene una ventilación óptima para el individuo. Las ostomías respiratorias son orificios artificiales que se realizan en la base del cuello para obtener una vía aérea permeable. Suponen una intervención traumática que contribuye a un cambio del paciente tanto a nivel físico como psicológico; de ahí la importancia prestada en el desarrollo de los cuidados. Una traqueostomía es la comunicación de la luz de la tráquea con el exterior, a través de una incisión en el cuello, a nivel del cartílago cricoides.⁴³

PLANEACION:

- Lograr que el paciente mantenga vías respiratorias permeables y mantenga la respiración dentro de los parámetros normales.

CUIDADOS:

***Vigilar patrón respiratorio por turno**

Fundamentación: Como sabemos, la respiración es una de las funciones principales de los organismos vivos, por medio de la cual se producen reacciones de oxidación que liberan energía que utilizan los seres vivos para poder realizar su metabolismo. La mayoría de los organismos vivos utilizan el oxígeno para su respiración.

En el hombre el más importante aporte de oxígeno se realiza por medio del llamado aparato respiratorio compuesto por las fosas nasales, la boca, la faringe, la laringe, los bronquios y los pulmones.

⁴³ Colección de Enfermería Nurse Review, Problemas Neurológicos. Pág. 20

Los pulmones, que son sacos de grandes superficies, ponen en contacto la sangre con el aire por medio de los alvéolos pulmonares, produciendo el intercambio gaseoso. Ingresando oxígeno y expulsando mayoritariamente CO₂.

La respiración es la función mediante la cual tiene lugar el intercambio gaseoso (O₂ y CO₂) en las células. El paso entre el O₂ y el CO₂ se verifica por difusión a través de la fina pared endotelial de alvéolos y capilares.

***Auscultar ruidos respiratorios cada 2-4 horas**

Fundamentación: los ruidos respiratorios son sonidos producidos por las vibraciones de las cuerdas vocales al pasar el flujo turbulento por la laringe, durante la inspiración y la espiración. Estos ruidos se transmiten por la tráquea y los bronquios y a través de los pulmones hasta la pared torácica. Al sonido normalmente producido de cualidad susurrante, que aumenta de forma constante durante la inspiración y desaparece durante la espiración, se le llama murmullo vesicular. Cualquier alteración de las vías aéreas o del parénquima modifica este sonido y da lugar a diferentes ruidos adventicios (roncus, sibilancias, crepitantes, etc.) Informar de cualquier disminución de los ruidos respiratorios o el aumento de estos.

***Valoración y control de la saturación de oxígeno**

Fundamentación: la saturación de oxígeno es la medición, no invasiva, del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos. El color de la sangre varía dependiendo de lo saturada de oxígeno que se encuentre, debido a las propiedades ópticas del grupo hemo de la molécula de hemoglobina. Cuando la molécula de hemoglobina libera oxígeno pierde su color rosado, adquiriendo un tono más azulado y deja pasar menos la luz roja. Y nos va a servir para la evaluación o control de oxígeno terapia.

***Toma de gasometría arterial**

Fundamentación: La medición de los gases contenidos en la sangre arterial es la prueba funcional pulmonar más importante realizada a pacientes que están en estado crítico. Existen numerosos factores que afectan a los gases obtenidos en sangre y que es preciso conocer para valorar los cambios sufridos después de cualquier intervención. La gasometría es un examen que se hace para medir la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono presente en la sangre. Este examen también analiza la acidez (pH) de la sangre. Se utiliza para evaluar enfermedades respiratorias y padecimientos que afectan los pulmones e igualmente ayuda a determinar la efectividad de la oxigenoterapia.

***Colocar nebulizador continuo con un FIO2 100%**

Fundamentación: Los nebulizadores administran una corriente de oxígeno con o sin medicamento a los pulmones en un cierto período nos ayuda a mantener niveles adecuados de oxígeno. El oxígeno es uno de los elementos más importantes de la química orgánica y participa de forma muy importante en el ciclo energético de los seres vivos, esencial en la respiración celular de los organismos aeróbicos

***Proporcionar Fisioterapia Pulmonar.**

Fundamentación: La Fisioterapia respiratoria es un método terapéutico de reducido coste, inocuo, sin efectos tóxicos o secundarios y de demostrada eficacia para el tratamiento de patologías de diferente índole, como son los procesos que afectan de forma crónica al sistema respiratorio enfermedades neuromusculares, procesos agudos e intervenciones quirúrgicas

Las técnicas para fisioterapia de tórax incluyen una combinación de posiciones terapéuticas, percusión de la pared torácica en el área afectada, vibración de la misma y tos. Colocar al paciente con el segmento pulmonar que deba drenarse en la posición más alta.

***Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal con circuito cerrado**

Fundamentación: Es la aspiración de secreciones bronquiales a través del tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía. Favorecer el reflejo tusígeno para movilizar secreciones. La intubación endotraqueal en un paciente con insuficiencia respiratoria permite: el aislamiento y protección de la vía aérea, la aplicación de presión positiva a la misma, el aporte de una FiO₂ elevada, la aspiración de secreciones, y en ocasiones de RCPA permite administrar fármacos como adrenalina, atropina, naloxona o lidocaina.

***Aspiración de secreciones por boca**

Fundamentación: la aspiración de secreciones nos ayuda a mantener niveles adecuados de oxígeno y de dióxido de carbono en los alvéolos y en la sangre debe existir una irrigación adecuada, así como una ventilación suficiente.

Las secreciones retenidas favorecen el desarrollo de microorganismos. La eliminación de las secreciones de la vía aérea reduce el potencial para la infección pulmonar y mejora la oxigenación

***Colocar al paciente en la posición de semifowler.**

Fundamentación: la posición semifowler ayuda a los pacientes con disnea, con trastornos del aparato respiratorio ya que favorece el drenaje de la cavidad pélvica y disminuye la tensión de los músculos abdominales.⁴⁴

EVALUACIÓN

Se ha logrado mantener una vía aérea permeable y una saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales, la frecuencia y profundidad de la respiración se mantienen normales.

⁴⁴ CARPENTINO, Juall Linda, Diagnósticos de enfermería, Pág., 325

DX Alteración de la mucosa oral relacionado con procesos de infección manifestado por lesiones, úlceras orales y halitosis

La frecuencia del mantenimiento de la salud oral variara de acuerdo con el estado de salud del individuo y la capacidad de autocuidarse. Los factores que contribuyen a la enfermedad oral son el alcohol y tabaco (uso excesivo), microorganismos, nutrición inadecuada(cantidad y calidad), higiene inadecuada y traumatismo(dentaduras que encajan mal, dientes con bordes aguzados, prótesis con bordes aguzados, uso inadecuado de los aparatos de limpieza).La placa es la flora microbiana que se encuentra en la boca y es el principal factor que contribuye a la producción de caries dentales y enfermedad periodontal. El tubo endotraqueal provoca úlceras bucales si este no tiene los cuidados correctos como por ejemplo:

- Los desplazamientos del tubo, los decúbitos por el roce del tubo y cinta de fijación.
- Movilización del tubo endotraqueal, el cambio de la cinta cada 24 horas, la higiene bucal con antiséptico, evitar la sequedad de los labios mediante la aplicación de un protector.⁴⁵

PLANEACIÓN

- Valorar y prevenir los problemas potenciales de la boca proporcionando cuidados bucales eficaces

CUIDADOS

***Valorar las mucosas del paciente, lengua y encías diariamente**

Fundamentación: La mucosa bucal se compone en tres zonas: Las encías y el revestimiento del paladar duro, denominados las zonas masticatorias; el dorso de la lengua, el cual se encuentra cubierto de una mucosa especializada y el resto de la mucosa que cubre la cavidad bucal

⁴⁵ CARPENTINO, Op. cit Pág., 326

***Valorar la presencia de humedad, integridad, edema, color, hemorragia y mal olor**

Fundamentación: la mucosa bucal, contiene glándulas salivales accesorias que segregan moco en la superficie de la mucosa para así mantenerlas húmedas. Esta segregación contribuye a que las mucosas tengan un periodo más rápido de cicatrización, permitiendo su periodo de regeneración.

