

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

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

**MARIA DEL SOCORRO LOPEZ BECERRA
No. Cuenta 9562455-4**

**DIRECTOR ACADEMICO
LEO. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**

Irapuato, Gto. Octubre, 2008





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

INTRODUCCION.....	3
OBJETIVOS.....	3
METODOLOGIA DEL TRABAJO.....	4
CAPITULO I.	
MARCO TEORICO.....	5
1.1 EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA Y SUS ETAPAS.....	5
1.2 MODELO PATRONES FUNCIONALES.....	18
1.3 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL.....	22
1.4 ESCALA DE RAMSAY.....	32
1.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL	37
CAPITULO II.	
APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	44
2.1 PRESENTACION DEL CASO.....	44
2.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....	50
2.3 PLANEACION, EJECUCION Y EVALUACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.....	51
CONCLUSIONES.....	66
SUGERENCIAS.....	66
GLOSARIO.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69
DIVERSAS FUENTES INFORMATIVAS.....	71
ANEXOS.....	72

INTRODUCCION:

El presente Proceso Atención de Enfermería fue elaborado con la finalidad de brindar atención oportuna y de calidad; al paciente con hemorragia intracerebral en virtud que el cerebro es el órgano que sufre daños irreversibles durante cualquier proceso patológico que lo afecte sin una atención pronta y eficaz.

El profesional de enfermería debe estar capacitada día a día, para enfrentar problemas de salud que por la vida tan rápida y agitada que vive el individuo, es cada vez mas frecuente ver hemorragias cerebrales en personas jóvenes y siendo estas miembros importantes en el rol familiar, esta en las manos del equipo de salud que salgan del hospital en las mejores condiciones posibles para continuar con una vida normal.

OBJETIVO GENERAL:

El profesional de enfermería tendrá bases científicas en su actuar diario, para brindar cuidados de enfermería oportunos de calidad y calidez, al recibir un paciente con el diagnostico de hemorragia intracraneal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Brindar los cuidados específicos al paciente con hemorragia intracerebral para disminuir el riesgo de daño cerebral.

Brindar los cuidados de enfermería adecuados para reintegrar al paciente lo más pronto posible a la vida socialmente activa.

Promover la elaboración del Proceso Atención de Enfermería para mantener la continuidad en la atención del paciente generando conocimientos en el profesional de enfermería.

METODOLOGIA DEL TRABAJO

Para la elaboración del Proceso Atención de Enfermería fue necesario definirlo y hablar de cada una de las etapas que consta; es importante tener también los antecedentes históricos de este proceso para conocer como es que ha ido evolucionando esta metodología de trabajo.

Enseguida se eligió el Modelo de Patrones Funcionales para recolectar y organizar la información necesaria para hacer este trabajo.

Posteriormente se eligió a un paciente con diagnostico de hemorragia intracerebral al cual se le realizaría el Proceso Atención de Enfermería.

Se investigo el Marco Teórico sobre la patología antes mencionada iniciando por anatomía y fisiología cerebral, las causas, su etiología, la clasificación, como se llega a hacer el diagnostico así como el tratamiento medico, y las posibles complicaciones.

De igual forma se investigaron los cuidados de enfermería que se le brindan al paciente con hemorragia intracerebral.

Y por ultimo se procedió a analizar la información obtenida y vaciarla para la elaboración del proceso atención de enfermería del paciente con hemorragia cerebral.

CAPITULO I. MARCO TEORICO

1.1 El Proceso Atención de Enfermería y sus Etapas.

En México la calidad llegó a través del comercio y en la actualidad se extiende a los servicios; la atención de la salud, es un servicio que al estar inmerso en el contexto de la globalización debe tener muy claro cómo puede garantizar la calidad en la atención de enfermería.

La calidad debe ser la meta de cualquier actividad humana, que en el caso de enfermería se circunscribe al cuidado por lo tanto es relevante adquirir conciencia de que para mejorarla se requieren herramientas bien estructuradas que la garanticen.

Actualmente los cambios sociopolíticos, tecnológicos, económicos y educativos del país favorecen momentos estratégicos para dar a enfermería un giro en sus orientaciones teórico-prácticas basadas en una estructura metodológica que le permita redefinir su ámbito de competencia; y demostrar que a través del uso de dicha metodología ofrece una práctica profesional de calidad.

Es así como enfermería, consciente de las demandas de la sociedad moderna ha evolucionado su actuar al incorporar el Proceso de Cuidados de Enfermería o también denominada Proceso Enfermero, como la metodología para la práctica profesional, la cuál se basa en el método científico con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad. Éste hecho tiene sus inicios en los años cincuenta cuando enfermeras anglosajonas empiezan a mencionar que enfermería debe contar con un proceso clínico que le dirección específica.

A partir de los años setenta en México se incorpora el Proceso de Atención de Enfermería a la enseñanza, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería A.C. señaló la importancia de que con la enseñanza de dicho proceso se hicieran cambios que favorecieran e impulsaran el pensamiento

reflexivo, ordenado y analista que requiere la enfermera para brindar una atención de calidad.¹

El Proceso Atención de Enfermería.

La Ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir necesidades del paciente o sistema familiar. El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema para definir las acciones de enfermería.

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferente que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que describía un proceso de cuatro fases: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación. A mediados de los años setenta, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Juaron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. La ANA utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de asistencia.²

Existen diversos conceptos de lo que es el Proceso Atención de Enfermería pero el análisis de estas definiciones ha llevado a proponer A. Benevent; R.

¹ Iyer P. Taptich B. L. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. p 14-29.

² Phaneuf, Cuidados de Enfermería, Interamericana McGraw-Hill, México 1993 Pág.2 -15.

Camaño y A. Cuesta la siguiente definición:

El Proceso Enfermero es el instrumento básico del trabajo enfermero, que nos permite actuar con un método adaptándonos a cada paciente (entendido como individuo o como grupo) generando una información básica para la investigación de enfermería.

Lo importante de esta definición se centra en la consideración que se hace del Proceso Enfermero como un elemento fundamental para el desarrollo de la investigación en enfermería. Por tanto, no solo estamos hablando de un instrumento útil y necesario en el proceso de cuidar en enfermería, sino que nos encontramos frente a un instrumento que permitirá el desarrollo disciplinar porque a través de él podremos generar conocimiento.³

Definición:

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que se proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Yura y Walsh (1988) afirman que el “Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del paciente, y si este estado cambia, proporciona la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del paciente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

Podrían enunciarse un sin número de definiciones del Proceso Enfermero sin embargo la siguiente compacta a la perfección lo que se busca definir

³ Benavent ,Amparo Fundamentos de Enfermería, editorial DAE, Barcelona España , P. 231 a 232

en este trabajo:

Según M. Phaneuf el Proceso Enfermero se define como un: “Proceso intelectual y deliberado, estructurado con arreglo a una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utilizan para planificar unos cuidados personalizados dirigidos al mayor bienestar de la persona cuidada”.⁴

Objetivo:

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del paciente, de la familia y de la comunidad. El Proceso de Enfermería consiste en una relación de interacciones entre el paciente y el profesional de enfermería, con el paciente como centro de actuación.

El profesional de enfermería valida las observaciones con el paciente y de forma conjunta utiliza el Proceso de Enfermería. Esto ayuda al paciente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.⁵

Organización:

Como se ha señalado anteriormente el Proceso de Enfermería esta organizado en cinco fases, identificables: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Cada una de ellas puede describirse, además de la siguiente forma:

- Valoración: Es la primera fase del Proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el paciente, el sistema paciente/familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recolectan de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio

⁴ Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. México: McGraw – Hill/Interamericana, 1996.

⁵ .Iyer Patricia, Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 3ª. Edición, Interamericana McGraw-Hill, México, 1997.

y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

- **Diagnóstico:** Durante esta fase se analizan e interpretan, de forma crítica los datos reunidos durante la valoración, se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas de cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidado basado en el diagnóstico de enfermería que se ejecuta y se evalúa, los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.
- **Planificación:** En esta fase, se desarrollan estrategias para evitar reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.
- **Ejecución:** Es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del paciente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por el equipo de atención sanitaria, por el paciente o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuara recogiendo datos relacionados con la situación del paciente y su interacción con el entorno.
- **Evaluación:** Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención, el profesional de enfermería valora el progreso del paciente, establece medidas correctoras si fuese necesario y se revisa el plan de cuidados de enfermería.

Propiedades del Proceso de Enfermería:

El Proceso de Enfermería consta de seis propiedades: es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica.

El Proceso de Enfermería se puede describir como resuelto, porque va

dirigido a un objetivo. El profesional de enfermería utiliza las fases del proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en el paciente.

Es sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito. Este método premeditado favorece la calidad de la enfermería y evita los problemas asociados a la institución o a la prestación de la asistencia tradicional.

Es dinámico porque esta sometido a distintos cambios, se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes del paciente que se identifican a través de la relación entre el profesional de enfermería y paciente.

Es interactivo porque se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, la familia y otros profesionales sanitarios favoreciendo y asegurando la individualización de la atención.

Es flexible y puede demostrarse en dos contextos:

1 Se adapta a la práctica en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades.

2 Sus fases se pueden utilizar en forma consecutiva y concurrente.

Tiene una base teórica porque el proceso se ha ideado a partir de una amplia, base de conocimientos incluyendo ciencias humanas y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.⁶

Etapas del Proceso de Enfermería.

Valoración.

La valoración de los datos recopilados se efectúa a través de antecedentes clínicos y valoración del estado de salud además, la vigilancia continua es imprescindible para estar consciente de las necesidades del paciente y la

⁶ Iyer Patricia, Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería, 3ª. Edición, Interamericana McGraw-Hill, México, 1997

eficacia de la atención de enfermería que se proporciona⁷.

Anamnesis de Enfermería:

Se construye con la finalidad de identificar el estado del paciente y la mejor forma de obtenerla es a través de una entrevista planeada. Consiste en una conversación con el paciente dirigida a conseguir información acerca de él. Es sobre todo la actitud que adopta la enfermera con su interlocutor el factor que determina el volumen y la calidad de información que se recopile. El logro de una relación de confianza y respeto mutuos precisa la capacidad de transmitir al enfermo interés sincero por él.

El uso de la anamnesis permite obtener información oportuna y orientar el curso de la entrevista. Para este fin se cuenta con diversos formatos de interrogatorio diseñados para orientar la entrevista, los cuales no obstante, deben adaptarse a las respuestas, problemas y necesidades individuales.

Es posible recurrir a distintos modelos para adquirir los datos de valoración, como los patrones de salud funcional (Este método es utilizado para la elaboración de este trabajo), la jerarquía de necesidades de Maslow y las ocho etapas humanas de Erikson. La información que se recaba se relaciona con las necesidades del paciente, ya sean físicas .psicológicas, sociales, intelectuales, de desarrollo, culturales o espirituales.⁸

Valoración de la salud.

La valoración de la salud o valoración física se lleva a cabo antes durante y después de obtener la anamnesis lo cual depende del estado físico y emocional del paciente, y de las prioridades inmediatas que dicte la situación.

La finalidad de la valoración inicial del estado de salud consiste en identificar los parámetros de funcionamiento físico, psicológico y emocional que indiquen la presencia de necesidades de salud. Tal valoración requiere

⁷ Enfermería medicoquirúrgica, Brunner y Suddarth, Editorial Mc Graw Hill, 10^º edición, 20005, p. 39.

⁸ Enfermería medicoquirúrgica, Brunner y Suddarth, Editorial Mc Graw Hill, 10^º edición, 20005, p. 39.

que se utilicen los sentidos de la visión, la audición, el tacto y el olfato, así como las técnicas y habilidades apropiadas del entrevistador.

Es necesario obtener información pertinente de otras fuentes como son los familiares del paciente miembros del personal de salud y registro o expediente clínico del enfermo. La enfermera empleara todas las fuentes disponibles de información para completar la valoración.⁹

Registro de la base de datos.

Después de obtener la anamnesis y realizar la valoración del estado de salud, es preciso registrar la información obtenida en el expediente permanente del paciente el expediente es un medio de comunicación entre los miembros del equipo de salud, y facilita la planeación y continuidad coordinadas de tal atención. Además, sirve para otras funciones, a saber:

Es un registro comercial y jurídico para el hospital y el personal responsable de la atención del paciente.

Sirve de base para valorar la calidad y utilidad de la asistencia y analizar el uso eficaz de los servicios prestados.

Aporta datos útiles en las áreas de investigación, educación, y planeación a corto y largo plazo.¹⁰

Diagnostico.

La fase de valoración inicial como parte del Proceso de Enfermería sirve como base para identificar los diagnósticos de enfermería y los problemas que requieren colaboración. En cuanto sea posible, después de completar la anamnesis y realizar la valoración inicial del estado de salud, la enfermera organiza, sintetiza y resume los datos recopilados para determinar las necesidades de asistencia de enfermería del paciente.

Los diagnósticos de enfermería, que fueron la primera taxonomía creada en este campo, han promovido el desarrollo de la autonomía y la

⁹ Ibidem.. p. 40.

¹⁰ Enfermería medicoquirúrgica, Brunner y Suddarth, Editorial Mc Graw Hill, 10ª edición, 20005, p. 40.

responsabilidad en enfermería, y han ayudado a delinear los alcances de dicha práctica. Muchas personas afirman que la práctica de enfermería incluye los diagnósticos de enfermería como una de sus funciones, y de hecho estos aparecen en las normas de práctica de enfermería de la American Nurses Association, así como en los estándares correspondientes a gran parte de las organizaciones especializadas de enfermería.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es la institución oficial que asumió la responsabilidad de desarrollar una taxonomía para los diagnósticos de enfermería y formular diagnósticos aceptables para la investigación. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) agrupa los diagnósticos de acuerdo con los patrones de respuesta humana, este trabajo fue realizado en base a los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).¹¹

Elección del Diagnóstico de Enfermería.

Cuando la enfermera elige los diagnósticos de enfermería para el paciente, primero debe identificar los rasgos comunes de los datos obtenidos en la valoración. Dichos rasgos permiten clasificar los datos relacionados que indican la presencia de un problema y la necesidad de intervención de enfermería. Acto seguido, el problema del paciente que requiere atención de enfermería se define en el diagnóstico de enfermería. Los diagnósticos de enfermería que se eligen con mayor frecuencia han sido reunidos y clasificados por la NANDA en una taxonomía que se actualiza por lo menos cada dos años. Hay que recordar que dichos diagnósticos no son médicos, no son tratamientos médicos prescritos por el clínico, no son estudios diagnósticos, no son el equipo empleado para poner en práctica los tratamientos médicos y no son los problemas que enfrenta la enfermera en la atención del paciente. En cambio, son los problemas de salud reales o potenciales del paciente que la enfermera puede resolver. Los diagnósticos de enfermería se expresan de manera breve como problemas específicos del paciente y sirven de guía para que la enfermera elabore su plan de

¹¹ Enfermería medicoquirúrgica, Brunner y Suddarth, Editorial Mc Graw Hill, 10ª edición, 20005, p. 41.

atención.

Las características y causas del problema deben identificarse e incluirse como parte del diagnóstico para dar significado adicional a éste último.¹²

Planeación.