***Realizar aseo bucal una vez por turno con agua y bicarbonato**

Fundamentación: Proporcionar higiene bucal permite mantener la boca, dientes y encías en buen estado, refrescando la boca y eliminando olores desagradables, así mismo evitando ulceraciones e infecciones. El aseo bucal se deberá realizar a diario por lo menos luego de cada comida y la visita al odontólogo deberá realizarse por lo menos una vez al año.

***Proporciona educación sanitaria al familiar**

Fundamentación: La frecuencia del mantenimiento de la salud oral variara de acuerdo con el estado de salud del individuo y la capacidad de auto cuidarse. Enseñar al familiar los cuidados a brindar a su paciente, que debe cepillarle los dientes 3 veces al día, que debe acudir a su dentista por lo menos cada 6 meses y que debe de cambiar su cepillo por lo menos cada 3 meses.

EVALUACIÓN

Se ha mantenido una buena higiene de la mucosa oral y se logro que la familia aprendiera como se realizaba el aseo bucal. El paciente mejoro satisfactoriamente su problema de ulceras y halitosis.

DX Trastorno de la deglución relacionado por afección del nervio glossofaríngeo, manifestado por dificultad para deglutir

El glossofaríngeo, es un nervio mixto: sensitivo-sensorial, motor y vegetativo. Función sensitivo-sensorial: conduce la sensibilidad general de la faringe y del tercio posterior de la mucosa lingual, región amigdalina y parte del velo del paladar. Como nervio sensorial recoge los estímulos gustativos del tercio posterior de la lengua. Función motora: inerva los músculos de la faringe y velo del paladar. Es muy importante distinguir si al paciente se le ha realizado una traqueotomía o una traqueostomía porque repercute en su plan de cuidados: la primera es una incisión en el segundo o tercer cartílago traqueal con el fin de obtener una vía aérea permeable, mientras que la traqueostomía consiste en la avocación de la tráquea al exterior suturada de forma circunferencial y permanente a la piel, siendo el traqueostoma o estoma la única vía de respiración⁴⁶

PLANEACIÓN:

- Lograr que el paciente mantenga un estado nutricional mediante un aporte energético, regulador y de reserva.

CUIDADOS

***Valorar/ pesar diariamente del paciente (aproximado)**

Fundamentación: es de suma importancia el peso ya que es un parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del estado nutricional del individuo.

El ejercicio regular y una dieta saludable son esenciales cuando del control de peso se trata. Un plan de manejo del peso depende de si la persona tiene sobrepeso o peso insuficiente.

⁴⁶TTUCKER, Susan, Normas de cuidados del paciente, Pág. 888-890

***Cuidados a la Sonda Nasogastrica**

Fundamentación: la sonda nos ayuda a administrar alimentos o medicamentos directamente a cavidad gástrica y a mantener el estado nutricional del paciente. La nutrición enteral previene la atrofia de la mucosa gástrica y posteriores complicaciones. Los cuidados más importantes son:

- Limpiar cada día la sonda por fuera con una gasa
- El cambio de la sonda lo hará la enfermera cuando lo crea oportuno, si nota que la sonda se oscurece, presenta grietas u orificios.
- La fijación de la sonda se debe cambiar diario, cambiando de sitio la fijación para evitar irritaciones.
- Los orificios nasales debe limpiarse suavemente, como mínimo una vez al día, con un bastoncillo de algodón humedecido con agua caliente o templada.
- Verifique la posición de la sonda comprobando que la señal exterior se encuentra en el mismo sitio.

***Medir residuo gástrico antes de pasar dieta**

Fundamentación: es importante medir el residuo ya que vamos a valorar si la mayor parte de los alimentos fueron eliminados o absorbidos adecuadamente. Se define el Residuo Gástrico Positivo, como la presencia de volumen de drenado superior a 200 ml en cada comprobación.

La etiología está relacionada con alteraciones de la motilidad gástrica relacionadas con la patología del paciente, fármacos utilizados o dieta.

***Ingresar dieta por gastroclisis con glucerna (5hrs x 1hrs)**

Fundamentación: la gastroclisis no ayuda a la ministración de los alimentos líquidos al estómago mediante una sonda gota a gota. Calcular el goteo de acuerdo al tiempo en que se suministrara, dejando 1 hora entre el tiempo del término al inicio de la alimentación siguiente para facilitar la absorción gástrica. ⁴⁷

La glucerna es una nutrición especializada con fibra para pacientes con tolerancia anormal a la glucosa.

EVALUACIÓN

Se logro que el paciente mantuviera un estado nutricional mediante un aporte energético, regulador y de reserva mediante los cuidados antes mencionados.

No hubo necesidad de realizar un cambio de la sonda nasogastrica ya que tuvo un buen funcionamiento.

⁴⁷ BADILLO. R Ana, Manual de procedimientos de Enfermería, Pág. 23

DX Alteración de la eliminación urinaria relacionado con alteración neuromuscular manifestado por incontinencia

La incontinencia urinaria es la pérdida del control vesical e implica un importante impacto psicológico y social y puede afectar gravemente el estilo de vida del paciente. Aunque es común que el paciente afectado de incontinencia no le dé la importancia que merece, sin intentar aclarar el tipo y determinar si es pasajera, reversible o simplemente buscar una opinión especializada. La incontinencia urinaria de esfuerzo puede presentarse como resultado del debilitamiento de los músculos pélvicos que soportan la vejiga y la uretra o debido al mal funcionamiento del esfínter uretral. El debilitamiento puede ser causado por un trauma previo de la zona uretral, una lesión neurológica, algunos medicamentos, o después de una cirugía de la próstata o del área pélvica.⁴⁸

PLANEACIÓN:

- Prevenir la contaminación y la irritación de la región genital

CUIDADOS

***Valorar e identificar los factores o fuentes de dificultad de la incontinencia urinaria**

Fundamentación: La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema de almacenamiento de la vejiga en el cual se reduce la fuerza de los músculos (esfínter uretral) y éste no es capaz de evitar el flujo de orina cuando aumenta la presión abdominal.

⁴⁸ CARPENTINO, op. cit Pág. 122-125

***Cuidados a la sonda foley**

Fundamentación: el objetivo de una sonda es obtener una muestra de orina exenta de contaminación, vaciar la vejiga en caso de retención urinaria y evitar micciones involuntarias en pacientes con problemas neurológicos.

El cambio de la sonda varía según el material de ésta: cada 7-14 días para las de polietileno, cada 2-3 meses para las de poliuretano y cada 3-6 meses para las de silicona

La higiene de genitales y sonda debe hacerse una vez por turno como mínimo.

La bolsa colectora debe vaciarse cada vez que esté llena en dos tercios de su capacidad y cambiarse cada semana.

***Tras 7 días de permanencia de la sonda foley, controlar la posible aparición de infección mediante un EGO**

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

Una infección urinaria es la colonización y multiplicación de cualquier microorganismo, habitualmente bacterias, en el aparato urinario, que abarca de uretra a riñones, incluida la próstata (p. ej., uretritis, cistitis, prostatitis). La vía de entrada más frecuente de los gérmenes es la ascendente (*Escherichia coli*, germen más frecuente de un 80-90%) y más raramente la vía hematógica.

***Medición de densidad urinaria**

Fundamentación: Al medir la densidad urinaria valoramos la eficiencia glándular, como la secreción de ADH en la hipófisis además de la cantidad de solutos en la orina. La densidad urinaria es un método sencillo para valorar la concentración total de solutos en una muestra de orina. Es inexacto, pues puede sobrevalorarse cuando hay cantidades elevadas de glucosa, proteínas o contrastes radiológicos en la orina. La determinación de la osmolaridad urinaria es más exacta a la hora de valorar la capacidad renal de concentrar y diluir la orina.

EVALUACIÓN

Se evito cualquier tipo de infección urinaria oportunista, además se llevo un buen control y los cuidados de la sonda foley en cuanto a su funcionamiento y la bolsa relectora.

DX Alteración de la movilidad física relacionado con afección neuromuscular manifestado por cudriplejia

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, hemiplejia, cuadriplejia.

La hemiparesia es la debilidad de un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo, la cara puede o no estar débil.

La cuadriplejia es la pérdida de fuerza muscular en las cuatro extremidades.⁴⁹

PLANEACIÓN

- Evitar que el paciente manifiesta contracturas y lograr arcos de movimiento en las 4 extremidades

CUIDADOS

***Realizar ejercicios pasivos**

Los ejercicios pasivos es el conjunto de técnicas que se aplican sobre las estructuras afectadas, sin que el paciente realice ningún movimiento voluntario de la zona que hay que tratar. El paciente no interviene en absoluto, no presenta ni ayuda ni resistencia en la realización de los ejercicios.

La movilización pasiva mejora la actividad articular y circulación

Se usa la mecánica corporal adecuada cuando se proporcionan ejercicios de arcos de movimiento, para evitar esguinces y lesiones en el paciente y la propia enfermera.

⁴⁹ KOSIER, Op. cit Pág. 572

***Explicar al familiar el problema y objetivo de cada ejercicio**

Fundamentación: Tener conocimiento al procedimiento que se realizara, incremente la seguridad por parte del paciente

Las técnicas que se realizan son:

- Movilizaciones (pasiva asistida, autopasiva, pasiva instrumental).
- Posturas (manual por el fisioterapeuta, autopasiva, mediante instrumentos).
- Tracciones articulares (respetando la amplitud de la articulación).
- Estiramientos músculo-tendinosos (manuales por el fisioterapeuta o por el paciente).
- Manipulaciones.

***Evitar periodos prolongados en la misma posición**

Fundamentación: Los cambios de posición evitan alteraciones a la piel y así mismo previenen la atrofia de articulaciones. Así mismo mejora la circulación de las zonas de contacto y proporciona comodidad al paciente.

***Establecer medidas de seguridad para favorecer la movilización**

Los barandales, las posiciones adecuadas son medidas para prevenir caídas.

EVALUACIÓN

Se logro mantener tener arcos de movimiento en las cuadro extremidades.

Se previno contracturas, anquilosis y múltiples escaras además se favoreció una circulación adecuada.

DX Trastorno de la imagen corporal relacionado con falta de la fuerza manifestado por incapacidad para vestirse y desvestirse

La imagen corporal incluye muchas cosas como por ejemplo la manera en la cual nos percibimos a nosotros mismos, como nos sentimos en nuestros cuerpos y como nos sentimos con nuestros cuerpos. La imagen corporal es algo que aprendemos y que cambia constantemente. Incluso aquellos de nosotros que tenemos una imagen positiva de nuestros cuerpos, tenemos días en los cuales no nos sentimos tan seguros.⁵⁰

PLANEACIÓN

- Mantener al paciente en buenas condiciones higiénicas y de vestido al paciente

CUIDADOS

***Proporcionar ayuda para el vestido según se necesite**

El paciente se encuentra estuporoso, cuadriplejico por cual es necesario que el personal de enfermería le brinde el cambio de bata diario o según lo necesite.

***Proporcionar intimidad durante el acto de vestirse**

Intimidad es la parte interior que solamente cada uno conoce de sí mismo. Es el máximo grado de inmanencia, es decir, aquello que se almacena en el interior. Lo íntimo está protegido por el sentimiento del pudor

⁵⁰ <http://www.ambientejoven.org/temas/2001/imagencorporal.htm>

***Elegir ropa suelta con mangas y perneras amplias y que se abroche fácilmente**

La ropa con la que se viste al paciente es una bata color verde larga, con mangas cortas. Todos tenemos alguna ropa con la que nos sentimos especialmente cómodos, que resiste el paso del tiempo sin terminar de estropearse, que mantenemos junto a nosotros, este tipo de pacientes es lo que mas extrañan, su comodidad.

***Enseñar a los familiares de que manera se realiza el cambio de vestimenta**

Hay que enseñar a los familiares como vestir y desvestir a su paciente estar presentes en esos primeros días para ver si lo hacen bien y poder corregir posibles errores. Vestirse y desvestirse es un proceso por etapas; cada etapa tiene sus prendas y poco a poco se va configurando nuestro vestuario.

EVALUACIÓN

Se mantuvo al paciente en buenas condiciones higiénicas y de vestido. Además logramos que los familiares participaran y aprendieran a realizar el cambio de ropa al paciente.

DX *Hipertermia relacionada con proceso patológico manifestado por piel caliente y leucocitos de 10000

La hipertermia es 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. La infección es una de las causas por lo cual la temperatura corporal se eleva entendemos por infección a la invasión del organismo por gérmenes patógenos, que se establecen y se multiplican. Dependiendo de la virulencia del germen, de su concentración y de las defensas del huésped, se desarrolla una enfermedad infecciosa (causada por una lesión celular local, secreción de toxinas o por la reacción antígeno anticuerpo), una enfermedad subclínica o una convivencia inocua.⁵¹

PLANEACIÓN:

- Mantener curva térmica en parámetros normales llevando una prevención y control de cualquier infección oportunista

CUIDADOS

***Toma de signos vitales**

Fundamentación: Los signos son de gran importancia ya que valoran el estado de salud o enfermedad y ayudan a establecer un diagnóstico de salud

Los signos vitales son muy útiles para detectar o monitorizar problemas de salud. Los signos vitales se pueden medir en un establecimiento médico, en casa, en el lugar en el que se produzca una urgencia o en cualquier sitio

⁵¹TERESA Luis Rodrigo, Diagnósticos enfermeros, Pág. 179-180

***Aplicación de compresas frías**

Fundamentación: las compresas frías disminuyen la temperatura, aliviar cuadros inflamatorios aliviar el dolor y malestares.

***Ministrar un gramo de paracetamol por SNG**

Fundamentación: El paracetamol o acetaminofén es un medicamento con propiedades analgésicas, sin propiedades antiinflamatorias clínicamente significativas. Actúa inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, mediadores celulares responsables de la aparición del dolor.

El paracetamol es útil para reducir la fiebre y en la analgesia temporal de malestares asociados con fiebre y dolor, cefalea etc.

***Ministrar 1gr de vancomicina IV c/12hrs**

Es un glicopéptido de estructura compleja.

Su acción es bactericida y se ejerce inhibiendo la síntesis de la pared celular bacteriana, se una con gran afinidad a los precursores de esta estructura. Su modo de acción es impedir la acción de la transpeptidasa por impedimento estérico. Es sumamente efectivo contra gérmenes como el *S.aureus*, *S.pyogenes*, *S.viridans*, *S.pneumoniae*, *Cl.difficile* y en general con bacterias gram positivas, no así con gram negativas dado que el gran volumen de la molécula le impide a travesar la primera de las membranas de estos.

***Ministrar 500mg de fosfocil por SNG**

Antibiótico que actúa sobre las bacterias, inhibiendo la formación de la nueva pared celular en su primera etapa; presenta una actividad bactericida de amplio espectro. Ausencia de resistencia cruzada y transferible con otros antimicrobianos. Indicado en Infecciones respiratorias: Amigdalitis, faringitis, sinusitis, otitis media, laringitis, bronquitis y neumonías.

***Obtención de cultivo de secreciones**

Fundamentación: La obtención de cultivo de secreciones es un medio favorable para observar los microorganismos, microbiología es el estudio de los microorganismos-organismos unicelulares generalmente microscópicos que se dividen en: Bacterias; Virus; y Hongos. Las bacterias para desarrollarse necesitan ciertas condiciones físicas de temperatura, pH y nutrientes adecuados como: Oxígeno, Carbono, Nitrógeno, Azufre, Iones inorgánicos, Factores de Crecimiento, y Agua que es indispensable para el desarrollo bacteriano pues es el solvente donde ocurren las reacciones químicas y enzimáticas de las bacterias.

Por lo tanto hay que valorar caracteres físicos y valorar el tipo de proceso anormal broncopulmonar.

***Obtención de muestras de laboratorio (BH, QS, ES)**

Fundamentación: Valorar las características físicas y los componentes sanguíneos además de detectar elementos anormales en la sangre.

La biometría hemática es la prueba más frecuentemente practicada. Provee información acerca de tres clases de células de la sangre: glóbulos rojos, glóbulos blancos o leucocitos y plaquetas. Se usa frecuentemente como prueba de tamización para checar si hay anemia, si hay infección en el organismo y muchas otras condiciones, donde se toman en cuenta el número de células, la hemoglobina, el hematocrito y otros indicadores.

La química sanguínea es un grupo de 20 pruebas químicas realizadas en el suero, la porción de la sangre sin células.