Una vez elaborados los diagnósticos correspondientes, se procede a la fase de planeación del proceso de enfermería, la cual incluye:

1. Asignar prioridades a los diagnósticos de enfermería y problemas en colaboración.
2. Especificar que resultados se esperan.
3. Especificar los objetivos de las acciones de enfermería a inmediatos, intermedio y largo plazo.
4. Identificar las medidas de enfermería específicas que son apropiadas para alcanzar los objetivos.
5. Identificar las acciones independientes.
6. Documentar los diagnósticos enfermería, los problemas en colaboración, los resultados esperados, los objetivos de enfermería y las medidas de enfermería en el plan de atención.
7. Comunicar al personal apropiado cualquier dato de la valoración relativo a necesidades de salud que otros miembros del equipo de salud pueden satisfacer de forma mas adecuada.¹³

Definición de Prioridades.

La asignación de prioridades a los diagnósticos de enfermería y problemas en colaboración debe ser un esfuerzo conjunto de la enfermera y el paciente o sus familiares.

La jerarquía de necesidades de Maslow proporciona un marco de referencia útil para determinar la prioridad de los problemas, dando importancia en primer lugar a las necesidades físicas; una vez que se satisfacen las físicas; una vez

¹² Ibidem. p. 41.

¹³ Enfermería medicoquirúrgica, Brunner y Suddarth, Editorial Mc Graw Hill, 10º edición, 20005, p. 43.

que se satisfacen las necesidades correspondientes a niveles inferiores, pueden atenderse las necesidades de los niveles más altos.

Definición de los resultados.

Los resultados esperados de las medidas de enfermería se establecen en términos de conductas del paciente y lapsos de tiempo en que se deben alcanzar, así como de cualquier circunstancia especial relacionada con el logro de dicho resultado. Estos resultados deben ser realistas y mensurables y deben determinar hasta que punto se ha progresado en la solución del problema. Los resultados también sirven como base para valorar la eficacia de las medidas de enfermería, si se precisa de cuidados adicionales o si el plan requiere adaptaciones.

Definición de los objetivos.

Después de definir las prioridades de los diagnósticos, se identifican los objetivos inmediatos, mediatos y de largo plazo, así como de las acciones apropiadas para alcanzarlos.

Los objetivos inmediatos son los que pueden alcanzarse en un periodo breve. Los mediatos y de largo plazo precisan más tiempo y suelen abarcar prevención de complicaciones y problemas ulteriores de salud, educación para la salud y rehabilitación.

Determinación de las acciones de enfermería.

Al planear las acciones de enfermería apropiadas para alcanzar los objetivos y los resultados que se desean, la enfermera, en colaboración con el paciente y sus seres queridos, identifica las intervenciones individualizadas que afectarán cada resultado de acuerdo con las circunstancias y preferencias del individuo. Las intervenciones deben identificar las actividades necesarias y quien la realizara. La determinación de actividades interdisciplinarias se hace en colaboración con los otros trabajadores de cuidados de la salud, según se requiera.

Las intervenciones planeadas deben ser éticas y adecuadas a la cultura, edad y género del paciente.

Ejecución.

La fase de ejecución del Proceso de Atención de Enfermería implica la aplicación del plan de cuidados de enfermería. La enfermera se responsabiliza de la ejecución pero incluye al paciente, sus familiares y otros miembros del personal de enfermería y de salud, según resulte apropiado. La enfermera coordina las actividades de todas las personas que participan en esta fase así como el programa de actividades que ayuden a la recuperación del paciente. El plan de atención de enfermería sirve de base para la fase de ejecución:

1. Los objetivos inmediatos, mediatos y de largo plazo se emplean para dirigir la ejecución de las medidas de enfermería específicas.
2. En la ejecución dicha asistencia, la enfermera valora constante al paciente y sus respuestas.
3. Se hacen cambios al plan de salud conforme se modifique el estado, los problemas y las respuestas del paciente, y en la medida en que sea necesario volver a establecer las prioridades.

La fase de ejecución incluye la realización directa o indirecta de las intervenciones planeadas. Se aboca a resolver los diagnósticos de enfermería y problemas en colaboración con el equipo de salud, y a lograr los resultados esperados, con lo que se satisfacen las necesidades de salud del paciente.

Entre las medidas de enfermería se incluyen las siguientes:

Ayudar a los cuidados higiénicos; fomentar el bienestar físico y psicológico; dar apoyo para la respiración y la excreción; facilitar la ingestión de alimentos, líquidos y nutrientes; organizar el entorno inmediato del paciente; impartir instrucciones sobre la salud; estimular la relación terapéutica.

El razonamiento, el pensamiento crítico, los principios sólidos y la habilidad para tomar buenas decisiones son factores esenciales al elegir las medidas de enfermería apropiadas, con bases científicas y éticas.

Todas estas medidas se centran en el paciente y están orientadas por objetivos previamente establecidos; se basan en principios científicos y se aplican con compasión, confianza, y voluntad de aceptar y entender las respuestas del paciente.¹⁴

Evaluación.

La evaluación de los resultados es la fase final del proceso; tiene como objetivo identificar la respuesta del paciente a las medidas de enfermería y el grado en que se lograron los objetivos. El plan de cuidados de enfermería sirve como base para tal evaluación, en tanto que los diagnósticos, problemas en colaboración, objetivos, intervenciones y resultados esperados permiten disponer de pautas específicas que determinan el enfoque de la evaluación. Con la evaluación de resultados se responden las siguientes preguntas:

1. ¿Los diagnósticos de enfermería y problemas en colaboración fueron precisos?
2. ¿El paciente alcanzó los resultados esperados dentro de los tiempos establecidos?
3. ¿Se resolvieron tales diagnósticos?
4. ¿Se resolvieron los problemas en colaboración?
5. ¿Se satisficieron las necesidades de salud del objetivo?
6. ¿Las acciones de enfermería deben continuar sin cambios, modificarse o interrumpirse?
7. ¿Han surgido nuevos problemas para los cuales no se hayan planeado o puesto en práctica intervenciones adecuadas?
8. ¿Qué factores influyeron en el logro de los objetivos o en su fracaso?
9. ¿Es preciso volver a asignar las prioridades?
10. ¿Los objetivos y resultados esperados deben cambiarse?

Los datos objetivos que responden a estas preguntas deben recopilarse de todas las fuentes disponibles (paciente, familiares, personal de enfermería y otros miembros del personal de salud); deben anotarse en el expediente y

¹⁴ Enfermería medicoquirúrgica, Brunner y Suddarth, Editorial Mc Graw Hill, 10ª edición, 20005, p. 47, 48.

sustentarse en la observación directa del enfermo antes de que se registren los resultados.¹⁵

Documentación de resultados y revisión del plan.

Los resultados se documentan en forma concisa y objetiva. La documentación debe mostrar como se relacionan los resultados con los diagnósticos de enfermería y los problemas relacionados, describir las respuestas del paciente a las intervenciones e indicar si se alcanzaron o no los objetivos e incluir cualquier otro dato pertinente.

El plan de salud puede transformarse conforme se modifican los problemas del individuo, cambian las prioridades, se resuelven los problemas y se recopila información adicional acerca del estado del paciente. En la medida en que se ponen en práctica tales intervenciones se valoran y registran las respuestas del individuo y se modifica el plan de manera correspondiente. Un plan de salud bien elaborado y actualizado es la mejor garantía de que se atenderán los diagnósticos de enfermería y los problemas en colaboración y de que se cubrirán las necesidades básicas del paciente.¹⁶

1.2. Modelo de Patrones Funcionales.

La valoración sistemática y premeditada es un proceso intencionado basado en un plan para recoger y organizar la información. La tipología de patrones funcionales de salud proporciona este plan.

Las áreas de los patrones funcionales de salud proporcionan un formato de valoración estándar para una base de datos básica con independencia de la edad, el nivel de cuidados o el diagnóstico médico del paciente.

Las áreas de los patrones tienen ventajas adicionales:

1.-No deben ser continuamente aprendidas su aplicación se extiende al igual que el conocimiento clínico se acumula dentro del ámbito enfermero o

¹⁵ Enfermería medicoquirúrgica, Brunner y Suddarth, Editorial Mc Graw Hill, 10ª edición, 2005, p. 48.

¹⁶ Enfermería medicoquirúrgica, Brunner y Suddarth, Editorial Mc Graw Hill, 10ª edición, 2005, p. 48.

de la especialidad.

2.-Conduce directamente al diagnostico enfermero.

3.- Consigue una aproximación holística a la valoración funcional humana en cualquier marco y en cualquier grupo de edad, en todos los puntos del continuum salud-enfermedad.

4.-Guían la recogida de información de la vida del cliente, familia, o comunidad y su experiencia de los sucesos y problemas relacionados con la salud y con su manejo.¹⁷

Todos los seres humanos tienen en común algunos patrones funcionales que contribuyen a su salud, calidad de vida y logro de su potencial humanos. Estos patrones comunes son el eje de la valoración de la enfermera. La descripción y la evaluación de los patrones de salud permiten a la enfermera identificar patrones funcionales (necesidades del paciente) y patrones disfuncionales (diagnósticos enfermeros).

Las ideas actuales y tradicionales de la práctica enfermera se presentan en una lista de categorías concisa y fácil de aprender.

Los patrones funcionales de salud pueden ser utilizados de varias formas:

1. Como un formato para organizar los datos de la valoración y como su estructura correspondiente para agrupar los diagnósticos enfermeros.
2. Como un sistema para organizar el conocimiento clínico. Los cursos o los curriculums que han utilizado estos patrones lo han organizado en varios programas educativos.
3. Como un sistema para organizar la literatura clínica. Informes en la clasificación de las comunicaciones de conferencias y revisiones de la literatura.
4. Como tema para la investigación clínica sobre patrones de salud. Este último punto es el motivo de utilización en este trabajo por lo cual se desarrollara a continuación en forma breve.

¹⁷ Gordon Marjory. Diagnostico Enfermero Proceso y Aplicación, Mosby/Doyma Libros, tercera edición, México, pagina 74

Patrones Funcionales de Salud un Marco para la Valoración.

El término patrón que está definido como una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo. Las secuencias de comportamiento más que los hechos aislados, son los datos utilizados para las inferencias o juicios clínicos.¹⁸

Durante la valoración a medida que se va recogiendo información, el profesional de enfermería comienza a entender el área funcional que está siendo valorada. De forma gradual aparece un patrón. Es importante reconocer que lo que ocurre durante la recolección de información es la construcción de un patrón a partir de las descripciones del paciente y de las observaciones de la enfermera. Un observador no ve un patrón; la mente del observador construye un patrón ajustando los elementos.

Admitiendo también que los patrones se construyen:

1. Se debe evitar la recogida de datos superficiales que pueden conducir a errores en el diagnóstico.
2. Recordemos que los patrones no son observables. Se construyen mediante operaciones cognitivas sobre los datos de la valoración y siempre están abiertos a cambios debido a nueva información.
3. Hay que hacer énfasis en un punto que debe ser repetido frecuentemente: Los patrones deben ser validados.¹⁹

Aún con una adecuada información que describa un patrón, comprenderlo puede ser difícil hasta que no hayan sido valorados todos los patrones funcionales, ya que los once patrones funcionales, son una división artificial del funcionamiento humano integrado. Los patrones están interrelacionados éstos son interactivos e independientes. Y la verdad es que ningún patrón puede ser entendido en forma aislada.²⁰

Uso en la práctica

¹⁸ Gordon Marjory. Op cit.; p 75

¹⁹ Ibidem.; p 76

²⁰ Ibidem.; p 77

¿Requiere mucho tiempo la valoración de un patrón funcional?

La cuestión se relaciona con la utilización relativa del tiempo disponible en el ámbito de trabajo.

La cantidad de tiempo requerido para completar una valoración en el ingreso varía mucho. Depende en parte de la capacidad de la enfermera para dirigir todos sus esfuerzos sobre los datos pertinentes del paciente. Cuantos más problemas de salud tiene un paciente, mas tiempo se necesita para identificar los patrones disfuncionales subyacentes.

¿Deben valorarse todos los patrones o solo aquellos que son relevantes?

Podría decirse que si se conoce el diagnostico medico se conoce el diagnostico enfermero. Algunos diagnósticos enfermeros pueden sospecharse pero por regla general los diagnósticos médicos no son buenos predictores de diagnósticos enfermeros; el individuo con una enfermedad, no la enfermedad es el eje de la valoración enfermera.

En la experiencia de la autora, las enfermeras excluyen los patrones de valores- creencias y el de sexualidad-reproducción de los once patrones de una valoración, y no hay ninguna razón suficiente para justificar la no valoración de estos patrones, esto refuerza la interrelación de los patrones.²¹

Patrones funcionales de salud.

Tipología de los once patrones funcionales de salud.

1. Patrón percepción de salud-manejo de salud. Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y cómo maneja la salud.
2. Patrón nutricional-metabólico. Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos del cliente relativo a las necesidades metabólicas y aportes complementarios de nutrientes.
3. Patrón eliminación. Describe los patrones de función excretora (Intestino, vejiga y piel.)

²¹ Gordon Marjory. Op cit.; p 82

4. Patrón actividad-ejercicio. Describe los patrones de ejercicio, actividad y recreo.
5. Patrón sueño-descanso. Describe los patrones de sueño, descanso y relax.
6. Patrón cognitivo-perceptual. Describe los patrones sensorio-perceptual y cognitivo.
7. Patrón autopercepción-autoconcepto. Describe el patrón de autoconcepto del cliente y las percepciones de si mismo (por ejemplo: Autoconcepto/valía, imagen corporal, estado emocional.)
8. Patrón rol-relaciones. Describe el patrón del cliente de los papeles de compromiso y relaciones.
9. Patrón sexual-reproductivo. Describe los patrones del cliente de satisfacción e insatisfacción con el patrón de sexualidad; describe el patrón de reproducción.
10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés. Describe el patrón general de adaptación del cliente y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés.
11. Patrón valores-creencias. Describe los patrones de valores, creencias (incluidas espirituales) y objetivos que guían las elecciones o decisiones del cliente.²²

1.3 Hemorragia Intracerebral.

Las hemorragias intracerebrales son responsables de aproximadamente el 10% de todos los ictus, aunque ocasionan el 16–20% de todas las muertes cerebro vasculares. Su incidencia aumenta con la edad, y es mayor en varones que en mujeres. Según estudios en una población, en el 89% de los casos había hipertensión, y la mayoría de los autores coinciden en que es el factor de riesgo mas importante.

La declinación de la incidencia de hemorragia intracerebral en los últimos años es atribuible probablemente al mejor control de la hipertensión en la población.

²² Gordon Marjory. Op cit.; p 75

La hemorragia aneurismática produce, en ocasiones, un coagulo en el tejido cerebral adyacente, en vez de una hemorragia subaracnoidea pura; sin embargo, la presencia de sangre en las cisternas subaracnoideas significa habitualmente que el problema de base es un aneurisma.²³

Irrigación cerebral

El encéfalo es irrigado por dos sistemas arteriales: Carotídeo y vertebro basilar. Las carótidas se dividen en el cuello en interna y externa. La carótida interna asciende entrando a la cavidad craneana para terminar dividiéndose en las arterias cerebral media y anterior. La arteria cerebral media se dirige lateralmente, irrigando la profundidad de los hemisferios cerebrales (Cápsula interna, núcleo lenticular y caudado), llega a la fisura de Silvio e irriga la superficie lateral de los hemisferios cerebrales. La arteria cerebral anterior se dirige hacia adelante y medialmente, uniéndose con la del lado opuesto a través de la arteria comunicante anterior. Da ramas que también irrigan la profundidad de los hemisferios cerebrales (Cápsula interna y núcleo caudado), continúa dando la vuelta alrededor del cuerpo calloso (Estructura blanca que une a ambos hemisferios cerebrales) e irriga la superficie medial de los hemisferios cerebrales²⁴.

Las arterias vertebrales entran a la cavidad craneana a través del foramen magno, a través del cual se continúa el tronco cerebral con la médula espinal. Las arterias vertebrales se unen por delante del tronco para formar la arteria basilar, que termina en la parte superior de éste dividiéndose en las arterias cerebrales posteriores. Las arterias vertebrales y basilares irrigan el tronco cerebral y cerebelo. Las arterias cerebrales posteriores irrigan la profundidad de los hemisferios cerebrales (Tálamo) y la superficie inferior de los lóbulos temporales y occipitales. Las arterias cerebrales posteriores se unen a través de los comunicantes posteriores con las arterias carótidas internas de cada lado. Así se forma el llamado polígono de Willis, constituido por las arterias comunicante anterior, cerebrales anteriores, carótidas internas, comunicantes

²³ M. Rippe James Manual de Cuidados Intensivos. pp. 516 – 519

²⁴ JoAnn Grif Alspach, Cuidados Intensivos en el Adulto, Editorial McGraw–Hill, pp. 273, 277

posteriores y cerebrales posteriores²⁵.

El polígono de Willis, es una anastomosis heptagonal de las arterias cerebrales principales. Se encuentra alrededor del quiasma óptico y junto con la hipófisis asemeja una rueda, siendo el tallo de la glándula el eje de la rueda y los ramos hipofisarios que emite el polígono, los rayos de la rueda, la anastomosis es formada por las arterias cerebrales anteriores y posteriores y es completada por las arterias comunicantes: La anterior que une a las dos cerebrales anteriores. La posterior que se origina de la carótida interna y va hacia las cerebrales posteriores.²⁶

El polígono de Willis, puede tener muchas variantes anatómicas y sus vasos presentan a menudo calibres diferentes.

Polígono de Willis

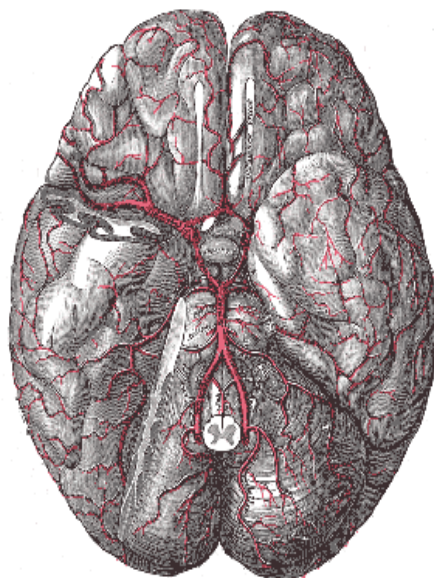


Imagen de: <http://www.anatomia.tripoid.com>

Características principales de cada arteria cerebral:

La **arteria cerebral anterior** pasa hacia la línea media por arriba del nervio óptico y asciende en el surco ínter hemisférico donde está unida con la del lado opuesto por la comunicante anterior. Después sigue una curva a lo largo del cuerpo calloso por lo que en este sitio se le denomina pericallosal. Una rama importante es la arteria recurrente de Heubner que se introduce en el espacio

²⁵ Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, Enfermería Médicoquirúrgica, p. 2002

²⁶ Fernando Quiroz Gutiérrez, Anatomía Humana. Editorial Porrúa, Tomo II, Pp. 361-362

perforado anterior. La arteria cerebral anterior irriga la mayor parte de la cara interna del hemisferio cerebral.²⁷

La arteria cerebral media se profundiza en la Cisura de Silvio para dirigirse hacia la ínsula de Reil; es encargada de la irrigación de casi la totalidad de la cara externa del hemisferio cerebral. Sus ramos perforantes son importantísimos; son llamadas arterias tálamo estriadas y se dividen en un grupo interno y otro externo. Una de las del grupo externo generalmente la más larga y externa, experimenta rotura con tanta frecuencia que se ha llamado "arteria de la hemorragia cerebral" o arteria de Charcot.²⁸

La arteria cerebral posterior, se encarga de la irrigación del lóbulo occipital y del área límbica; abarca toda el área visual y por lo tanto las lesiones de sus ramas causan defectos en la visión.

Hemorragia subaracnoidea debida a aneurisma intracraneal

Fisiopatología:

Hemorragia subaracnoidea: Es la presencia de sangre dentro del espacio subaracnoideo. La rotura de un aneurisma es la causa más común de la hemorragia subaracnoidea. La rotura del aneurisma se produce normalmente en el fundus del aneurisma²⁹.

Las hemorragias subaracnoideas más frecuentes y voluminosas se producen a consecuencia de la rotura de un aneurisma cerebral localizado dentro del espacio subaracnoideo³⁰.

El aneurisma es una enfermedad del vaso en el que se produce una dilatación anormal y localizada por una debilidad en la capa elástica de las arterias cerebrales. Son dilataciones saculares que aparecen más comúnmente en las bifurcaciones de los vasos cerebrales intracraneales. Aunque la etiología es inicialmente congénita, estos se pueden desarrollar secundariamente por

²⁷ Fernando Quiroz Gutiérrez, Anatomía Humana, Editorial Porrúa, Tomo II, P. 362

²⁸ <http://www.anatomia.tripoid.com>

²⁹ M.Rippe James, Manual de Cuidados Intensivos. p. 521

³⁰ Ibidem. p. 521

cambios degenerativos en la pared de los vasos asociados a la hipertensión. Los aneurismas intracraneales son más comunes que los de otras localizaciones de similar tamaño. Esto podría ser debido a que las arterias intracraneales tienen la capa media muy delgada o ausente y falta la lámina elástica interna. La pared del aneurisma está formada por la capa íntima y la adventicia y un tejido fibrohialino entre estas las dos capas.³¹

Las causas de la hemorragia subaracnoidea son:

Traumatismo, Disección arterial vertebral y carotídea, Malformaciones arteriovenosas durales y espinales, Rotura de un aneurisma, Enfermedad de células falciformes, Alteraciones de la coagulación, ingerir Cocaína, Apoplejía pituitaria.³² Factores predisponentes para la rotura de un aneurisma son: tabaquismo, abuso del alcohol, embarazo e hipertensión.

Etiología de la hemorragia subaracnoidea

Aneurismática: Riñones poliquísticos, Síndrome de Ehlers–Danlos, Coartación de la aorta, Síndrome de Moyamoya, Esclerosis tuberosa, Síndrome de Klinefelter, Displasia Fibromuscular.

No aneurismática: Traumatismo, Hemorragia perimesencefálica, Malformación arteriovenosa espinal o cerebral, Diátesis hemorrágica, Infección (meningitis, tromboflebitis cortical)³³.

Localización de los aneurismas

La mayoría de los aneurismas están cercanos al polígono de Willis. Aproximadamente el 90 % están localizados en los siguientes lugares:

A. Arteria carótida interna (C.A.) y a nivel de la arteria comunicante posterior (A.Co.A.).

B: Unión de la arteria cerebral anterior (A.C.A.) y arteria comunicante anterior (A.Co.A.).

³¹ Ibidem. p. 521

³² Harrison, Principios de Medicina Interna, Vol. II, Editorial Interamericana McGraw – Hill, p. 2791

³³ Información de Torner and coworkers, Investigación y desarrollo Bayer, pp. 88-89

- C. Proximal a la bifurcación de la arteria cerebral media (M.C.A.).
- D. Unión de la arteria cerebral posterior (P.C.A.) y la arteria basilar.
- E. La bifurcación de la arteria carótida en las arterias cerebral anterior y cerebral media.

Otras localizaciones de los aneurismas en la arteria carótida están en el origen de la oftálmica (Op.A.) y la arteria coroidal anterior (A.Ch.A.). Otras localizaciones en la arteria vertebral (V.A.) y arteria basilar incluyen el origen de la arteria cerebelosa posterior inferior (P.I.C.A.), arteria cerebelosa postero anterior (A.I.C.A.), arteria cerebelosa superior (S.C.A.), y unión de la arteria basilar y arterias vertebrales.

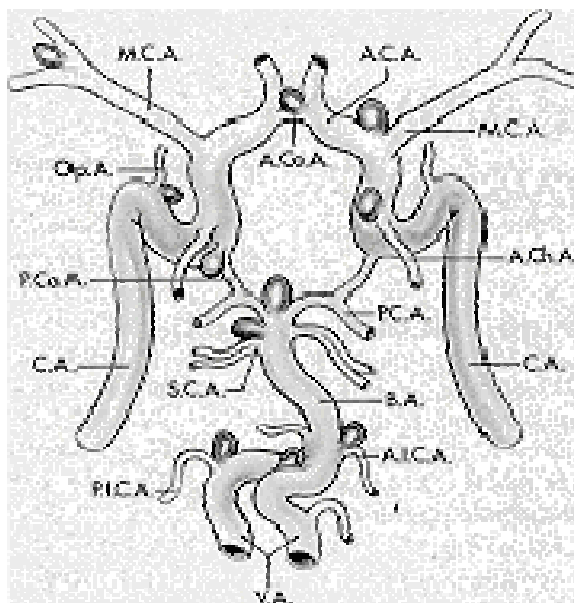


Imagen de <http://www.anatomia.tripoid.com>

Clasificación de los aneurismas

Los aneurismas cerebrales se pueden clasificar por su tamaño en:

- Pequeños. De menos de 12 mm de diámetro (78 %)
- Grandes. De 12 a 24 mm de diámetro (20 %)
- Gigantes. De más de 24 mm de diámetro (2 %)

El 90 % de los aneurismas intracraneales pertenecen a la circulación anterior. De estos: El 39 % se sitúan en la unión de la arteria comunicante anterior y cerebral anterior, El 30 % en la arteria carótida, el 22 % en la arteria cerebral media y El 8 % en la circulación posterior.³⁴

Los aneurismas también se pueden clasificar en:

- A. Micóticos. Se producen por una degeneración séptica de la capa elástica

³⁴ Investigación y desarrollo Bayer. Escalas Neurológicas. p. 2

y muscular de las arterias cerebrales. El origen del foco séptico está normalmente a distancia. Estos aneurismas son poco frecuentes.

- B. Arterioscleróticos fusiformes. Se producen por arteriosclerosis grave e hipertensión arterial. Se afectan principalmente los vasos del polígono de Willis. Son más frecuentes en el territorio de la arteria basilar y cerebral media. Los aneurismas fusiformes más intensos aparecen en el sistema vertebro-basilar.
- C. Saculares congénitos. Son dilataciones arteriales de menos de 2.5 mm que aparecen en las bifurcaciones de las arterias del polígono de Willis.
- D. Gigantes. El origen de estos aneurismas es variado, tienen un diámetro superior a los 2.5 mm y son más frecuentes en el sistema vertebro-basilar.

Diagnóstico

El diagnóstico de la hemorragia intracerebral ha experimentado una auténtica revolución con el empleo de la tomografía axial computarizada (TAC), que indica con precisión la localización, el tamaño y la configuración de las hemorragias y pone de manifiesto la presencia de hidrocefalia, edema, desplazamiento de los tejidos o paso de la sangre al interior del sistema ventricular.³⁵ Es bastante característico el síndrome clínico de la hemorragia cerebral. Habitualmente, los síntomas evoluciona de modo uniforme entre minutos y horas, y el déficit neurológico nunca es transitorio. Por lo común no hay síntomas premonitorios. La mayoría de las hemorragias se producen cuando el paciente esta activo, y ocasionalmente son precipitados por actividad extrema. Casi siempre hay cefalea, aunque puede faltar en hemorragias pequeñas. También son frecuentes las nauseas y los vómitos característicos de toda hemorragia³⁶.

Generalmente el diagnóstico de Hemorragia Subaracnoidea es claro. La mayoría de los pacientes van a tener la aparición paroxística de una cefalea generalizada u occipital, extremadamente intensa y a menudo con vómitos. En efecto, casi la quinta parte de los pacientes, cae en coma desde un comienzo. El líquido cefalorraquídeo es microscópicamente hemorrágico, aunque la

³⁵ M. Rippe James Manual de Cuidados Intensivos. p. 517

³⁶ Ibidem. p. 517

punción lumbar ya no es el principal procedimiento diagnóstico en la Hemorragia Subaracnoidea. En muchos casos la Tomografía demuestra sangre subaracnoidea, y al localizar la colección de sangre puede indicar el sitio aproximado del aneurisma. Con el fin de detectar el 20% aproximado de casos con dos o más aneurismas, se recomienda la angiografía cerebral de los vasos principales.³⁷

Tratamiento.

La terapéutica de la hemorragia intracerebral consiste en medidas generales de apoyo, agentes para minimizar el edema cerebral y evacuación quirúrgica del coágulo en casos seleccionados. Se puede administrar manitol para mantener la osmolaridad sérica en 300 – 325 mosm/l. la monitorización de la presión intracraneal es útil para controlar la eficacia de la terapéutica antiedema. Cuando es necesario, los pacientes deben ser intubados e hiperventilados a una presión de bióxido de carbono, de aproximadamente 25 mm Hg. Hay que restringir los líquidos a un mínimo de requerimiento de sustitución diaria. Es discutible la intervención quirúrgica en la hemorragia cerebral.³⁸

El pronóstico clínico es mejor si la cirugía se realiza cuando el paciente está alerta y antes de que aparezcan signos piramidales. Los efectos potencialmente adversos de una convulsión han conducido a la práctica generalizada de administrar anticonvulsivos con fines profilácticos.³⁹

Los agentes bloqueantes beta adrenérgicos y los diuréticos son los fármacos antihipertensivos de elección; los bloqueadores del canal del calcio reducen generalmente la presión de perfusión.

Generalmente se cree que una habitación tranquila con el mínimo de estímulos estresantes ayuda a prevenir la repetición de la hemorragia. Hay que evitar los extremos de hipertensión que agrava el vaso espasmo, aunque no se dispone de una evaluación crítica de estas tácticas. Con la compresión neumática de la pantorrilla se puede reducir el riesgo de flebitis. Mediante la descompresión

³⁷ M. Rippe James Manual de Cuidados Intensivos, p. 521

³⁸ Ibidem, p. 518

³⁹ Ibidem, p. 518

precoz de la hidrocefalia aguda y el tratamiento de los vasospasmos compresores y expansión de volumen se logra mantener a la mayoría de los enfermos supervivientes en un estado óptimo de la operación⁴⁰. La monitorización de la presión intracraneal es una técnica invasiva de vigilancia neurológica que identifica y mide la presión intracraneana al comunicar el contenido de la cavidad intracraneal con un sistema de medición exterior. La presión intracraneana normal es la fuerza resultante del equilibrio de los espacios anatómicos, volúmenes y fuerzas de los componentes intracraneales (parénquima cerebral, 80%; Líquido cefalorraquídeo, 5%; y sangre, 15%) y extracraneales (presiones intratorácicas) que se transmiten a la cavidad craneal. Sus valores normales varían con la edad; en niños de término, 7 mm de mercurio; y en adulto, entre 0 y 15 mm de mercurio.⁴¹

En la hipertensión endocraneal se pierde el equilibrio de las relaciones entre los espacios, volúmenes y fuerzas de sus componentes intracraneales y el nivel crítico de presión de perfusión cerebral (PPC). Presiones intracraneales entre 15 y 20 mm de mercurio son sospechosas, de 20 a 30 mm de mercurio moderadas y requieren tratamiento; de 30 a 40 mm de mercurio son intensas, y mayores de 40 mm mercurio muy graves y de mal pronóstico. Presiones intracraneales mayores de 20 mm de mercurio se han relacionado con mayor mortalidad.⁴²

Lamentablemente se desconoce el nivel de perfusión cerebral ideal, pero puede relacionarse con el punto crítico de herniación o de disminución del flujo sanguíneo cerebral, aunque los pacientes pueden herniarse a grados variables de presión intracraneana, especialmente aquellos con masas temporales. Asegurar y mantener una adecuada perfusión implica mantener un gradiente de perfusión producido de presión de perfusión cerebral relacionado con disminución de la mortalidad varían entre 60 y 70 mm de mercurio.⁴³

Complicaciones.