Estas pruebas abarcan colesterol total, proteína total y diversos electrolitos en el cuerpo, como sodio, potasio, cloro y muchos otros.

***Toma de EGO, urocultivo, hemocultivo y cultivo de secreciones**

Fundamentación: El cultivo permite la identificación del número y los tipos de bacterias presentes en Los fluidos. El EGO nos sirve para evaluar infecciones del tracto urinario , enfermedad renal y enfermedades de otros órganos que provocan la aparición de metabolitos anormales (productos de descomposición) en la orina.

Los microorganismos usualmente entran al sistema sanguíneo a través de los vasos linfáticos. La entrada directa de bacterias al torrente sanguíneo ocurre en infecciones intravasculares como: endocarditis, fístulas arteriovenosas, aneurismas micóticos, flebitis supurativa, catéteres intravenosos infectados, y catéteres arteriales permanentes.

EVALUACIÓN

Se mantuvo la curva térmica en parámetros normales, mediante datos de laboratorio, cultivo de secreciones y estudios de orina cada semana como base de control. Solo en algunos casos se aplicaban medios físicos para el control. Se continúa con la ministración de sus antibióticos. Los leucocitos disminuyeron a 7000.

DX *Alteración de la integridad cutánea relacionada por inmovilidad física y circulación alterada manifestada por escara en cresta iliaca y talón izquierdo.

La piel es una membrana que recubre la superficie del cuerpo. Es elástica, resistente y protege a los órganos más profundos no solo por su elasticidad y resistencia, sino porque el sudor contiene lisozima, que destruye las bacterias, por lo que a pesar de contener infinidad de microbios son infrecuentes las infecciones. Podemos definir las úlceras por presión como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa.⁵²

Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración.⁵³

PLANEACIÓN:

- Prevenir múltiples escaras, además de favorecer una circulación adecuada

CUIDADOS

***Proporcionar masajes suaves a la piel del paciente**

Fundamentación: los masajes tienen como objetivo incrementar la circulación y mantener la integridad de la piel. Los beneficios atribuidos al masaje son numerosos, entre ellos: mejoría de la circulación, relajación mental y física, alivio del estrés, tratamiento de los dolores y contracturas musculares, mejoría de la movilidad de las articulaciones, aumento de la fortaleza muscular, estimulación de la circulación, mejoría del tono de la piel, y aumento de la sensación de bienestar.

⁵² CARPENTINO, Op. cit Pág. 140

⁵³ [http:// piel .swami-center.org/page_18.shtml](http://piel.swami-center.org/page_18.shtml)

Estudios clínicos demuestran que el masaje puede relajar el cuerpo y la mente, disminuir la presión arterial y la frecuencia cardíaca, ayudar en el tratamiento de la depresión, proveer alivio del dolor de cabeza, dolor facial, túnel, estrés y numerosos síntomas de enfermedades crónicas como la artritis y la diabetes.

***Secar cuidadosamente la piel después del baño**

Fundamentación: secar cuidadosamente al paciente evitaremos lesiones en la piel además que la humedad genera la proliferación de bacterias en piel lesionada La piel puede resultar lesionada por múltiples causas dando lugar a varios tipos de lesión en función de la fuerza agresora y la profundidad de la lesión.

***Cambios posturales cada 2 horas**

Fundamentación: Ayudar al paciente a dar cambios de posición constantemente se evitan atrofas musculares y deterioro del movimiento conservado además de lesiones en la piel como son las úlceras por presión. Los factores predisponentes son la disminución de la sensibilidad cutánea, la fricción entre partes blandas y superficies de apoyo, la espasticidad (contracción) muscular, los niveles bajos de proteína en sangre, entre otros

***Curación diario en escaras y colocación de parches para la ayuda de la regeneración del tejido.**

Fundamentación: las úlceras por presión son lesiones ulcerosas de profundidad variable, localizadas en diversas áreas del cuerpo, sometidas a presión continua y poca o ninguna movilidad por un tiempo prolongado.

Las curaciones son las maniobras asépticas que se efectúan sobre un tejido lesionado o herida quirúrgica las cuales favorecer el desarrollo normal en el proceso de cicatrización de un tejido, así como prevenir infecciones o en su caso tratarlas

***Colocación de medias elásticas**

Fundamentación: el objetivo de las medias es lograr una compresión, contención o corrección de fines preventivos o curativos, contribuye al retorno de la circulación venosa de las extremidades al corazón.

Las medias elásticas aplican presión a las piernas para prevenir la acumulación excesiva de sangre en las extremidades inferiores causada por válvulas venosas deficientes.

EVALUACIÓN

Se mantuvieron las escaras en proceso de cicatrización de cresta y talón izquierdo además prevenimos múltiples escaras y se favoreció la circulación con los cambios de posición que se brindaron.

DX Sufrimiento espiritual relacionado con separación de los vínculos religiosos manifestado por incapacidad para participar en las prácticas religiosas.

La espiritualidad y religión son entidades separadas, toda vía algunas personas utilizan estas palabras de manera indistinta. Espiritualidad es una creencia en algún poder superior, fuerza creativa, ser divino o fuente indistinta de energía.

Una religión es un sistema organizado de adoración; las religiones tienen creencias centrales, virtuales y practicas que de manera usual se relacionan con el nacimiento, muerte, matrimonio y salvación.⁵⁴

PLANEACIÓN:

- Proporcionar apoyos espirituales que de otra manera no están disponibles.

CUIDADOS

***Respetar las creencias espirituales y mantener una relación de apoyo.**

Fundamentación: Las creencias religiosas son importantes en la vida de mucha gente; pueden influenciar el estilo de vida, las actitudes y los sentimientos sobre la enfermedad y la muerte.

Las creencias religiosas constituyen un tipo especial de creencia, donde el tema fundamental de la misma es la relación del hombre con el mundo sobrenatural, en particular con el ser superior denominado Dios.

***Proporcionar la intimidad y tranquilidad necesarias para la oración diaria, visita del consejero espiritual, lectura y contemplación**

Fundamentación: Por lo regular la preferencia religiosa del paciente se anota en el registro de la valoración. También es posible que la enfermera pregunte si el paciente alguna practica religiosa. Es importante preguntar al familiar antes de obtener alguna asistencia religiosa al paciente.

⁵⁴ CARPENTINO, Op.cit, Pág 114 -115

Todo rito religioso puede parecer extraño o ridículo para quien no este familiarizado con él. Si alguien que no conoce los ritos del catolicismo, viera como la gente se para, se sienta, se arrodilla, se vuelve a parar, se vuelve a sentar durante la celebración de una misa, le parecería ridículo.

***Permitir al paciente que mantenga los artículos espirituales tan a su alcance como sea posible o donde puedan ser vistos fácilmente.**

Fundamentación: Con los artículos religiosos mantendremos al paciente con un apoyo espiritual, además que lograremos un ambiente tranquilo. La humanidad ha practicado numerosas religiones, desde su inicio y a lo largo de toda su historia y han influido de forma decisiva en la configuración de las diferentes culturas y sociedades. El ser humano ha hecho uso de las religiones para encontrar sentido a su existencia y para dar trascendencia y explicación al mundo visible.

EVALUACIÓN

Se logro satisfacer sus requerimientos espirituales de manera efectiva con la ayuda de sus familiares y el personal de salud.

EVALUACIÓN

El paciente con evento vascular cerebral en el Instituto Nacional de Neurología ha mejorado con los cuidados antes mencionados en las diferentes necesidades afectadas, es un paciente que se mantiene en hospitalización en el segundo piso y su pronóstico es reservado.

Todo el personal de salud como son las enfermeras, médicos, nutriólogos, personal de inhaloterapia se mantuvo unido para brindar los cuidados necesarios al paciente, se realizó lo mejor de todo el equipo de salud para su mejoría.

El paciente actualmente continuo en estupor, su problema es muy grave ya que el infarto ocurrió a nivel de bulbo y puente y esto explica su deterioro y el estado de gravedad del paciente.

Considero que se lograron los objetivos establecidos en cuanto al plan de cuidados para el mantenimiento del paciente en cuanto a su padecimiento.

Fue imposible enunciar el plan de alta porque el paciente continúa actualmente en el INNN pero si pude brindar una enseñanza a los familiares para los cuidados básicos en cuanto a su padecimiento, lo cual fue satisfactorio para mí.