⁴⁰ M. Rippe James Manual de Cuidados Intensivos. p. 523

⁴¹ Gutiérrez Lizardi. Procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos, Editorial McGraw-Hill P. 542

⁴² Ibídem p. 542

⁴³ Gutiérrez Lizardi. Procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos, Editorial McGraw-Hill P. 542

Repetición de la hemorragia: La reaparición precoz de la hemorragia ha sido la principal causa de morbilidad y mortalidad en la hemorragia subaracnoidea. Aunque la mayoría de las hemorragias repetidas se producen en las pocas semanas después de la primera, hay un riesgo permanente de 3% al año.⁴⁴

Vasoespasmio. En más del 50% de los casos, 3 a 5 días después de la hemorragia subaracnoidea aparece estenosis arterial cerebral localizada. Generalmente los síntomas relacionados con los vaso espasmos aparecen entre el cuarto y décimo días, aunque persiste durante otra semana. Generalmente existe un grado fluctuante de hemiparesia, afasia, o estado confusional. Si persiste el vaso espasmo puede producirse un infarto de gran tamaño.⁴⁵

Hasta el momento no se asegura la existencia de algún tratamiento para el vaso espasmo cuya eficacia sea notable. Los resultados de un estudio sugieren que los bloqueadores del canal del calcio, en particular la nimopidina, pueden prevenir o mejorar el infarto. Un problema acompañante es la hipotensión, y puede requerir tratamiento con expansores del volumen intravascular. Después de demostrado el vaso espasmo mediante arteriografía, en general es preferible combinar una perfusión de coloide con la administración de sustancias presoras. El isoproterenol y la aminofilina han demostrado su eficacia en pequeñas series de casos. El tratamiento más importante parece ser la hidratación enérgica profiláctica, a fin de mantener un gasto cardíaco elevado, se cree que la incidencia del vaso espasmo disminuye mediante la sedación enérgica con barbitúricos y morfina.⁴⁶

Hidrocefalia: Después de la hemorragia subaracnoidea (HSA), un tercio de los pacientes tiene dilatación aguda de los ventrículos. La hidrocefalia produce casos de sopor cuando es leve, y coma con posición en extensión cuando es grave. El diagnóstico se hace clínicamente y mediante Tomografía cerebral. El drenaje ventricular externo trata de forma adecuada la hidrocefalia aguda.⁴⁷

⁴⁴ M.Rippe James, Manual de Cuidados Intensivos, p. 521

⁴⁵ Ibídem. p. 521

⁴⁶ Ibídem. p. 522.

⁴⁷ M.Rippe James, Manual de Cuidados Intensivos, p. 522

Otros problemas médicos: Se observa hiponatremía hasta en un tercio de los pacientes durante los primeros días después de la hemorragia subaracnoidea (HSA), una natriuresis previa a la hiponatremía, y que la mayoría de los pacientes presentan disminución de la volemia, en vez de aumento de la misma.

En otros centros se inclinan hacia la intervención precoz, ya que elimina el riesgo de que repitan las hemorragias y permite realizar una hidratación enérgica para prevenir el vaso espasmo; en la actualidad cada vez existe mas tendencia a seguir esta pauta, en los grandes centros, la mortalidad quirúrgica es del 1 – 3 % y la morbilidad, del 3 -6%.

1.4 Escala de Ramsay

Sedación.

La mayoría de quienes ejercen el cuidado crítico aceptarían que el paciente ideal debe estar cómodo, cooperar y aceptar el cuidado aún lucido. Dicho estado se obtiene solo en pocos pacientes mediante el uso de la técnica de infusión epidural continúa. Sin embargo, muchos enfermos graves no son candidatos para este método porque esta relativamente contraindicado en pacientes infectados o con coagulopatías.

Por tanto, a menudo se utilizan opiáceos, benzodiacepinas, propofol y tranquilizantes mayores para sedar a los enfermos graves. Todas estas clases de medicamentos deprimen la mente en forma dependiente de la dosis, se emplean diversos medios para valorar dicho nivel de sedación, que incluyen la escala del coma de Glasgow y la escala de Ramsay.

La mayoría de los pacientes graves se seda con el fin de controlar lo que se denomina una conducta de angustia (agitación) que suele ser una conducta no verbal, en pacientes intubados que sugiere angustia (resistencia al ventilador, agresividad, control hemodinámico inaceptable, reposo para el paciente fatigado, disminuir el consumo de oxígeno).⁴⁸

⁴⁸ Hall Jesse B., Schmidt Gregory A., Wood Lawrence D. H., Manual de Cuidados Intensivos, McGraw-Hill Interamericana, Segunda edición. México, p 103.

El deseo de controlar la hipertensión y la taquicardia impecables proporcionan descanso al paciente fatigado y disminuyen el consumo de oxígeno, lo que motiva a el uso de la sedación.

La hipertensión y taquicardia suelen ser una consecuencia de dolor y ansiedad en el paciente grave y manifestaciones de una respuesta biológica más amplia que en general se denomina, respuesta al estrés. Ocurre como consecuencia de estrés psicológico y físico al organismo, y se acompaña de una cascada compleja de cambios que pueden durar varios días. Con la respuesta de estrés se relaciona un estado hipercoagulable potencialmente benéfico en algunas circunstancias y tal vez muy problemático en otras.

El control del dolor puede reducir de manera importante la magnitud de la respuesta de estrés y los cambios fisiológicos del paciente que se relaciona con ella. Los intentos para controlar la respuesta de estrés que acompaña al dolor mediante otros fármacos que no sea analgésicos fracasan y permiten que la respuesta de estrés continúe sin disminuir.⁴⁹

La conducta de angustia tiene una gama muy amplia de manifestaciones pero un número hasta cierto punto pequeño de causas, como dolor, disnea, ansiedad, desorientación, delirio (abstinencia de sustancias), encefalopatía (renal, hepática) o incluso psicosis. La razón más común de la conducta de angustia en pacientes graves es el dolor o la molestia. La ventilación mecánica es intrínsecamente incomoda, causa ansiedad, y los dispositivos relacionados con la misma – sondas endotraqueal y gástrica – pueden ser incómodos. El dolor y la molestia se subestiman con frecuencia como causas de agitación en pacientes graves y ello resulta en el uso de cantidades considerables de benzodiazepinas cuando bastaría dosis pequeñas de opiáceos.⁵⁰

La base fundamental de la mayor parte de los regimenes de sedación en la Unidad de Cuidados Intensivos deben ser los opiáceos. Estos medicamentos tratan la molestia y el dolor que se presentan casi de manera universal en pacientes graves y suprimen la disneas que es común en pacientes con

⁴⁹ Hall Jesse B., Schmidt Gregory A., Wood Lawrence D. H., Op cit.; p 105. .

⁵⁰ Ibidem. p 104

ventilación mecánica; asimismo son mucho más eficaces en el tratamiento de la ansiedad de lo que suele pensarse.⁵¹

Los opiáceos de efectos más cortos parecen atractivos para este propósito, pero tienen varias limitaciones que incluyen ocurrencia más rápida de tolerancia, mayor costo y volúmenes de venoclisis más grandes. La morfina, la metadona y la hidromorfona son medicamentos apropiados para uso en la Unidad de Cuidados Intensivos. La analgesia controlada por el paciente (ACP) requiere autovaloración del enfermo y capacidad para administrarse el medicamento, que a menudo no poseen los pacientes graves.

Entre el gran número de benzodicepinas con que cuentan quienes ejercen hoy en día, el loracepam, el midazolam, y el diazepam son muchos los de usos más comunes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Todos pueden emplearse con seguridad y eficacia para sedación. En la actualidad el uso de fármacos paralizantes se reserva para enfermo que no es posible sedar de manera adecuada porque se ventilan con modalidades muy incómodas, como las ventilaciones a chorro, con presión controlada, de relación inversa y con presión positiva al final de la expiración (PEEP) alta. El siguiente cuadro incluye las indicaciones aceptadas para parálisis en la Unidad de Cuidados Intensivos.⁵²

INDICACIONES PARA EL USO DE FARMACOS PARALIZANTES EN LA UCI

Facilitar la ventilación mecánica, por lo general con modalidades poco comunes, como las ventilaciones de frecuencia alta, de relación inversa o con presión positiva al final de la expiración muy alta.

Intubación endotraqueal y otros procedimientos a la cabecera (el empleo de medicamentos paralizantes en estos casos debe restringirse a expertos con entrenamiento en su uso)

Tratamiento del tétanos resistente a la terapéutica médica

Terapéutica de envenenamientos (estricnina, metacualona)

Tratamiento de hipotermia/escalofrío

Terapéutica de estado epiléptico con incapacidad para ventilar al paciente (muy raro)⁵³

⁵¹ Hall Jesse B., Schmidt Gregory A., Wood Lawrence D. H., Op cit.; pp 106-107.

⁵² Ibidem.; pp 107-108.

⁵³ Ibidem.; p 111

Valoración del nivel de sedación:

Recientemente se esta dando mayor importancia a la necesidad de objetivar el grado de sedación en el que se pretende mantener a los pacientes, esto en parte es debido a que se dispone de fármacos sedantes de acción corta como el midazolam o el propofol que permiten un ajuste preciso de las dosis y el tiempo de infusión según la profundidad de la sedación y la duración deseadas en un enfermo determinado.

Para intentar proporcionar una valoración objetiva del nivel de conciencia en pacientes sedados, hoy en día se utilizan diferentes escalas de puntuación basados en la observación de signos clínicos que presenta el enfermo. Con ellas se pretende disminuir en lo posible la subjetividad individual y poder monitorizar cambios temporales en el nivel de sedación.

La más utilizada es la escala de Ramsay (Tabla 1), que se confecciono específicamente como sistema objetivo de puntuación para medir la sedación inducida por drogas. Resulta eficaz tanto para medir el nivel de reactividad y somnolencia en pacientes críticos sedados, como para la evaluación postoperatoria tras la anestesia general. Tiene el inconveniente de que no es muy precisa en la evaluación de la agitación y del exceso de sedación. Los niveles de sedación adecuados para la mayoría de los enfermos estaría entre el 2 y el 4, aunque en los momentos en los que aumente la estimulación del enfermo, como durante la aspiración traqueal, o en otras situaciones como cuando es precisa una ventilación totalmente controlada, o bien en paciente con hipertensión intracraneal refractaria en los que se pretende controlar la Presión Intracraneana, es necesario profundizar la sedación.

Por otro lado la Escala de Ramsay, al igual que otras escalas que se basa en respuestas verbales o motoras, no es útil cuando se utilizan relajantes musculares. Para ello se han desarrollado escalas modificadas que incluyen una puntuación separada que indica el uso de éstos.

Una escala muy utilizada para valorar el nivel de conciencia en las Unidades de Cuidados Intensivos es la escala de Glasgow para el coma. Esta se desarrollo

inicialmente con el fin de valorar el nivel de conciencia en politraumatizados, aunque su uso se ha extendido para la valoración de pacientes con disminución del nivel de conciencia por otras causas. Sin embargo esta escala no se recomienda para monitorizar el grado de sedación en los pacientes críticos, y menos aun en aquellos cuya capacidad para comunicarse este limitada por encontrar conectados a ventilación mecánica y en algunos casos bajo los efectos de relajantes musculares.

Resumiendo, podemos decir que seria deseable disponer de un método de medida de la profundidad de la sedación para evitar una sedación excesiva, por las complicaciones que esta conlleva. La amplia variabilidad individual hace que no sea posible establecer una relación fija entre la dosis administrada y el nivel de sedación obtenido, por lo que es necesario un método objetivo que permita una valoración individualizada de cada paciente. Las escalas clínicas son fáciles de utilizar, pero no sirven para determinar cambios sutiles en el nivel de sedación y tampoco cuando se administran relajantes musculares. Por lo tanto, de momento no existe una medida clínica objetiva que resulta satisfactoria para ser aplicada en los pacientes críticos.

Por otro lado, se han utilizado métodos electrofisiológicos como el electroencefalograma o los potenciales evocados en diversos estudios sobre fármacos anestésicos, observándose una correlación entre la profundidad de la anestesia y la actividad eléctrica cerebral que se puede objetivar con estas técnicas. Incluso parece ser que los potenciales evocados se comenzaran a utilizar pronto como monitorización intra operatoria del nivel de conciencia durante la anestesia general. Su uso como medida del nivel de sedación seria una extensión de su aplicación para la anestesia. Sin embargo por el momento no se dispone de aparatos capaces de proporcionar información objetiva que sirva para orientar la necesidad de administración de fármacos sedantes y analgésicos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Tabla I Escala del Nivel de Sedación de Ramsay⁵⁴

NIVEL DE DESCRIPCION	
Despierto 1	Ansioso y/o agitado
2	Colaborador, tranquilo y orientado. Apertura espontánea de ojos somnolientos.
3	Responde a estímulos verbales
Dormido 4	Quieto, ojos cerrados.
5	Rápida respuesta a ligero golpecito glabellar o estímulos verbales fuertes.
6	Respuesta lenta. Solo responde a estímulos importantes. No responde.

1.5 Intervenciones de Enfermería en la Hemorragia Intracraneal.

Como antes se menciona la hemorragia intracerebral primaria por rotura espontánea de vasos pequeños constituye casi el 80% de las apoplejías hemorrágicas y es causada sobre todo por hipertensión no controlada (Qureshi et al., 2001). La hemorragia intracerebral secundaria se relaciona con malformaciones arteriovenosas, aneurismas intracraneales o ciertos medicamentos (por ejemplo anticoagulantes y anfetaminas) (Qureshi et al., 2001).⁵⁵

La hipertensión arterial afecta a 50 millones de personas en los Estados Unidos y un billón en todo el mundo. Como la edad poblacional, la prevalencia de hipertensión arterial se incrementará en adelante a menos que se implemente amplias medidas preventivas eficaces. Recientes datos del estudio Framingham sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90 % de probabilidad de riesgo de desarrollar de hipertensión.