CONCLUSIONES

La realización del presente plan de atención de enfermería, en un paciente con afección en sus necesidades básicas como resultado de un Evento vascular Cerebral Isquémico fue realmente significativo porque me ha permitido retomar diferentes aspectos que sustentan el saber y hacer, los adquirimos en el aula sin embargo el hacer nuevamente la búsqueda bibliográfica me ha permitido una mayor comprensión sobre aspectos que me parecían difusos e incomprensibles, identificar que la enfermería posee distintas dimensiones como son las filosófica histórica, disciplinar y la metodológica y que todas ellas se vivencian cuando se cuidada de una persona.

Quiero enfatizar la gran oportunidad que como profesional de la enfermería se tiene al realizar un trabajo de esta naturaleza pues el diseñar e implementar el proceso de enfermería me ha permitido sistematizar el cuidado de la persona que a quien se le ha aplicado y darme cuenta la valía que este acto conlleva y por otro lado porque este trabajo representa una excelente oportunidad de aprendizaje.

Conjuntar la teoría y el método y reconocer esta unión es algo que como estudiante difícilmente se logra, sin embargo cuando se vive esta experiencia no por pasar una asignatura sino con el propósito de acrecentar el conocimiento y habilidades específicas resulta realmente enriquecedor

Además me siento satisfecha por haber logrado los cuidados de enfermería conforme a los objetivos en la planeación y haber resuelto dudas que tenían los familiares acerca de la enfermedad y de los procedimientos que se le realizaban al paciente.

También puedo comentar que antes no conocía a fondo esta patología solo la escuchaba durante las practicas hospitalarias, ahora que estuve en el servicio social en el INNN pude identificar factores de riesgo, la patología como si misma, los cuidados en estos pacientes entre otras cosas.

La relación enfermera-paciente que logre fue satisfactoria ante un paciente en estado crítico, durante los estados de convalecencia logre estar en todo momento con el paciente, identifique sus necesidades y logre brindar lo mejor para el.

Los objetivos plasmados en este trabajo pretende orientar al personal de enfermería sobre el como y el por que de cada una de sus acciones tanto en su vida personal como profesional, mediante una metodología que facilite el descubrimiento, racionalización, comprobación y exposición

Considero que en un primer nivel de atención es fundamental que se promuevan a través de la educación para la salud todas las medidas que permitan identificar los factores de riesgo más importantes de esta patología, en cambio en un segundo nivel enfatizaría todas aquellas actividades que permitan llevar un control sobre su padecimiento para evitar complicaciones futuras. En el tercer nivel de atención donde me encontraba fue una experiencia muy grata ya que se encontraba todo el equipo necesario para brindar los cuidados aquí plasmados en este trabajo, el personal está muy capacitado para cualquier padecimiento neurológico.

Actualmente el paciente se encuentra en un estado crítico por lo tanto su pronóstico de salud es reservado.

Con esto puedo concluir que la sistematización del cuidado brindado al paciente, evolucione positivamente hacia la recuperación de su salud o bien que las secuelas que comprometen sus necesidades básicas sean mínimas.

La enfermera forma parte del equipo de salud, cumpliendo un rol relevante en el cuidado integral de la persona y familia, ayudando al individuo en la satisfacción de sus necesidades.

Por todo esto la enfermera universitaria y el PAE es fundamental en el cuidado de los pacientes con una alteración fisiológica ya que con los cuidados de enfermería se puede mejorar la calidad de vida o del buen morir.

GLOSARIO

Accidente cerebrovascular

Déficit neurológico focal agudo, debido a una causa vascular, generalmente, un infarto cerebral o una hemorragia cerebral intraparenquimatosa.

Accidente isquémico transitorio

Trastornos episódicos y focales de la circulación cerebral, cuyo comienzo suele ser brusco. Determina la aparición de alteraciones neurológicas subjetivas u objetivas de breve duración, generalmente unos minutos, con recuperación completa de la función neurológica en menos de 24 horas.

Afta

Lesión de la mucosa oral y/o genital, que se caracteriza por una vesículo-ulceración con sensación de quemazón y dolor.

Amplitud: la potencia de la pulsación por el volumen de sangre propulsando entre las paredes de una arteria

Cuadriplejía

Pérdida de fuerza muscular en las cuatro extremidades.

Estertor Ruido respiratorio accesorio, producido al entrar o salir al aire por el árbol respiratorio que está alterado por secreciones, congestión, exudados líquidos, etc.

Gasometría

Técnica que se utiliza para la valoración del intercambio pulmonar de gases y para el estudio de las alteraciones del equilibrio ácido-base. Las variables medidas son la presión parcial de oxígeno, de dióxido de carbono, el pH, la saturación de oxihemoglobina, el bicarbonato y el exceso de base.

Halitosis

Mal aliento con origen en la boca o no.

Hipoxémia

Estado o situación en que los valores en sangre arterial de la presión parcial de oxígeno están reducidos. Existen cuatro causas fundamentales de hipoxemia: hipoventilación alveolar, limitación de la difusión alveolocapilar de oxígeno, cortocircuitos arteriovenosos y desequilibrios en las relaciones de ventilación-perfusión del pulmón.

Hipoxia

Disminución de la disponibilidad de oxígeno por un órgano o de todo el organismo.

Inmunidad: propiedades naturales o adquiridas que permiten al individuo defenderse contra los microorganismos o sustancias extrañas.

Melanóforo

Célula estrellada en forma de fibroblasto situada en el tejido conjuntivo, que se caracteriza por la presencia de numerosos gránulos de melanina en el citoplasma. El núcleo es alargado y está situado en una posición central. Los melanóforos, junto con los melanocitos, forman el componente pigmentario del tejido conectivo.

Peristaltismo

Contracción de la musculatura del tubo digestivo, que avanza en sentido distal y hace progresar los alimentos y, finalmente, las heces en sentido aboral.

Respiración

Función mediante la cual tiene lugar el intercambio gaseoso (O_2 y CO_2) en las células. El paso entre el O_2 y el CO_2 se verifica por difusión a través de la fina pared endotelial de alvéolos y capilares.

Taquipnea

Aumento de la frecuencia respiratoria.

Tono muscular: tensión ligera de los músculos aun en reposo

Termogénesis: el calor corporal esta producido por las condensaciones celulares que provocan una elevación del metabolismo. Esta relacionada al aporte alimenticio y mas particularmente a la actividad glandular y muscular.

Termólisis: el calor corporal es eliminado por la piel, principalmente fuente de perdida de calor y por otras vías de eliminación. La perdida de calor corporal se realiza por diferentes procedimientos físicos tales como la evaporación la radiación, la conducción y la convección.

Traqueostomia

Comunicación de la luz de la tráquea con el exterior, a través de una incisión en el cuello, a nivel del cartílago cricoides.

BIBLIOGRAFÍA

*CARPENTINO Juall linda

Diagnostico de enfermería

Editorial McGraw Hill Interamericana

México D. F

TAMAYO y Tamayo Mario

El Proceso de la Investigación Científica

Editorial Limusa 4 Edición

México D. F 2002

* RIOPELLE Lise, Louis Grondin, Margot Phaneuf

Cuidados de enfermería

Editorial Mc GRAW Hill Interamericana

España 1993

* TUCKER Martín

Normas de cuidados del paciente

Editorial Harcourt Brace

6 Edición México 1997

*GOMEZ Jara Francisco,

La Sociología.