La relación de presión arterial y riesgo de eventos cerebro vasculares es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. La presión arterial alta significa la mayor posibilidad de ataque cardiaco, insuficiencia

⁵⁴ <http://tratado.uninet.edu/c120203.html>

⁵⁵ Brunner y Suddarth, Enfermería medicoquirúrgica. Editorial McGraw-Hill, 10ª edición, 2006, p. 2008.

cardiaca, ictus, y enfermedad renal. Para individuos de 40 y 70 años, cada incremento de 20 milímetros de mercurio en presión arterial sistólica ó 10 milímetros de mercurio en presión arterial diastolita dobla el riesgo de enfermedad vascular cerebral en todo el rango de 115/75 hasta 185/115milímetros de mercurio.⁵⁶

Podemos darnos cuenta que estamos enfrentándonos con mas frecuencia a esta patología por lo que es de vital importancia conocer cuales serán los cuidados que proporcionaremos a estos pacientes.

Intervenciones para la optimización de la perfusión cerebral:

Se verifica cada hora la presión arterial, pulso, nivel de reactividad (indica la perfusión cerebral), respuestas pupilares y función motoras. El estado de la respiración se vigila porque la reducción del oxigeno en áreas del cerebro con alteración de la autorregulación incrementa la posibilidad de infarto cerebral. Cualquier cambio se reporta de inmediato.⁵⁷

Evaluar frecuentemente el estado neurológico por medio de las escalas de Glasgow si el paciente se encuentra sin la aplicación de medicamentos que afecten el sistema nervioso central y con la de Ramsay si esta siendo manejado con algún sedante, barbitúrico, relajante, etcétera.

Mantener el dispositivo para vigilar la presión intracraneana y calcular la presión de perfusión cerebral.

Limitar el tiempo de succión a 15 segundos; híper ventilar, híper oxigenar o realizar ambos procedimientos antes de practicar succión para reducir al mínimo la elevación de la presión intracraneala.

Facilitar el retorno venoso: elevar la cabecera de la cama a 30 o 40 grados; mantener cabeza y cuello en alineación anatómica.

Vigilar la presión intracraneana durante las actividades para suministrar

⁵⁶ JNC-7o. Informe (séptimo informe del Joint Nacional Comité on Prevention, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial).

⁵⁷ Brunner y Suddarth, Op cit.; p. 2092

cuidados; prestar las atenciones de enfermería con los intervalos adecuados para que la presión intracraneana se conserve en la línea basal o debajo de 20 milímetros de mercurio. Comunicando si hay tendencias a elevarse aunque permanezca por debajo de 20 milímetros de mercurio.

Mantener el sistema de drenaje de líquido cefalorraquídeo al nivel indicado para evitar pérdida inadvertida de ese líquido. Drenándolo según lo prescrito para mantener la presión intracraneala en la cifra deseada (por debajo de 20 milímetros de mercurio).⁵⁸

Intervenciones necesarias para controlar la presión intracraneana

Reposo absoluto con elevación de la cabecera de la cama 15 a 30°; evitar la hiper extensión, flexión o rotación de la cabeza; si el paciente tiene traqueotomía vigilar que las ligaduras no estén demasiadas apretadas todo esto con el fin de favorecer el retorno venoso.

Limitar la succión de secreciones a 15 segundos previa hiper oxigenación e hiperventilación para reducir al mínimo las alteraciones de gases arteriales.

Al cambiar de posición al paciente deberá hacerse en bloque para evitar la maniobra de Valsalva.

Alimentar y bañar al paciente, administrar laxantes suaves o ablandadores de heces (evitan el estreñimiento).

Mantener los estímulos externos al mínimo reduciendo la intensidad de la luz, sonido así como movimientos bruscos.

El tratamiento se orienta a reducir el volumen de los componentes de la presión intracraneana (sangre, líquido cerebral y masa encefálica):

La hiperventilación (habitualmente a presión de bióxido de carbono de 25 a 30 Mm. de mercurio) produce vasoconstricción y, por lo tanto, reduce el volumen de sangre en el cerebro. La responsabilidad de la enfermera incluye valorar de manera cuidadosa el estado respiratorio, colaborando con el inhala terapeuta

⁵⁸ Grif Alspach JoAnn. Cuidados Intensivos en el Adulto. p. 311

para conservar los límites fijados de la ventilación así como vigilar y comunicar las cifras de la gasometría arterial.

Administración de medicamentos diuréticos como manitol, urea, glicerol (diuréticos osmóticos), furosemide o ácido etacrínico (diuréticos de asa), se trata de reducir el agua en el tejido cerebral. La responsabilidad de la enfermera incluye vigilancia atenta del estado hidroelectrolítico.

También la administración de glucocorticoides (dexametasona o metilprednisolona) pueden ayudar a controlar el edema cerebral. La responsabilidad de la enfermera es vigilar los niveles de glucosa y proteger al paciente de infecciones.

La administración de agentes paralizantes (por ejemplo pancuronio): También reduce los requerimientos metabólicos del cuerpo y se puede usar junto con otro tratamiento para mantener tranquilo al paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen vigilancia de la respuesta de Presión Intracraneana, así de administración de sedantes en pacientes despiertos para disminuir el miedo y conservar los niveles deseados de parálisis.

Es posible que la sedación con dosis intravenosas pequeñas y frecuentes de sulfato de morfina u otros fármacos sedantes ayude a controlar la presión intracraneana en enfermos agitados e intranquilos. A causa de la posibilidad de deprimir el nivel de conciencia, se aconseja vigilar la presión intracraneal. Las intervenciones de enfermería consisten en la vigilancia de los efectos del sedante sobre el nivel de conciencia y en cuanto a la presión intracraneal.⁵⁹

Intervenciones cuando el paciente es sometido a intervención quirúrgica de craneotomía:

Vigilar estrechamente las condiciones post operatorias del enfermo: La frecuencia de la valoración neurológica depende del tipo de examen que se practique y del estado del sujeto:

Si se realiza pinzamiento de carótidas: En ocasiones, se requiere valoración

⁵⁹ Grif Alspach JoAnn, Op cit.; p. 352

neurológica cada cinco minutos en tanto se mantenga pinzada la arteria.

Si se aplica pinza sobre el cuello del aneurisma será necesario prestar atención rutinaria poscraneotomía.

Si tiene un dispositivo para vigilar la presión intracraneana tomar y registrar la presión de perfusión cerebral vigilando se mantenga en límites de 20 milímetros de mercurio.⁶⁰

Evitar convulsiones; garantizar oxigenación y equilibrio electrolíticos adecuados. Por rutina, ha de administrarse medicación, anticonvulsiva profiláctica. El fármaco preferido es el difenilhidantoinato porque casi siempre proporciona acción anticonvulsiva adecuada, al tiempo que no causa somnolencia en concentraciones terapéuticas.⁶¹

Intervenciones para evitar el exceso de volumen de líquido debido al tratamiento hipérbole mico, hipertensivo y de hemodilución.

Vigilar continuamente el electrocardiograma

Valorar el estado pulmonar cada una o dos horas según lo requiera la condición del paciente

Vigilar el hematocrito cada cuatro o seis horas o según prescripción. Por lo regular, este debe mantenerse entre 30 y 35 por ciento.

Revisar continuamente la presión arterial.

Vigilar de manera constante la presión venosa central o la de la de la arteria pulmonar (Nota: la presión venosa central puede ser adecuada en sujetos menores de sesenta años de edad sin historia de enfermedad cardiopulmonar. Quienes están en riesgo o presentan signos de compromiso pulmonar necesita catéter en arteria pulmonar para vigilar los efectos del tratamiento hipertensivo hipérbole mico)

⁶⁰ Grif Alspach, JoAnn. Op cit.; p. 352

⁶¹ Brunner y Suddarth Op cit.; p. 2092

Vigilar presión intracraneal.

Vigilar electrolitos y osmolaridad según lo ordenado.⁶²

Intervenciones para evitar una infección debido a líneas invasivas y dispositivos de vigilancia y de tratamiento.

Reducir al mínimo el peligro de infección lavándose las manos con técnicas adecuadas y usando guantes para conservar la asepsia.

Usar técnicas asépticas para el manejo de líneas invasivas.

Utilizar técnicas asépticas para instalar dispositivos de vigilancia.

Enviar para cultivo secreciones y material drenado por indicación o normas rutinarias.

Retirar líneas invasivas, por orden médica, en cuanto sea posible desde el punto de vista clínico.

Cambiar líneas y sondas cada 72 horas o según las normas del hospital.⁶³

Intervenciones para reducir la trombosis venosa profunda.

Se prescriben medias elásticas de compresión hasta el muslo o botas de compresión graduadas para reducir la frecuencia de trombosis venosa profunda ocasionada por inmovilidad.

Se observan las piernas en busca de signos y síntomas de trombosis venosa profunda (dolor a la palpación, edema, aumento de temperatura, cambios de coloración, signo de Homan positivo).⁶⁴

Intervenciones para mantener un vía aérea permeable debido al nivel de conciencia reducido, al proceso patológico intracraneal, y por la depuración ineficiente de las vías aéreas por el aumento de secreciones.

⁶² Brunner y Suddarth Op cit.; P. 352

⁶³ Grif Alspach, JoAnn, Op cit.; p. 315

⁶⁴ Brunner y Suddarth, Op cit.; p. 2092

Vigilar el estado de los pulmones, valorar el estado de la función respiratoria y los ruidos adventicios según lo indiquen las condiciones del paciente.

Mantener la ventilación mecánica según indicaciones.

Realizar la succión necesaria para conservar permeables las vías respiratorias.

Mantener la presión de bióxido de carbono dentro de límites normales.

Vigilar la presión intracraneana; conservándola por debajo de 20 milímetros de mercurio.

Administrar los sedantes prescritos para mantener una ventilación adecuada.

Vigilar los niveles de pH y niveles de lactato.

Cambiar de posición al sujeto cada dos horas; ponerlo en posición para favorecer el desplazamiento de secreciones, esto es, mantener la cabecera de la cama a 30 grados.

Suministrar humidificación adecuada a las vías respiratorias por normas estándar.

Mantener una hidratación adecuada según lo prescrito.⁶⁵

⁶⁵ Grif Alspach, JoAnn. Op cit.; pp. 312-313

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

2.1 Presentación del Caso.

El señor JHG de 43 años de edad es casado y tiene tres hijos, es originario del Distrito Federal, reside en Santa Rosa, Estado de México, su casa cuenta con todos los servicios. Trabajo 22 años de militar y actualmente se dedica a realizar trabajos de plomería.

Sus antecedentes heredo familiares de importancia son:

Madre finada por Diabetes Mellitus tipo II, niega alcoholismo, tabaquismo, alergias y hemotransfusiones. Hace diez años fue intervenido quirúrgicamente de apendicectomía y hace seis años de vasectomía.

Se recibió referido de la Cruz Roja de Izcalli, porque a las 5:00 a.m. inicio con cefalea pulsátil muy intensa de localización occipital que irradiaba hacia el frontal, presento vómito y se desmayo en dicha Institución, recobro el conocimiento mostrándose desorientado en las tres esferas y no recuerda lo que paso.

Se recibió en el servicio de urgencias a las 14:40 con los siguientes signos vitales: Presión Arterial: 140/80, Frecuencia Cardiaca: 88 por min., Frecuencia Respiratoria: 19 por min., Temperatura 36 ° Centígrados, Valoración de escala de Glasgow de 6 puntos, fue revisado por los servicios de Psiquiatría y Medicina Interna encontrándose atáxico, con perdida importante de la orientación (en tiempo, espacio, persona, memoria, juicio y abstracción) con lenguaje casi incomprensible y con dificultad para dominar sus movimientos corporales. Estos servicios hicieron el diagnóstico de probable hemorragia parenquimatosa y se pidió inter consulta a Neurología.

Pasó al cuarto de choque por presentar deterioro neurológico grave: con pupilas mióticas, Valoración de escala de Glasgow de 3 puntos, extremidades con hiperreflexia izquierda.

Pasó a tomografía axial computarizada de cráneo donde se hizo el diagnóstico de Hemorragia subaracnoidea Hunt y Hes IV, por lo que se realizó angiogramía encontrándose aneurisma roto en la arteria cerebral media por lo cual paso directo a quirófano.

En Quirófano se realizó craneotomía bitemporal y clipaje de aneurisma instalándose ventriculostomía derecha y dejándose drenovac.

Se recibió en la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos a las 22 horas procedente de quirófano y se le indicaron los siguientes medicamentos:

- Nimodipino a infusión a 5 cc / hora
- Fentanyl 2 cc IV Por Razón Necesaria
- Cefuroxima 750 mg IV cada 8 horas
- Difenilhidantoina 125 mg IV cada 8 horas
- Dexametazona 8 mg IV cada 6 horas
- Ranisen 50 mg IV cada 8 horas
- Norepinefrina, Dopamina y Dobutamina infusión continua a dosis respuesta

Los resultados de estudios de rutina son:

Hemoglobina 12.17, Hematocrito 33.4 leucocitos 10. 63 Plaquetas 140000

Glucosa 163 Creatinina 1.7

Sodio 135 Potasio 6.1 Cloro 104

PH 7.27; bicarbonato 13.8; Lactato 6.6; Saturación de oxígeno 98%;

Presión de bióxido de carbono 41: lo que se traduce en una Acidosis Respiratoria

Tiempo Plastina 13" Tiempo Tromboplastina 31.3 Albúmina 3

Exploración física: Complejión robusta.

Cráneo presenta herida quirúrgica de temporal a temporal, con ventriculostomía para drenaje y toma de Presión Intracraneana, y drenovac a succión.

Por narina izquierda presentaba sonda nasogástrica a libre drenaje, drenado contenido gástrico, orointubado con tubo diámetro interno de 7.5 mm con presión en el globo endotraqueal de 22 mm mercurio conectado a ventilador mecánico.

Tórax monitorizado, línea arterial en radial izquierda, se colocó catéter venoso central en subclavia derecha, sus campos pulmonares se auscultan limpios y bien ventilados, saturando al 96% con una fracción inspirada de oxígeno al 60%,

Abdomen blando globoso, depresible con cicatriz de herida quirúrgica (apendicectomía).

Extremidades superiores pulsos periféricos presentes de buena intensidad y ritmo, extremidades inferiores pálidas e hipoperfundidas.

Genitales. Sonda tipo Foley a permanencia.

2.2 Valoración.

Patrón percepción de salud – manejo de salud

El paciente estaba bajo efectos de sedación y orointubado cuando llegó a la sala de Terapia Intensiva de Adultos no se pudo interrogar sobre este patrón. Su esposa refiere que casi nunca se enfermaba y que empezó a subir de peso cuando salió del Ejército. Casi nunca tomaba tratamientos completos ya que cuando se sentía bien dejaba de tomar los medicamentos.

Su padecimiento inició el 7 de marzo a las 5:00 con cefalea pulsátil muy intensa de localización occipital que irradia hacia la región frontal, presentó vómito y se desmayó al despertar estaba desorientado en las tres esferas y no recuerda lo que ocurrió.

Continuó su deterioro progresivamente pues para las 14:40 horas estaba con una valoración de escala de Glasgow de 6 puntos encontrándose atáxico con pérdida de orientación en tiempo, espacio, persona, memoria, juicio y abstracción.

Al recibirlo de quirófano llega posoperado de craneotomía bitemporal y clipaje de aneurisma bajo efectos de anestesia y se coloca infusión de sedación analgesia a infusión continua.