Editorial Porrúa

México D. F 2001

*POTTER, A. Patricia

Fundamentos de enfermería

5ta edición, Editorial Harcourt

*MARRINER, Tomey Alligood,
Modelos y teorías de enfermería
4ta edición, editorial Harcourt Brace
ESPAÑA 1999

*FERNANDEZ, Ferrin Carmen
De la teoría a la practica. El pensamiento de virginia henderson siglo XXI
2da edición, Editorial Masson

*KOSIER, Bárbara
Fundamentos de enfermería
7edicion, editorial Mc Graw-Hill interamericana
VOL 1 Y 2

*COLLIERE Francoise,
Promover la vida
1era edición, editorial McGraw Hill
Interamericana

*ALFARO Rosa Linda.
Aplicación del proceso de enfermería
Ed 2da edición editorial Doyma

*Cuidado y práctica de enfermería
Editores grupo de cuidado facultad de enfermería
Bogota

http://jesucristo.swami-center.org/page_18.shtml

<http://www.ambientejoven.org/temas/2001/imagencorporal.htm>

ANEXO 1 INSTRUMENTO DE VALORACION



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ACADEMIA DEL ADOLESCENTE ADULTO Y ANCIANO OCTUBRE 2002

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

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: A. M. AGUSTIN Edad: **82 años** Sexo: **Masculino**

Fecha de nacimiento: **28-08-1925** Escolaridad: **técnico**

Ocupación: **tec. Cinematográfico** Edo. Civil: **casado**

Lugar de residencia: **D. F Coyoacan**

Fuente de Información: **hijo**

Valoración de Necesidades

1.- Oxigenación

¿Padece algún problema con su respiración? Si ¿Cuál? El día 29 de marzo presenta estupor además HAS de recién diagnóstico. El 30 marzo a las 4 am paro respiratorio secundario a EVC por lo cual requiere de intubación endotraqueal con ventilación mecánica , presenta cuadro de neumonía intrahospitalaria. Se realiza TAC de cráneo la cual evidencia lesión isquémica abarcando zonas vasculares de puente y bulbo. Se programa para una traqueostomia el día 06-04-07,

Fuma? NO cuantos cigarrillos al día? Tabaquismo negado

Considera que el lugar donde vive o trabaja afecta su oxigenación? No

Inicio hace 15 días con desviación momentánea de la comisura labial a la izquierda con remisión. El 19/03/07 en la tarde con mareo ampliación de base de sustentación, dificultades para la deglución y cefalea que cedió parcialmente con AINES.

Al día siguiente al levantarse presenta caída de su propia altura por debilidad del hemicuerpo izquierdo, ausencia de emisión del lenguaje con comprensión

El paciente presenta HAS de reciente diagnóstico manejada con medicamentos actualmente con EVC isquémico.

EXPLORACIÓN FÍSICA CARDIOPULMONAR

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Inspección: paciente en estupor, el tono de piel es blanca uniforme, y se encuentra semihidratada, con traqueostomía conectado a nebulizador continuo, presenta abundantes secreciones por boca y árbol traqueobronquial se aspiran con circuito cerrado secreciones amarillas sanguinolentas, palidez de tegumentos generalizada y taquipneico. Tórax simétrico, movimientos de ampliación y aplexación presentes. las extremidades inferiores con presencia de edema ++

Registro de signos vitales: FR: 28 x´ T/A: 130/90 FC: 120x´ T: 38

Palpación llenado capilar de 2 segundos, pulsos periféricos palpables, uniforme y regular.

Auscultación: estertores subcrepitantes bilaterales a nivel media y basal, campos pulmonares hipoventilados, Ruidos cardiacos presentes y de buena intensidad, sin ruidos patológicos agregados

Laboratorios:

Hematocrito 37/mm

Leucocitos: 10000/mm

Hemoglobina: 10.3g/100

Gasometría

PCO2: 45.2mmhg,

PO2: 80mmhg

PH: 7.2

HCO2:20

Medicamentos: enoxaparina 40mg c/24hrs, amlodipino 5mg SNG c/12hrs, clopidrogel 75mg SNG C/24hrs comvibent y mucomys c/6hrs, Cefepime 1gr IV c/12hrs vancomicina 1gr IV c/12 hrs

2.- Nutrición e Hidratación

¿Que alimentos consume regularmente? Huevo, frijoles, sopa, fruta, y muy pocas veces carne. ¿Cuántas veces se alimenta al día? 3

¿Qué alimentos prefiere? Enchiladas verdes y pollo

¿Qué alimentos le desagradan? Verduras ¿Tiene problemas para deglutir? Si

¿Cuáles? Traqueostomía y EVC tiene instalada una SNG para su alimentación

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? No

¿Qué porcentaje destina para su alimentación? 50%

Ingesta de agua antes de su problema aproximadamente litro y medio

El paciente presenta DM diagnosticada hace 15 años, actualmente manejado con esquema de insulina.

Ingesta de agua aproximadamente antes de su padecimiento es de 1.5 lt, refiere que no tenía ninguna dificultad para masticar y deglutir hasta que presento su problema. Después del evento se le dificulta comer ya que no podía masticar y se la caía la comida de la boca.

EXPLORACIÓN FÍSICA GASTROINTESTINAL

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Peso **80kg**

Talla 1.80

IMC: 24

Inspección mucosas orales semihidratadas, paciente de peso adecuado a su talla, con SNG para alimentación por la cual esta pasando glucerna 5x1 a 70cc/hr, piezas dentarias cariadas, presencia de halitosis, labios agrietados y presencia y aftas.

Palpación: abdomen duro depresible

Solución: en MSI catéter largo pasando una fisiológica de 1000 p/24hr p/ 40cc/hr

PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

Q. S:

GLUCOSA: 200mg/dl

BUN: 21mg/100ml

ELECTROLITOS SERICOS

SODIO: 135MEQ/L

POTASIO: 2.5MEQ/L

CLORO: 90 MEQ/L

Medicamentos: **Omeprazol 20mg IV C/12hr, cisaprida 10mg x SNG c/24, Insulina NPH 10u SC por la mañana y 4u SC por la tarde**

3.- Eliminación

¿Cuántas veces evacua al día? **1** ¿Que características tienen sus heces? **Duras, de coloración café claro**

¿Cuantas veces miccióna al día? **Se encuentra con sonda foley con un gasto urinario 1900 por día, color amarilla turbia** ¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? **Si**

¿Cuáles? **Milpar**

¿Padece algún problema relacionado con la evacuación o micción? **SI**

¿Cual? **Estreñimiento, se ha tenido que desimpactar manualmente**

EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA ELIMINACIÓN

(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

Abdomen duro depresible, globoso, genitales integros, ruidos intestinales hipoactivo, presencia de peristaltismo disminuido 5 por minuto, no se palpan masas, abdomen bajo no se palpa globo vesical.

Niega examen de próstata

Fármacos: Milpar 10cc/24hrs

LABORATORIOS

UREA: 40mg/dl

CREATININA: 1.5

4.- Moverse y mantener una buena postura

¿Como es su actividad cotidiana? Anteriormente el paciente tenía una vida muy activa pero actualmente se encuentra postrado en cama.

¿Realiza ejercicio? Nunca realizo ningún tipo de ejercicio

¿Padece algún problema relacionado con la movilidad y postura? Si

¿Cuál? Cuadriplejico secundario a EVC hipertensivo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

(Inspección y palpación)

Presenta escara en cresta iliaca izquierda y talón izquierdo en proceso de cicatrización, edema en miembros torácicos ++, fuerza muscular en MT Y MP 0/5

5.- Descanso y sueño

¿Cuántas horas duerme? Antes de su padecimiento dormía entre 6 u 8 hrs., diarias actualmente se encuentra en estupor

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente en estupor, localiza estímulos dolorosos.

6.- Uso de prendas de vestir

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? Si ¿En que medida? El paciente se encuentra en estupor lo cual imposibilita el cambio de ropa.

¿Elige su vestuario en forma independiente? no

¿Por que? Se encuentra en el instituto, usa pañal y bata limpia

¿Como influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? El paciente elegía su ropa de acuerdo al clima

¿Como influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? Nunca pretendió estar a la moda

EXPLORACIÓN FÍSICA

Es un paciente que su estado le impide vestirse y desvestirse. Diario se la cambia su cama, pañal y su bata en el hospital.

7.- Termorregulación

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

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? **Si ¿cual? Infección- hipertermia de 38**

EXPLORACIÓN FÍSICA

(Inspección, palpación)

Piel seca palidez de tegumentos generalizada, piel caliente temperatura de 38c

MEDICAMENTOS: paracetamol 1gr c/8 por SNG, Cefepime 1gr IV c/12 y fosfocil 500mg por SNG c/6 hrs.

8.- Higiene y protección de la piel

¿Con que frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? **En el instituto se le realiza el baño de esponja diario.**

¿A que hora del día prefiere bañarse? **Se realiza el baño a las 10 de la mañana aproximadamente.**

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? **3** ¿Como se lava los dientes? **Se le realiza aseo bucal con bicarbonato**

¿En que casos se lava sus manos? **comenta el familiar que era muy limpio y seguido se lavaba las manos**

¿Con que frecuencia se realiza en corte de uñas? **Cada tercer día**

¿Como lo hace? **Se lo realiza el personal de enfermería o familiares**

¿Que aspectos de la higiene considera mas importantes? **Refiere su hijo que el paciente era una persona muy limpia**

EXPLORACIÓN FÍSICA

(Inspección y palpación)

Cuero cabelludo integro cabello cano un poco opaco, orejas simétricas, lengua saburral, dientes con coloración marrón presencia de halitosis, labios secos y agrietados, uñas quebradizas largas limpias, palidez de tegumentos generalizada. Catéter en miembro torácico izquierdo Escara en cresta iliaca 5*5 y talón izquierdo 3*3 en proceso de cicatrización. piel reseca y caliente

9.- Evitar peligros

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? **El familiar refiere que no recuerda si tiene su esquema de vacunación completo**

¿Que tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? **Nunca se realizo ninguna autoexploración**

¿Tiene vida sexual activa? **NO**

¿Ha padecido algún tipo de enfermedades por transmisión sexual? **No**

¿Toma bebidas alcohólicas? **No**

¿Consume usted drogas? **No** ¿De que tipo? **Toxicomanías negadas**

EXPLORACIÓN FÍSICA

El paciente se encuentra en estupor localiza estímulos dolorosos, con traqueotomía asistida a nebulizador continuo, SNG, catéter largo en miembro torácico izquierdo, escara en cresta iliaca izquierda y talón izquierdo, sonda foley a derivación con cuadriplejia.

Entorno:

En el instituto se encuentra en el segundo piso en su propio cuarto privado con los servicios y accesorios básicos de protección, además de permitir la estancia de un familiar las 24 hrs. del día

10. Comunicación

¿Con quien vive? **Con su esposa y 1 hijo soltero** ¿Cómo se relaciona con sus familiares amigos y vecinos? **Bien lleva buena relación con todos**

¿Pertenece a algún grupo social? **No**

¿Durante cuanto tiempo esta solo? **Se encuentra hospitalizado y en todo se encuentra un familiar con el** ¿Tiene pareja? **Si** ¿Padece de algún problema relacionado con la comunicación? **Se encuentra en estupor por lo cual es evidente que le es imposible**

11.- Creencias y Valores

¿Tiene alguna creencia religiosa? **Si** ¿cual es? **Católica**

¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? **Cada 15 días a misa**

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? **No**

EXPLORACIÓN FÍSICA

Presenta imágenes religiosas además de que su familia rezan dentro de la habitación

12.- Trabajo y realización

¿Cual es su rol familiar? **Padre** esta satisfecho con el rol que desempeña? **Si**

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

¿Esta satisfecho con su manera de pensar y actuar? **Si**

EXPLORACIÓN FÍSICA

Comenta que es jubilado y que permaneció trabajando mucho tiempo en el country club de coyoacan. El era una persona muy activa. Argumenta que el paciente le gustaba realizar actividades que le permita obtener ingresos, con los cuales apoyo a la casa.

13.- Jugar y participar en actividades recreativas

SIN DATOS RELEVANTES

14. Aprendizaje

No realiza actividades de aprendizaje ya que no le permite el padecimiento que actualmente presenta EVC isquémico.

ANEXO 2

EVENTO VASCULAR CEREBRAL

HISTORIA

Hace más de 2,400 años el padre de la medicina, Hipócrates, reconoció y describió el accidente cerebrovascular como el "inicio repentino de parálisis". Hasta hace poco, la medicina moderna ha podido hacer muy poco por esta condición, pero el mundo de la medicina relacionada con los accidentes cerebrovasculares está cambiando y se están desarrollando cada día nuevas y mejores terapias. Hoy día, algunas de las personas que sufren un accidente cerebrovascular pueden salir del mismo sin incapacidad o con muy pocas incapacidades, si reciben tratamiento con prontitud. En tiempos antiguos el accidente cerebrovascular se conocía como apoplejía*, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis. Debido a que muchas condiciones pueden conducir a una parálisis repentina, el término apoplejía no indicaba diagnóstico o causa específica. Los médicos sabían muy poco acerca de la causa del accidente cerebrovascular y la única terapia establecida era alimentar y cuidar al paciente hasta que el mismo siguiera su curso.

CONCEPTO El evento vascular cerebral también llamado accidente cerebrovascular ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente o cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales. De la misma forma que se dice que una persona que sufre una pérdida de flujo sanguíneo al corazón tiene un ataque cardíaco, puede decirse que una persona con una pérdida de flujo sanguíneo al cerebro o una hemorragia repentina en el cerebro tiene un "ataque cerebral" o sufre un accidente cerebrovascular. Las células cerebrales mueren cuando dejan de recibir oxígeno y nutrientes de la sangre o cuando son dañadas por una hemorragia repentina en el cerebro y alrededor del mismo. Isquemia es el término utilizado para describir la pérdida de oxígeno y nutrientes en las células cerebrales cuando no existe un flujo adecuado

de sangre. La isquemia conduce finalmente a un infarto, la muerte de células cerebrales que con el tiempo son sustituidas por una cavidad llena de fluido en el cerebro lesionado. Cuando se interrumpe el flujo de sangre al cerebro, algunas células cerebrales mueren inmediatamente, mientras que otras permanecen sometidas a riesgo de morir. Estas células dañadas constituyen la penumbra isquémica y pueden permanecer en un estado de riesgo por varias horas. Con tratamiento oportuno, estas células pueden salvarse. La penumbra isquémica se trata más detalladamente en el Apéndice. Aún cuando un accidente cerebrovascular ocurre en los lugares recónditos del cerebro, los síntomas del mismo son fáciles de detectar. Entre éstos figuran los siguientes: entumecimiento o debilidad repentina, especialmente en un lado del cuerpo; confusión repentina o problemas con el habla o la comprensión; problemas repentinos en la vista con uno o ambos ojos; problemas repentinos en el andar, mareos o pérdida de equilibrio o coordinación; o un dolor de cabeza severo repentino sin causa conocida. Todos los síntomas del accidente cerebrovascular aparecen repentinamente y, a menudo, hay más de un síntoma al mismo tiempo. Por tanto, el accidente cerebrovascular puede usualmente distinguirse de otras causas de mareos o dolores de cabeza. Estos síntomas pueden indicar que ha ocurrido un accidente cerebrovascular y que se necesita inmediatamente atención médica. Hay dos formas de accidente cerebrovascular: el accidente cerebrovascular isquémico – cuando hay un bloqueo de un vaso sanguíneo que suministra sangre al cerebro, y el accidente cerebrovascular hemorrágico – cuando ocurre un ensangramamiento en el cerebro y alrededor del mismo. En las secciones siguientes se describen estas formas de accidentes cerebrovasculares detalladamente.

TIPOS DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL

****Accidente cerebrovascular isquémico**

Concepto y Sintomatología

Un accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando una arteria que suministra sangre al cerebro queda bloqueada, reduciendo repentinamente, o interrumpiendo el flujo de sangre y, con el tiempo, ocasionando un infarto en el cerebro. Aproximadamente un 80 por ciento de todos los accidentes cerebrovasculares son de tipo isquémico. Los coágulos de sangre son la causa más común de bloqueo arterial y de infarto cerebral. El proceso de coagulación es necesario y beneficioso en todo el cuerpo debido a que detiene la hemorragia y permite reparar las áreas dañadas de las arterias o de las venas. Sin embargo, cuando los coágulos de sangre se forman en el lugar incorrecto dentro de una arteria, ocasionan una lesión devastadora al interferir con el flujo normal de sangre. Los problemas de coagulación se hacen más frecuentes a medida que las personas avanzan en edad. Los coágulos de sangre pueden ocasionar isquemia e infarto de dos formas. Un coágulo que se forma en una parte del cuerpo fuera del cerebro puede trasladarse a través de los vasos sanguíneos y quedar atrapado en una arteria cerebral. Este coágulo libre se denomina émbolo y a menudo se forma en el corazón. Un accidente cerebrovascular ocasionado por un émbolo se denomina accidente cerebrovascular embólico. La segunda clase de accidente cerebrovascular isquémico, llamado accidente cerebrovascular trombótico, es ocasionado por una trombosis. Una trombosis es la formación de un coágulo de sangre en una de las arterias cerebrales que permanece fijo a la pared arterial hasta que aumenta de tamaño, lo suficiente para bloquear el flujo de sangre al cerebro. Los accidentes cerebrovasculares isquémicos también pueden ser ocasionados por estenosis, o estrechamiento de una arteria debido a la acumulación de placa (una mezcla de sustancias grasas, incluyendo el colesterol y otros lípidos) y de coágulos de sangre a lo largo de la pared arterial. La estenosis puede ocurrir tanto en las arterias grandes como en las pequeñas y, por tanto, se llama enfermedad de vasos grandes o enfermedad de vasos pequeños, respectivamente. Cuando ocurre un accidente cerebrovascular debido a una