Patrón nutricional metabólico

Peso:	90 kilos
Talla:	1.69 metros
Índice de Masa Corporal:	32.2
Temperatura:	35 ° Centigrados

Se le suspendió la ingesta por vía oral y se le administraron líquidos de base con solución mixta a 125 cc / hora.

El paciente JHG come normalmente carne de puerco, leche, huevo, tortillas de maíz, salsas picantes, agua en poca cantidad y refrescos e ingiere verduras ocasionalmente.

Patrón eliminación

El señor JHG presenta evacuaciones diariamente de carácter normal y orina espontáneamente varias veces al día.

A su ingreso a la unidad presentó sonda Foley a permanencia y en la primera hora se cuantificaron 110 ml. y tiene un gasto urinario de 1.15 de características macroscópicas normales y aún no había evacuado.

Patrón actividad – ejercicio

El señor JHG se recibió con campos pulmonares limpios y ventilados, cardioraxico en límites normales, Llenado capilar de 2 segundos.

Don JHG es una persona sedentaria, refiere su esposa que después de salirse del Ejercito Mexicano, ya no hacia ejercicio y empezó a engordar. Su capacidad funcional se encuentra a su ingreso a esta unidad en Nivel III (requiere de ayuda de otra persona, equipo o dispositivo).

Con los siguientes Signos Vitales:

frecuencia cardiaca 77 por minuto; ritmo sinusal; presión arterial 124/66 (85), 35 ° Centígrados, ventilándose con resucitador manual, y se instala ventilador 7200 en modo controlado (CMV) con control presión; frecuencia respiratoria 18 por minuto; volumen corriente de 700 mililitros; saturando al 98% con una fracción inspirada de oxígeno del 60%; con presión positiva al final de la expiración (PEEP) de 5 cm de agua.

Neurológicamente se recibe con un Ramsay de 6 puntos, pupilas isocóricas de 2+ / 2+; presión intracraneana de 22 mm Hg. con curva ensanchada.

Patrón sueño – descanso

Generalmente el señor JHG duerme de 6 a 8 horas, a su ingreso a la unidad se encuentra bajo efectos de anestesia y se le aplica sedación con fentanyl.

Patrón cognitivo – perceptual

El paciente no utiliza prótesis auditivas, ni oftálmicas.

Refiere su esposa que es muy listo y nunca tuvo dificultades para aprender las cosas.

En el momento de la valoración se encuentra bajo efectos de sedación con Ramsay de 6 puntos.

No es valorable el dolor por los efectos de la sedación.

Patrón autopercepción – autoconcepto

Lo consideran una persona trabajadora, responsable, pues nunca le ha faltado nada. Refiere su esposa que es de carácter afable.

Patrón rol – relaciones

Su familia esta integrada por tres hijos (2 hombres y 1 mujer) y su esposa. Todos viven juntos, todos sus hijos son solteros. Su familia refiere que llevan una relación óptima.

Toda la familia esta preocupada por el estado de salud del señor JHG y su esposa e hijos dicen que se sienten muy tristes y expresan que si pierden a su familiar van a sufrir mucho por que todos lo quieren y necesitan mucho.

Patrón sexualidad y reproducción

No fue posible interrogarlo sobre este patrón, solo se sabe que tiene tres hijos y que se realizo la vasectomía seis años.

Patrón adaptación y tolerancia al stress.

La esposa refiere que se preocupa demasiado, y que siempre esta dispuesto a ayudarle en todo a su familia.

Patrón valores y creencias

La esposa del JHG dice que es católico, pero que asiste a la iglesia de vez en cuando, y es muy devoto a la Virgen de Guadalupe.

2.2 Diagnósticos de Enfermería.

Problema Interdependiente: Hipertensión Intracraneana

A) Capacidad adaptativa intracraneal disminuida R/C hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal M/P en el postoperatorio, pupilas isocóricas de 2 mm y presión intracraneana de 22 mm de mercurio de curva ensanchada con hipotensión 124/60 (con presión media de 85.)

B) Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio, ventilación, perfusión (se encuentra bajo efectos de anestesia, orointubado y será necesario mantenerlo sedado para evitar el aumento de la presión intracraneana) M/P Acidosis Respiratoria (gases arteriales anormales PH de 7.27, Bicarbonato de 13.8, presión de bióxido de carbono de 41)

C) Alto riesgo de infección relacionado con las líneas invasivas y herida quirúrgica.

D) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física y por obesidad.

E) Duelo anticipado relacionado con la enfermedad súbita de su esposo y padre manifestado con tristeza y expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial.

2.3 Planeación, Ejecución y Evaluación de las intervenciones de Enfermería.

Diagnóstico.

Problema Interdependiente: Hipertensión Intracraneana

A) Capacidad adaptativa intracraneal disminuida R/C hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal M/P en el postoperatorio, pupilas isocóricas de 2 mm y presión intracraneana de 22 mm de mercurio de curva ensanchada con hipotensión 124/60 (con presión media de 85.)

Objetivo.

Que el señor JCHG mantenga una Presión intracraneana por debajo de 20mm de Hg (para poder proporcionar una perfusión cerebral arriba de 90 mm de Hg), mejorando la hipotensión y la hiper intracraneal durante el 1er turno.

Intervenciones de enfermería.

Monitoreo continuo de signos vitales y valoración neurológica por la escala de Ramsay.

- Toma de signos vitales cada hora
- Valoración por escala de Ramsay

Fundamentación

El valorar los signos vitales de manera constante en el paciente post operado de craneotomía; en especial la presión arterial, permite facilitar el riego cerebral y evita hipertensión que puede causa apoplejía o una nueva hemorragia.

- La valoración del Ramsay permite evaluar la respuesta neurológica del paciente bajo efectos de sedación.

Intervenciones de enfermería.

Medir la Presión intracraneana en forma horaria

Fundamentación

La Presión intracraneana debe ser monitorizada por el alto riesgo que existe de que aumente y de lugar a compresión del tejido cerebral.

Intervenciones de enfermería.

Calibrar el transductor de la PIC llevándolo a cero a través del sistema colocado directamente en ventrículo derecho durante la cirugía.

- Mantener el transductor a nivel del meato auditivo externo.
- Registrar y comunicar los cambios en la forma de la onda y las elevaciones de la PIC
- Mantener el sistema cerrado de ventriculostomía

Fundamentación

La Presión intracraneana se mide por procedimiento transcutáneo directo utilizando un sensor, transductor y un monitor, para valorar la irrigación cerebral y manteniéndolo calibrado evita medidas falsas que alteren el tratamiento del paciente.

El nivel del meato auditivo externo se aproxima a los ventrículos laterales permitiendo lecturas verídicas y evitando drenaje o acumulación de líquido que aumente o baje la presión intracraneana.

El ensanchamiento de la onda de la presión intracraneana así como el alza de la misma, disminuyen el riego cerebral llevando a hipoxia y muerte neuronal.

El riesgo de infección a nivel cerebral por medios invasivos se evita utilizando sistemas cerrados intracerebrales.

Intervenciones de enfermería.

Favorecer el retorno venoso cerebral

Elevar la cabecera de la cama a 30° manteniendo la cabeza y cuello alineados

Fundamentación

La posición semifowler a 30° favorece una irrigación cerebral evita la herniación y compresión del tallo cerebral.

Intervenciones de enfermería.

Aspiración de secreciones limitando la succión a 15 segundos con sistema cerrado previa aplicación de xilocaina endotraqueal, hiperventilación e hiper oxigenación.

Fundamentación

En el paciente neurológico se reducen las alteraciones de gases y se evita el aumento de la presión intracraneana realizando el procedimiento de aspiración durante 15 segundos previa hiper oxigenación e hiperventilación

Intervenciones de enfermería.

Aplicación de inotrópicos a infusión, esteroides y sedación según indicación medica.

- Dopamina 400 mg. En S.G. 5% 240 cc a 10 cc/hr.
- Dobutamina 500 mg. En S.G.5% 240 cc a 8 cc/hr.
- Norepinefrina 8 mg. En S.G. 5% 240 cc a 4 cc/hr
- Dexametazona 8 mg. I.V. cada 6 horas
- Fentanyl 2 cc I.V. por razón necesaria

Fundamentación

Dopamina catecolamina, cardiotónico e inotrópico que esta indicado para el manejo de la hipotensión inducida por anestésicos generales.

Dobutamina cardiotónico no digitálico con acción principal en receptores beta indicado para elevar la presión arterial sistémica.

Norepinefrina neurotransmisor simpático con potentes efectos inotrópicos, activa los receptores alfa y beta adrenérgicos, miocárdicos y vasculares

ayudando a la perfusión cerebral.

Dexametasona esteroide que disminuye el edema cerebral vasogénico producido en el postoperatorio inmediato.

Fentanyl es un analgésico narcótico que nos ayuda a mantener sin dolor y sedado al paciente para disminuir la actividad cerebral.

Evaluación

Al 2do día fue posible mantener al señor JCHG con una presión intracraneana de 20 mm de mercurio y su presión arterial se mantuvo a una máxima en 130/80.

Al 4to. Día mejoro la hipotensión y se mantuvo una presión intracraneana entre 18 y 19 mm de mercurio.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio, ventilación, perfusión (se encuentra bajo efectos de anestesia, orointubado y será necesario mantenerlo sedado para evitar el aumento de la presión intracraneana) M/P acidosis respiratoria (gases arteriales anormales pH de 7.27, bicarbonato de 13.8, presión de bióxido de carbono de 41)

OBJETIVO

Que el señor JCHG mantenga un intercambio gaseoso en límites normales durante la jornada de trabajo.

Intervenciones de enfermería.

Monitoreo de signos vitales

Fundamentación

El riesgo de alteraciones respiratorias en el paciente neurológico en el postoperatorio inmediato es elevado debido a la anestesia general y a la manipulación cerebral.

Intervenciones de enfermería.

Vigilancia de la ventilación mecánica según indicaciones médicas.

Fundamentación

El desequilibrio de la ventilación y la perfusión alveolar relacionado con la incapacidad para remover el dióxido de carbono se disminuye mediante el soporte ventilatorio en forma temprana y oportuna.

Intervenciones de enfermería.

Valorar el estado pulmonar del paciente cada dos horas mediante la auscultación y comparación bilateral de ambos pulmones.

Fundamentación

El paciente con disfunción neurológica y sometido a intervención quirúrgica tiene un alto índice de desarrollar complicaciones respiratorias debido a la inmovilidad y a la restricción o exceso de líquidos parenterales.

Intervenciones de enfermería.

Proporcionar tratamiento de fisioterapia pulmonar (masajes con vibrador a baja potencia).

Fundamentación

El equipo de salud (medico, enfermera, inhaloterapeuta) son los encargados de proporcionar tratamiento de fisioterapia pulmonar preventivo para mejora la oxigenación y mantener una buena perfusión cerebral.

Intervenciones de enfermería.

Mantener la vía aérea permeable

- Aspiración gentil durante 15 segundos con sistema cerrado de aspiración.
- Después de que se toma la radiografía de tórax y se comprueba, que el tubo se encuentra en la bifurcación traqueal se mediará la parte que protuye del

tubo a partir de los dientes y se dejara a la vista del personal para que se mantenga siempre en la misma posición.

Fundamentación

El sistema cerrado de aspiración permite aspirar al paciente mientras es ventilado manteniendo una técnica aséptica pulmonar disminuyendo el riesgo de infección.

Un problema frecuente con los pacientes intubados es el deslizamiento o la introducción del tubo lo que redundará en una mala ventilación pulmonar.

Intervenciones de enfermería.

Toma y registro de Gasometría arterial por razón necesaria o indicación médica.

- Para vigilar niveles de presión de bióxido de carbono, pH y niveles de lactato.

Fundamentación

La gasometría arterial nos permite vigilar al paciente con alteraciones de equilibrio ácido básico, hipoxemia, oxigenoterapia y contribuye al manejo del paciente con apoyo ventilatorio.

Intervenciones de enfermería.

Administrar sedantes prescritos para obtener una ventilación adecuada.
Fentanyl 2 cc intravenoso por razón necesaria

Fundamentación

La sedación en el paciente neurológico con apoyo de ventilación mecánica es de vital importancia ya que permite un acoplamiento ventilatorio y disminuye el riesgo de alteraciones hipoxémicas.

Fentanyl es un analgésico narcótico que nos ayuda a mantener sin dolor y sedado al paciente para disminuir la actividad cerebral.

EVALUACIÓN

Al 2do día el señor JCHG mejora su intercambio gaseoso resolviéndose la alteración gasométrica (acidosis respiratoria).

Al 4to día el señor JCHG presenta abundantes secreciones por boca pero sus campos pulmonares se encuentran limpios y ventilados y la gasometría arterial se encuentra normal.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Alto riesgo de infección relacionado con las líneas invasivas y herida quirúrgica.

OBJETIVO

Que el señor JCHG no presente datos de infección en las líneas invasivas, dispositivos terapéuticos y herida quirúrgica durante su estancia en la UTIA.

Intervenciones de enfermería.

Lavarse las manos antes y después de realizarle algún procedimiento al paciente.

Fundamentación

El lavado de manos es la técnica de limpieza más sencilla y permite proteger al paciente de infecciones cruzadas.

Intervenciones de enfermería.

Monitoreo de signos vitales

- Tomar, graficar y valorar la temperatura
- Manejo con técnica estéril de líneas invasivas.

Fundamentación

La hipotermia y taquicardia son signos patológicos que sugieren infección tardíamente

Intervenciones de enfermería.

Curación de catéter venoso central cada 72 horas

- Lavar con solución antiséptica de jabón
- Limpiar con agua estéril o bidestilada

Secar perfectamente, colocando en la entrada del catéter parche antibacterial y después aplicar aposito auto adherible transparente que permita observar signos de infección.

Fundamentación

La cateterización venosa central promueve un acceso intravenoso transitorio pero es una vía de entrada de bacterias al torrente sanguíneo por lo que exige mínima manipulación y cuidado escrupuloso

Intervenciones de enfermería.

Proporcionar con técnica estéril los cuidados a la línea arterial.

- Que se instale con técnica estéril
- Que se fije y se mantenga a la vista
- Evaluar cada hora la perfusión en la mano
- Vigilar la permeabilidad irrigando constantemente con solución heparinizada la línea arterial.
- Vigilar la circulación distal, pasando 2 a 4 ml de solución cada 2 horas
- Retirar lo antes posible (72 horas como mínimo).

Fundamentación

La línea arterial es una vía de entrada directa a la circulación de sangre oxigenada que nos permite la toma de muestras sanguíneas.

La monitorización de la presión intracraneana; sin embargo es un medio excelente para la entrada de bacterias por vía directa a todo el organismo por lo que su estricto manejo debe ser con técnica estéril.

Intervenciones de enfermería.

Catéter para medir Presión intracraneana.

- Curación con técnica aséptica
- Mantener sistema cerrado
- Mantener drenaje y transductor a nivel del meato auditivo externo.

Fundamentación

La monitorización de la presión intracraneal es de vital importancia ya que permite controlar la eficacia de la terapéutica antiedema cerebral.

Intervenciones de enfermería.

Mantener sonda nasogástrica permeable para vigilancia y descompresión gástrica:

- Cambiarla de narina cada 8 días.
- Colocar sonda nasoyuvenal a los 16 días.

Fundamentación

Mediante la instalación de la sonda nasogástrica se valora la función gastrointestinal y nos permite proporcionar una alimentación enteral temprana disminuyendo el riesgo de úlceras por estrés

Intervenciones de enfermería.

Mantener sonda vesical para drenaje urinario:

- Aplicarla con gel lubricante que contenga yodopovidona pues disminuye la inoculación de bacterias durante la cateterización.
- Realizar aseo de uretra con técnica estéril.

- Cambiar sonda vesical a los 15 días por una sonda de silastic.

Fundamentación

La infección es la complicación número uno del cateterismo vesical sobre todo del paciente en estado crítico y la mortalidad aumenta hasta 3 veces ya que esta se disemina rápidamente siendo nuestra obligación el manejarla con técnica estéril.

Intervenciones de enfermería.

Curación diaria de la herida quirúrgica con técnica aséptica

Fundamentación

La curación de las heridas quirúrgicas permite disminuir el riesgo de infección así como valorar la presencia oportuna de datos de infección.

Intervenciones de enfermería.

Manejo de ventilación mecánica y aspiración de secreciones con técnica aséptica:

- Cambio de circuito ventilatorio y de cascada cada 24 horas.
- Cambio de sistema cerrado de aspiración cada 8 horas.
- Mantener la humidificación mediante filtros y agua estéril en el humidificador de ventilador mecánico.

Fundamentación

La ventilación mecánica se considera un método antifisiológico invasivo de las vías respiratorias, sin embargo, es el mejor método para mantener la vía aérea permeable por medio de la aspiración de secreciones.

Intervenciones de enfermería.

Aplicación de antibióticos según indicación médica

Fundamentación

Los antibióticos profilácticos proporcionan un rango de protección al paciente multiinvadido.

Intervenciones de enfermería.

Al retirar líneas invasivas enviar cultivos de estas con antiibiograma.

Fundamentación

Los cultivos con antibiograma nos proporcionan una guía directa para administrar el antibiótico adecuado según al que sea sensible el microorganismo detectado en el examen.

Intervenciones de enfermería.

Durante la visita de familiares instruirlos sobre las medidas de asepsia.

Aplicación de antibiótico indicado cefuroxima 750 mg. Intravenoso cada 8 horas.

Fundamentación

Las medidas de protección al paciente evita iatrogenias.

EVALUACIÓN

Al 2do día durante el turno se proporcionaron los cuidados y no se observan datos de infección.

Al 4to día se siguen conservando sin datos de infección.

DIAGNÓSTICO

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física y por obesidad

OBJETIVO

Que el señor JCHG no presente deterioro de la integridad cutánea durante su

estancia en la unidad.

Intervenciones de enfermería.

Mantener al paciente sobre el colchón de agua

Fundamentación

Los colchones de agua permiten mantener al paciente en una superficie blanda donde es posible proporcionar masaje por movimiento evitando las lesiones por presión de prominencias óseas.

Intervenciones de enfermería.

Realizar movimientos cada 2 horas al colchón de agua.

Se proporcionara limpieza y lubricación a la piel por razón necesaria.

Fundamentación

El movimiento oscilatorio permite brindar masaje al paciente en la parte posterior del cuerpo proporcionando masaje para evitar la formación de escaras por presión.

El mantener la piel limpia y lubricada proporciona un aspecto agradable a la vista y disminuye el riesgo de lesiones cutáneas.

Intervenciones de enfermería.

Se mantendrá su cama limpia, seca y sin arrugas

Fundamentación

Una cama limpia, seca y sin arrugas evita lesiones de contacto pues permite una buena circulación periférica.

Intervenciones de enfermería.

Al cambiarlo de ropa de cama proporcionar masaje en prominencias óseas.

Fundamentación

El masaje corporal proporciona relación muscular y mantiene la circulación periférica evitando las lesiones cutáneas al paciente en reposo prolongado.

Intervenciones de enfermería.

Mantener en posición anatómica los miembros superiores e inferiores para evitar que las prominencias óseas ejerzan presión sobre la piel.

Fundamentación

Con la posición anatómica del cuerpo humano mantiene las estructuras sin deformidades y se disminuye la presión por contacto.

Intervenciones de enfermería.

Proporcionar cambios de posición en bloque.

Fundamentación

Al paciente con lesiones neurológicas se le deberán proporcionar cambios de posición en bloque con el fin de evitar aumento de la presión intracraneana y permitir una circulación adecuada.

EVALUACIÓN

Al 2do día durante el turno se brindaron los cuidados y por el momento la integridad cutánea se mantiene intacta.

Al cuarto día se continúa manteniendo la integridad cutánea.

DIAGNÓSTICO

Duelo anticipado de la familia R/C en la enfermedad súbita de su esposo y padre M/P con tristeza y expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial

OBJETIVO

Que la familia del señor JCHG exprese sus sentimientos con los grupos de

apoyo (familiares, amigos y/o equipo de salud)

Intervenciones de enfermería.

Proporcionar apoyo psicológico durante las horas de visita

a) Crear un ambiente de confianza, presentándonos con la familia

a) Animar a los familiares para que hable con su paciente

Fundamentación

- El brindar apoyo psicológico es una actividad de enfermería que permite dar seguridad a la familia y también permite una relación de confianza enfermera- paciente
- Cuando la familia conoce al personal que cuida a su paciente se siente segura al dejarlo con personas que se preocupan por ellos.

Intervenciones de enfermería.

Dar a la familia oportunidad para que exprese sus sentimientos, comente sobre la posible pérdida y analice el significado de la misma. Fomentar la cohesión de la familia para que se mantengan unidos y se ayuden mutuamente.

a) Reforzar las creencias religiosas de la familia.

Fundamentación

Esta comprobado que el paciente inconsciente o bajo efectos de sedación escucha, ya que el oído es el ultimo sentido que se pierde explicándoles que aunque el no puede contestarles les escucha.

Intervenciones de enfermería.

Basar el concepto de esperanza en:

a) La aportación de información exacta

b) Resistir la tentación de darles falsas esperanzas

c) Estar dispuesto a examinar las preocupaciones.

Fundamentación

Las conversaciones abiertas ayudan a los familiar a prepararse para afrontar la situación y aceptarla disminuyendo la angustia.

-Una familia unida afronta mejor las situaciones críticas por medio del apoyo de mutuo de todos sus integrantes.

-La importancia de las creencias religiosas eleva la seguridad del individuo en situaciones de tensión e incertidumbre.

Intervenciones de enfermería.

Favorecer el proceso del duelo en todas las respuestas a este.

-Aislamiento: Ofrecer al familiar la oportunidad de expresar sus sentimientos escuchándolo

a) Depresión: Fomentar la valoración de la persona a través del refuerzo positivo

b) Enojo: Permitir el llanto, proporcionar apoyo compartiendo la preocupación del familiar. Culpa: Permitir el llanto, la expresión de sus sentimientos y analizar la situación para deslindar culpas

c) Temor: Ayudar a que reconozcan este sentimiento

d) Rechazo: Permitir la expresión verbal para bajar la tensión emocional

e) Aceptación ser veraces y no dar falsas esperanzas

-El brindar apoyo psicológico es una actividad de enfermería que permite dar seguridad a la familia y también permite una relación de confianza enfermera-paciente

Fundamentación

El hablar con la verdad acerca de la situación por la que se está atravesando el paciente evita crear conflictos entre el equipo de salud y la familia.

La aceptación de la pérdida de un ser querido implica el atravesar por una serie de etapas que son manifestadas por diversos comportamientos emocionales en el individuo.

La enfermera deberá saber como ayudar a enfrentar cada una de estas etapas.

EVALUACIÓN

Al segundo día la familia me expresó sus sentimientos, me comentan que sus familiares y amigos del señor JCHC los han estado ayudando, se encuentran todavía en esta etapa de negación.

Al cuarto día la familia se encuentra en la etapa de depresión y se inician actividades para que la superen.

CONCLUSIONES

Los objetivos planteados en el Proceso Atención de Enfermería para el paciente JCHC se cumplieron, fue dado de alta de la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos, a la sala de Medicina de Hombres para continuar con su tratamiento de antibióticos, anticonvulsivantes y protectores de la mucosa gástrica, inicio la vía oral con dieta líquida tolerándola sin problemas, le retiraron las sondas nasogástrica y la tipo Foley que tenía a permanencia, también empezó a asistir a Medicina Física y Rehabilitación para realizar ejercicios de recuperación de tono muscular, su familia siguió apoyándolo hasta que fue dado de alta del hospital.

El haber elaborado el presente Proceso Atención de Enfermería fue una enseñanza completa para mí, me deja un buen sabor de boca ya que es muy satisfactorio ver que nuestros pacientes salen adelante por la dedicación y atención que se les brinda oportunamente y esto lo logramos estando preparados y convencidos de elaborar procesos para brindar una atención de enfermería de calidad.

Los profesionales de enfermería debemos tener por escrito lo que realizamos a nuestros pacientes con la finalidad de hacer crecer a nuestra profesión pues lo escrito perdura y las palabras se las lleva el viento.

SUGERENCIAS

El Proceso Atención de Enfermería es una guía excelente que garantiza proporcionar una atención de enfermería de calidad; pues planifica los cuidados de enfermería, personalizados y cubre todas las necesidades de cada paciente ya que cada persona responde de manera distinta a las afecciones patológicas. Es recomendable su elaboración para hacer que nuestra profesión crezca día a día pues recordemos que lo que no esta escrito no esta hecho.

Durante la elaboración del presente trabajo tuve muchas dudas las cuales se fueron aclarando poco a poco, es difícil empezar un proyecto y sobre todo cuando no tenemos la experiencia de plasmar nuestro trabajo por escrito, pero es sorprendente ver que tenemos los conocimientos y que solo es cuestión de dedicarnos un tiempo para escribirlo, pero es muy satisfactorio lograr los objetivos propuestos y tener en nuestras manos un documento que lo demuestre. Y sobre todo ver que vuelve a la vida socialmente activa un paciente.

GLOSARIO:

ANAMNESIS: Recapitulación de todos los datos anteriores personales y familiares de un paciente a la enfermedad actual.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION: Asociación de Enfermeras Americanas.

ATAXICO: Falta o irregularidad de la coordinación, especialmente de los movimientos musculares sin debilidad o espasmos de estos.

CISURA: Hendidura, canal o surco especialmente los cerebrales.

ESCALA DE RAMSAY: Medio para valorar el nivel de sedación o depresión cerebral inducido por la aplicación de medicamentos.

FUNDUS: Fondo

FUSIFORMES: Que tiene forma de uso.

HIPERREFLEXIA: Exageración de los reflejos.

HIPONATREMIA: Deficiencia de sales de sodio en sangre.

MANIOBRA DE VALSALVA: Insuflación de la trompa de Eustaquio y la caja timpánica mediante la espiración forzada con la boca y nariz cerrada.

MENSURABLES: Que puede ser medido.

PATRON: Configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial al transcurso del tiempo.

POLIGONO DE WILLIS: Anastomosis heptagonal de las arterias cerebrales.

TAXONOMIA: Disciplina que trata de los principios de la clasificación de los seres vivos.

TIPOLOGIA DE LOS PATRONES FUNCIONALES: Es un proceso intencionado basado en un plan para recoger y organizar la información mediante la valoración sistemática y premeditada del profesional de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alspach JoAnn Grif. Cuidados Intensivos en el Adulto, McGraw–Hill, Cuarta edición. México 1993, pp 834.

Benavent Amparo. Fundamentos de Enfermería, Editorial DAE Barcelona España,

Gutiérrez Lizardi Pedro. Procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos, McGraw–Hill. Segunda edición. México, julio 2002, Páginas 796.

Gordon Marjory Diagnostico Enfermero Proceso y Aplicación. Mosby/Doyma Libros. Tercera edición. México, pp 457

Guyton – Hall, Tratado de Fisiología Médica, Editorial McGraw–Hill, Novena edición, pp 1281.

Hall Jesse B., Schmidt Gregory A., Wood Lawrence D. H., Manual de Cuidados Intensivos, McGraw-Hill Interamericana, Segunda edición. México, pp 1123.

Harrison. Principios de Medicina Interna. Volumen II, Editorial Interamericana McGraw-Hill, Tercera Edición.

Iyer P. Taptich B .L. Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería. Editorial McGraw-Hill Interamericana, Tercera Edición, España

James M. Rippe, Manual de Cuidados Intensivos, Editorial Salvat, Segunda edición, pp 346

NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003–2004. Edición 2004. pp 287.

Nordmark Madelyn T. Rohweder Anne W. Bases Científicas de la Enfermería. Manual Moderno, Tercera edición. México 1996, Páginas 712.

Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. Editorial McGraw-Hill Interamericana, México 1993.

Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. Editorial McGraw-Hill Interamericana, México 1996.

Quiroz Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana. Editorial Porrúa, Tercera edición, Tomo II México 1999, pp 345.

Sholtis Runner, Lilian y Smith Suddarth, Doris. Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial Interamericana Paginas 2556.

DIVERSAS FUENTES INFORMATIVAS:

Información de Torner and Coworkers, Investigación y Desarrollo BAYER.

Investigación y desarrollo Bayer. Escalas neurológicas pagina 2.

JNC-7º. Informe. (Séptimo Informe del Joint Nacional Comité de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.

Imagen de <http://www.anatomia.tripoid.com>

[http://www.vam.es/departamento de medicina](http://www.vam.es/departamento%20de%20medicina)

<http://tratado.uninet.ed/c120203.htm1>.

ANEXO

DIAGNOSTICO

Problema Interdependiente: Hipertensión Intracraneana

Capacidad adaptativa intracraneal disminuida R/C hipotensión sistémica con hipertensión intracraneal M/P en el postoperatorio, pupilas isocóricas de 2 mm y presión intracraneana de 22 mm de mercurio de curva ensanchada con hipotensión 124/60.

OBJETIVO

Que el señor JCHG mantenga una PIC por debajo de 20mm de Hg (para poder proporcionar una perfusion cerebral arriba de 90 mm de Hg), mejorando la hipotensión y la hiper intracraneal durante el 1er turno.