enfermedad de vasos pequeños, se desarrolla un infarto muy pequeño, llamado a veces infarto lagunar, de la palabra francesa "lacune" que significa "laguna" o "cavidad". La enfermedad de los vasos sanguíneos más común que ocasiona estenosis es la arteriosclerosis. En la arteriosclerosis, depósitos de placa se acumulan a lo largo de las paredes interiores de las arterias grandes y medianas, ocasionando un aumento en el espesor, endurecimiento y pérdida de elasticidad de las paredes arteriales y una reducción en el flujo sanguíneo. El rol del colesterol y los lípidos sanguíneos con respecto al riesgo de accidente cerebrovascular se trata en la sección sobre colesterol en este documento "¿Quién está sometido a riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular?"

****Accidente cerebrovascular hemorrágico**

Concepto y Sintomatología

En un cerebro saludable, que funciona, las neuronas no entran en contacto directo con la sangre. El oxígeno vital y los nutrientes que las neuronas necesitan de la sangre llegan a las neuronas a través de paredes delgadas de los capilares cerebrales. Las glías (celdas del sistema nervioso que soportan y protegen a las neuronas) forman una barrera sanguínea-cerebral o hemoencefálica -- una trama compleja que rodea a los vasos sanguíneos y capilares y controla qué elementos de la sangre pueden pasar a través a las neuronas. Cuando se rompe una arteria en el cerebro, la sangre pasa al tejido circundante y perturba no sólo el suministro de sangre sino el equilibrio químico delicado que las neuronas requieren para funcionar. A este tipo de accidente cerebrovascular se le llama accidente cerebrovascular hemorrágico. Estos accidentes hemorrágicos representan aproximadamente un 20 por ciento de todos los ataques cerebrovasculares. La hemorragia ocurre de varias formas. Una causa común es una aneurisma sangrante, un lugar débil o delgado en una pared arterial. Con el tiempo, estos lugares débiles se dilatan o se hinchan en forma de globo bajo una presión arterial elevada. Las paredes delgadas de estas aneurismas en forma de globo pueden romperse y derramar sangre en el espacio que rodea a las células cerebrales. La hemorragia también ocurre cuando las paredes arteriales se rompen. Las paredes

arteriales incrustadas con placa pierden con el tiempo su elasticidad y se tornan quebradizas y delgadas, propensas a romperse. La hipertensión o la alta presión sanguínea aumentan el riesgo de que una pared arterial quebradiza ceda y libere sangre dentro del tejido cerebral circundante. Una persona con malformación arteriovenosa también tiene un riesgo mayor de sufrir un accidente hemorrágico. Las malformaciones arteriovenosas son un conglomerado de vasos sanguíneos y capilares defectuosos dentro del cerebro que tienen paredes delgadas y pueden, por tanto, romperse. La sangre procedente de las arterias cerebrales rotas puede pasar a la sustancia del cerebro o a los distintos espacios que rodean al cerebro. Una hemorragia intracerebral ocurre cuando un vaso sanguíneo dentro del cerebro derrama sangre en el propio cerebro. Hemorragia subaracnoide es la hemorragia bajo las meninges o membranas exteriores del cerebro al espacio delgado lleno de fluido que rodea al cerebro. El espacio subaracnoide separa a la membrana aracnoides de la membrana pia madre subyacente. Contiene un líquido claro (fluido cerebroespinal), así como los vasos sanguíneos pequeños que suministran sangre a la superficie exterior del cerebro. En una hemorragia subaracnoide, una de las pequeñas arterias dentro del espacio subaracnoide se rompe, inundando de sangre el área y contaminando el fluido cerebroespinal. Puesto que el fluido cerebroespinal fluye a través del cráneo, dentro de los espacios del cerebro, la hemorragia subaracnoide puede conducir a un extenso daño en todo el cerebro. De hecho, la hemorragia subaracnoide es el más mortal de todos los accidentes cerebrovasculares.

Ataques isquémicos transitorios Un ataque isquémico transitorio, llamado a veces un "mini-accidente cerebrovascular" (conocido en inglés como TIA), comienza exactamente igual que un accidente cerebrovascular pero luego se resuelve sin dejar síntomas o déficit notables. La aparición de un ataque isquémico transitorio es una advertencia de que la persona está sometida a riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular más grave y debilitante. De la cifra aproximada de 50,000 norteamericanos que tienen un ataque isquémico transitorio cada año, una tercera parte, aproximadamente, sufrirá un accidente cerebrovascular agudo en algún momento en el futuro.

La adición de otros factores de riesgo aumenta el riesgo de la persona de sufrir un accidente cerebrovascular recurrente. La duración promedio de un ataque isquémico transitorio son unos cuantos minutos. En casi todos los ataques isquémicos transitorios, los síntomas desaparecen como en una hora. No hay forma de decir si los síntomas presentan solamente un ataque isquémico transitorio o si los síntomas persistirán y conducirán a la muerte o a la incapacitación. El paciente y aquellos que le rodean deberían suponer que todos los síntomas del accidente cerebrovascular presentan un cuadro de emergencia y no deberían esperar a comprobar si los síntomas desaparecen.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo más importantes en los accidentes cerebrovasculares son la hipertensión, la enfermedad cardíaca, la diabetes y el consumo de cigarrillos. Otros factores incluyen el elevado consumo de alcohol, niveles altos de colesterol en la sangre, consumo de drogas ilícitas y condiciones genéticas o congénitas, especialmente anomalías vasculares. Las personas con más de un factor de riesgo tienen lo que se conoce como una "amplificación del riesgo". Esto significa que los factores de riesgo múltiples aumentan sus efectos destructivos y crean un riesgo general mayor que el efecto acumulativo simple de los factores de riesgo individuales.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas de un accidente cerebrovascular aparecen repentinamente. Trate de detectar estos síntomas y esté preparado para actuar con rapidez para ayudarse a usted mismo o para ayudar a alguna persona con la que usted se encuentre:

Falta de sensación o debilidad repentina en la cara, el brazo, o la pierna, especialmente en un lado del cuerpo.

- Confusión repentina, o problema al hablar o comprender lo que se habla.
- Problema repentino en ver por uno o por ambos ojos.
- Problema repentino al caminar, mareos o pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Dolor de cabeza severo repentino sin causa conocida.

Ahora hay terapias eficaces para tratar el accidente cerebrovascular que deben de administrarse en un hospital, pero pierden su eficacia si no se administran en las primeras 3 horas después de que aparecen los síntomas de un accidente cerebrovascular.

TRATAMIENTO: La cirugía puede utilizarse para prevenir un accidente cerebrovascular, para tratar un accidente cerebrovascular agudo o para reparar el daño vascular o las malformaciones en el cerebro y alrededor del mismo. Hay dos tipos predominantes de cirugía para prevención y tratamiento de los accidentes cerebrovasculares: la endarterectomía carótida y la derivación extracraneal/intracraneal (EC/IC). La endarterectomía carótida es un procedimiento quirúrgico en el que un médico elimina depósitos grasos (placa) del interior de una de las arterias carótidas, que están situadas en el cuello y son las principales proveedoras de sangre al cerebro. Tal como se dijo anteriormente, la enfermedad arteriosclerosis se caracteriza por una concentración de placas en el interior de las arterias grandes, y el bloqueo de una arteria por este material graso se denomina estenosis.⁵⁵

⁵⁵ FARRERAS, Rozman, Medicina interna, Pág. 1433-1440