ACTIVIDADES	BASE CIENTIFICA
<p>1. Monitoreo continuo de signos vitales y valoración neurológica por la escala de Ramsay.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma de signos vitales cada hora <ul style="list-style-type: none"> - Valoración por escala de Ramsay <p>2. Medir la PIC en forma horaria</p> <p>3. Calibrar el transductor de la PIC llevándolo a cero a través del sistema colocado directamente en ventrículo derecho durante la cirugía. - Mantener el transductor a nivel del meato auditivo externo. - Registrar y comunicar los cambios en la forma de la onda y las elevaciones de la PIC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener el sistema cerrado de ventriculostomía <p>4. Favorecer el retorno venoso cerebral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elevar la cabecera de la cama a 30º manteniendo la cabeza y cuello alineados <p>5. Aspiración de secreciones limitando la succión a 15 segundos con sistema cerrado previa aplicación de xilocaína endotraqueal, hiperventilación e hiper oxigenación</p> <p>6. Aplicación de inotrópicos a infusión, esteroides y sedación según indicación medica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dopamina 400 mg. En S.G.5% 240cca 10cc/hr. - Dobutamina 500 mg. En S.G.5% 240cc a 8cc/hr. - Norepinefrina 8 mg. En S.G.5% 240cc a 4cc/hr - Dexametazona 8 mg. I.V. cada 6 horas - Fentanyl 2 cc I.V. por razón necesaria 	<p>1. El valorar los signos vitales de manera constante en el paciente PO de craneotomía; en especial la presión arterial, permite facilitar el riego cerebral y evita hipertensión que puede causa apoplejía o una nueva hemorragia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La valoración del Ramsay permite evaluar la respuesta neurológica del paciente bajo efectos de sedación. <p>2. La PIC debe ser monitorizada por el alto riesgo que existe de que aumente y de lugar a compresión del tejido cerebral.</p> <p>3. La PIC se mide por procedimiento transcutáneo directo utilizando un censor, transductor y un monitor, para valorar la irrigación cerebral y manteniéndolo calibrado evita medidas falsas que alteren el tratamiento del paciente. - El nivel del meato auditivo externo se aproxima a los ventrículos laterales permitiendo lecturas verídicas y evitando drenaje o acumulación de líquido que aumente o baje la PIC - El ensanchamiento de la onda de la PIC así como el alza de la misma, disminuyen el riego cerebral llevando a hipoxia y muerte neuronal.- El riesgo de infección a nivel cerebral por medios invasivos se evita utilizando sistemas cerrados intracerebrales.</p> <p>4. La posición semifowler a 30º favorece una irrigación cerebral evita la herniación y compresión del tallo cerebral.</p> <p>5. En el paciente neurológico se reducen las alteraciones de gases y se evita el aumento de la PIC realizando el procedimiento de aspiración durante 15 seg previa hiper oxigenación e hiperventilación</p> <p>6. Catecolamina, cardiotónico e inotrópico que esta indicado para el manejo de la hipotensión inducida por anestésicos generales.- Cardiotónico no digitálico con acción principal en receptores beta indicado para elevar la presión arterial sistémica - Neurotransmisor simpático con potentes efectos inotrópicos, activa los receptores alfa y beta adrenérgicos, miocárdicos y vasculares ayudando a la perfusión cerebral.- Dexametazona esteroide que disminuye el edema cerebral vasogénico producido en el postoperatorio Inmediato. Es un analgésico narcótico que</p>

	nos ayuda a mantener sin dolor y sedado al paciente para disminuir la actividad cerebral.
--	---

EVALUACIÓN

Al 2do día fue posible mantener al señor JCHG con una PIC de 20 mm de Hg y su presión arterial se mantuvo a una máxima en 130/80

Al 4to. Día mejoro la hipotensión y se mantuvo una PIC entre 18 y 19 mm de Hg

DIAGNOSTICO

Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio, ventilación, perfusión (se encuentra bajo efectos de anestesia, orointubado y será necesario mantenerlo sedado para evitar el aumento de la presión intracraneana) M/P Acidosis Respiratoria (gases arteriales anormales PH de 7.27, Bicarbonato de 13.8, Presión de Bióxido de carbono de 41)

OBJETIVO

Que el señor JCHG mantenga un intercambio gaseoso en límites normales durante la jornada de trabajo.

EVALUACIÓN

ACTIVIDADES	BASE CIENTIFICA
1. Monitoreo de signos vitales 2. Vigilancia de la ventilación mecánica según indicaciones médicas. 3. Valorar el estado pulmonar del paciente cada dos horas mediante la auscultación y comparación bilateral de ambos pulmones. 4. Proporcionar tratamiento de fisioterapia pulmonar - Proporcionar masajes con vibrador a baja potencia. 5. Mantener al vía aérea permeable - Aspiración gentil durante 15 seg con sistema cerrado de aspiración - Después de que se toma la Rx de tórax y se comprueba, que el tubo se encuentra en la bifurcación traqueal se mediará la parte que protuye del tubo a partir de los dientes y se dejara a la vista del personal par que se mantenga siempre en la misma posición. 6. Toma y registro de Gasometría arterial por razón necesaria o indicación medica. - Para vigilar niveles de PaCO ₂ , PH y niveles de lactato. . 7. Administrar sedantes prescritos para obtener una ventilación adecuada.	1. El riesgo de alteraciones respiratorias en el paciente neurológico en el postoperatorio inmediato es elevado debido a la anestesia general y a la manipulación cerebral. 2. El desequilibrio de la ventilación y la perfusion alveolar relacionado con la incapacidad para remover el dióxido de carbono se disminuye mediante el soporte ventilatorio en forma temprana y oportuna. 3. El paciente con disfunción neurológica y sometido a IQ tiene un alto índice de desarrollar complicaciones respiratorias debido a la inmovilidad y a la restricción o exceso de líquidos parenterales. 4. El equipo de salud (medico, enfermera, inhaloterapista) son los encargados de proporcionar tratamiento de fisioterapia pulmonar preventivo para mejora la oxigenación y mantener una buena perfusión cerebral. 5. El sistema cerrado de aspiración permite aspirar al paciente mientras es ventilado manteniendo una tecnica aséptica pulmonar disminuyendo el riesgo de infección. Un problema frecuente con los pacientes intubados es el deslizamiento o la introducción del tubo lo que redundará en una mala ventilación pulmonar. 6. La gasometría arterial nos permite vigilar al paciente con alteraciones de equilibrio ácido básico, hipoxemia, oxigenoterapia y contribuye al manejo del paciente con apoyo ventilatorio. 7. La sedación en el paciente neurológico con apoyo de ventilación mecánica es de vital importancia ya que permite un acoplamiento ventilatorio y disminuye el riesgo de alteraciones hipoxémicas.

EVALUACIÓN

Al 2do día el señor JCHG mejora su intercambio gaseoso resolviéndose la alteración gasométrica.

Al 4to. Día el señor JCHG presenta abundantes secreciones por boca pero sus campos pulmonares se encuentran limpios y ventilados y GA se encuentra normal.

DIAGNOSTICO

Alto riesgo de infección relacionado con las líneas invasivas y herida quirúrgica.

OBJETIVO

Que el señor JCHG no presente datos de infección en las líneas invasivas, dispositivos terapéuticos Y herida quirúrgica durante su estancia en la UTIA

ACTIVIDADES	BASE CIENTIFICA
<p>1. Lavarse las manos antes y después de realizarle algún procedimiento al PTE.</p> <p>2. Monitoreo de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar, graficar y valorar los signos vitales - Manejo con técnica estéril de líneas invasivas. <p>3. Curación de CVC cada 72 hrs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar con solución isodine espuma - Limpiar con alcohol <p>Secar perfectamente, colocando en la entrada del catéter parche antibacterial y después aplicar aposito auto adherible transparente.</p> <p>4. Proporcionar con técnica estéril los cuidados a la línea arterial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que se instale con técnica estéril - Que se fije y se mantenga a la vista - Evaluar cada hora la perfusión en la mano - Vigilar la permeabilidad irrigando constantote heparinizada - Vigilar la circulación distal, pasando 2 a 4 ml de solución cada 2 horas - Retirar lo antes posible (72 hrs) <p>5. Catéter para medir PIC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curación con técnica aséptica - Mantener sistema cerrado - Mantener drenaje y transductor a nivel del meato auditivo externo. <p>6. Mantener sonda nasogástrica permeable para vigilancia y descompresión gástrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cambiarla de narina cada 8 días. - colocar sonda nasoyuena a los 16 días. <p>7. Mantener sonda vesical para drenaje urinario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aplicarla con gel lubricante que contenga yodopovidona pues disminuye la inoculación de bacterias durante la cateterización. - realizar aseo de uretra con técnica estéril PRN. - cambiar sonda vesical a los 15 días por una sonda de silastic. <p>8. Curación diaria de la herida quirúrgica con técnica aséptica</p> <p>9. Manejo de ventilación mecánica y aspiración de secreciones con técnica aséptica :- cambio de circuito ventilatorio y de cascada cada 24 horas.- cambio de sistema cerrado de aspiración cada 8 horas.- mantener la humidificación mediante filtros y agua estéril en el humidificador de ventilador mecánico.</p> <p>10. Aplicación de antibióticos según indicación medica</p> <p>11. Al retirar líneas invasivas enviar cultivos de estas con antiibiograma.</p> <p>12. Durante la visita de familiares instruirlos sobre las medidas de asepsia</p>	<p>1. El lavado de manos es la técnica de limpieza masa sencilla y permite proteger al paciente de infecciones cruzadas.</p> <p>2. La hipotermia y taquicardia son signos patológicos que sugieren infección tardíamente</p> <p>3. La cateterización venosa central promueve un acceso intravenoso transitorio pero es una vía de entrada de bacteria al torrente sanguíneo por lo que exige mínima manipulación y cuidado escrupuloso</p> <p>4. La línea arterial es una vía de entrada directa a la circulación de sangre oxigenada que nos permite la toma de muestras sanguíneas la monitorización de la PI; sin embargo es un medio excelente para la entrada de bacteria con vía directa a todo el organismo por lo que su estricto manejo debe ser con técnica estéril.</p> <p>5. La monitorización de la presión intracraneal es de vital importancia ya que permite controlar la eficacia de la terapéutica anti edema cerebral.</p> <p>6. Mediante la instalación de la sonda nasogástrica se valora la función gastrointestinal y nos permite proporcionar una alimentación enteral temprana disminuyendo el riesgo de úlceras por estrés</p> <p>7. La infección es la complicación No. 1 del cateterismo vesical sobre todo del paciente en estado crítico y la mortalidad aumenta hasta 3 veces ya que esta se disemina rápidamente siendo nuestra obligación el manejarla con técnica estéril.</p> <p>8. La curación de las heridas quirúrgicas permite la vigilancia en la prevención de los datos de infección.</p> <p>9. La ventilación mecánica se considera un método antifisiológico invasivo de las vías aéreas productor de neumonías nosocomiales que se pueden prevenir mediante acciones de manejo preventivo y técnicas de asepsia adecuadas.</p> <p>10. Los antibióticos profilácticos proporcionan un rango de protección al paciente multi invadido.</p> <p>11. Los cultivos con antiibiograma nos proporcionan una guía directa para ministrar el antibiótico específico.</p> <p>12. Las medidas de protección al paciente evita iatrogenias.</p>

EVALUACIÓN

Al 2do día durante el turno se proporcionaron los cuidados y no se observan datos de infección.

Al 4to. Se siguen conservando sin datos de infección.

DIAGNOSTICO

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física y por obesidad.

OBJETIVO

Que el señor JCHG no presente deterioro de la integridad cutánea durante su estancia en la unidad.

ACTIVIDADES	BASE CIENTIFICA
<p>1. Mantener al paciente sobre el colchón de agua</p> <p>2 .Se proporcionara limpieza y lubricación a la piel por razón necesaria.</p> <p>3.Se mantendrá su cama limpia, seca y sin arrugas</p> <p>4. Al cambiarlo de ropa de cama proporcionar masaje en prominencias óseas</p> <p>5. Mantener en posición anatómica los miembros superiores e inferiores para evitar que las prominencias óseas ejercerán presión sobre la piel.</p> <p>6. Proporcionar cambios de posición en bloque.</p>	<p>1. Los colchones de agua permite mantener al paciente en una superficie blanda donde es posible proporcionar masaje por movimiento evitando las lesiones por presión de prominencias óseas.</p> <p>2. El mantener la piel limpia y lubricada proporciona un aspecto agradable a la vista y disminuye el riesgo de lesiones cutáneas.</p> <p>3. Una cama limpia, seca y sin arrugas evita lesiones de contacto pues permite una buena circulación periférica.</p> <p>4. El masaje corporal proporciona relación muscular y mantiene la circulación periférica.</p> <p>5. Con la posición anatómica del cuerpo humano mantiene las estructuras sin deformidades y se disminuye la presión por contacto.</p> <p>6. Al paciente con lesiones neurológicas se deberá proporcionar cambios de posición en bloque con el fin de evitar aumento de la presión intracraneana y permitir una circulación adecuada.</p>

EVALUACIÓN

Al 2do día durante el turno se brindaron los cuidados y por el momento la integridad cutánea se mantiene intacta

Al cuarto día se continúa manteniendo la integridad cutánea.

DIAGNOSTICO

Duelo anticipado R/C en la enfermedad súbita de su esposo y padre M/P con tristeza y expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial

OBJETIVO

Que la familia del señor JCHG expresara sus sentimientos con los grupos de apoyo (familiares, amigos y/o equipo de salud)

ACTIVIDADES	BASE CIENTIFICA
<p>- Proporcionar apoyo psicológico durante las horas de visita</p> <p>a) Crear un ambiente de confianza, presentándonos con la familia</p> <p>a) Animar a los familiares para que hable con su paciente</p> <p>Dar a la familia oportunidad para que exprese sus sentimientos, comente sobre la posible pérdida y analice el significado de la misma. Fomentar la cohesión de la familia para que se mantengan unidos y se ayuden mutuamente</p> <p>a) Reforzar las creencias religiosas de la familia</p> <p>Basar el concepto de esperanza en:</p> <p>a) La aportación de información exacta b) Resistir la tentación de darles falsas esperanzas c) Estar dispuesto a examinar las preocupaciones.</p> <p>Favorecer el proceso del duelo en todas las respuestas a este</p> <p>-Aislamiento: ofrecer al familiar la oportunidad de expresar sus sentimientos escuchándolo</p> <p>a) Depresión: fomentar la valoración de la persona a través del refuerzo positivo b) Enojo, permitir el llanto, proporcionar apoyo compartiendo la preocupación del familiar. Culpa: Permitir el llanto, la expresión de sus sentimientos y analizar la situación para deslindar culpas c) Temor: ayudar a que reconozcan este sentimiento d) Rechazo: permitir la expresión verbal para bajar la tensión emocional e) Aceptación ser veraces y no dar falsas esperanzas</p>	<p>- El brindar apoyo psicológico es una actividad de enfermería que permite dar seguridad a la familia y también permite una relación de confianza enfermera-paciente</p> <p>- Cuando la familia conoce al personal que cuida a su paciente se siente segura al dejarlo con personas que se preocupan por ellos.</p> <p>- Esta comprobado que el paciente inconsciente o bajo efectos de sedación escucha , ya que el oído es el ultimo sentido que se pierde explicándoles que aunque el no puede contestarles les escucha.</p> <p>Las conversaciones abiertas ayudan a los familiar a prepararse para afrontar la situación y aceptarla disminuyendo la angustia.</p> <p>- Una familia unida afronta mejor las situaciones críticas por medio del apoyo de mutuo de todos sus integrantes.</p> <p>- La importancia de las creencias religiosas eleva la seguridad del individuo en situaciones de tensión e incertidumbre</p> <p>El hablar con la verdad acerca de la situación por la que se está atravesando el paciente evita crear conflictos entre el equipo de salud y la familia.</p> <p>- La aceptación de la pérdida de un ser querido implica el atravesar Por una serie de etapas que son manifestadas por diversas comportamientos emocionales en el individuo. La enfermera deberá saber como ayudar a enfrentar cada una de estas etapas.</p>

EVALUACIÓN

Al segundo día la familia me expresó sus sentimientos, me comentan que sus familiares y amigos del señor JCHC los han estado ayudando, se encuentran todavía en esta etapa de negación.

Al cuarto día la familia se encuentra en la etapa de depresión y se inician actividades para que la superen.

