



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
"MANUEL VELASCO SUÁREZ"

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A UNA MUJER CON
ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN RELACIONADO CON
HEMORRAGIA CEREBRAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A
TEMIS CANDY VARGAS BAUTISTA
NO. CUENTA: 404099729

M. C. E. NORBERTA LÓPEZ OLGUÍN
ASESORA:

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL OCTUBRE DEL 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.

DEDICATORIAS

A mi madre quien ha permanecido conmigo, compartiendo alegrías,
tristezas e infortunios dándome su apoyo incondicional y
comprensión

***“Para ti mamá, que me motivaste e impulsaste a superarme día
con día”***

A papá, por su apoyo cariño y cooperación para mis estudios.

A Cinthya para que algún día logre todas su metas de superación en la vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi papa por su apoyo,
comprensión y las mochilas.

A mi mamá por todo el apoyo que
me ha dado durante toda la vida.

A Cinthya por dictarme sin
entender nada de lo que estaba
leyendo.

A mi asesora Norberta por su
apoyo, orientación y paciencia,
muchas gracias, usted a sido un
ángel para mi.

A mi maestro Alejandro por ser
buena persona conmigo.

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	2
III. OBJETIVO	3
3.1 Objetivo General	3
3.2 Objetivos Específicos	3
IV. METODOLOGÍA	4
V. MARCO TEÓRICO	5
5.1. Teoría de Virginia Henderson	5
5.1.1 Biografía	5
5.1.2 Fuentes Teóricas	7
5.1.3 Aplicación de datos empíricos	10
5.1.4 Supuestos Principales	11
5.1.5 Afirmaciones Teóricas	13
5.2 Proceso atención de enfermería	14
5.2.1 Primera etapa: Recolección y Selección de datos	16
5.2.2 Segunda Etapa: Diagnostico de enfermería	18
5.2.3 Tercera Etapa: Planeación de la asistencia al paciente	20
5.2.4 Cuarta Etapa: ejecución del plan de cuidados de enfermería.	22
5.2.5 Quinta Etapa: Evaluación del plan de acción	23
5.3 Hemorragia Subaracnoidea	24
5.3.1 Complicaciones de la hemorragia subaracnoidea	26

5.3.2 Tratamiento	27
5.4 Adulto mayor	28
5.4.1 Cambios Fisiológicos	29
5.4.2 Cambios cognitivos	30
5.4.3 Cambios psicosociales.	31
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	33
6.1 Valoración de enfermería	33
6.1.1 Datos generales	33
6.1.2 Valoración de las 14 necesidades	34
6.1.3 Identificación de datos objetivos y subjetivos	39
6.1.4 Jerarquización de necesidades	41
6.1.5 Jerarquización de las necesidades y diagnostico de enfermería	42
6.1.6 Plan de cuidados del 15 de agosto al 27 de septiembre del 2007	44
VII. CONCLUSIONES	76
VIII. GLOSARIO	78
IX. ANEXOS.	87
X. BIBLIOGRAFÍA	89

I. INTRODUCCIÓN

El proceso atención de enfermería es un método que utiliza la enfermera para brindar el cuidado a la salud y se ocupa de las acciones encaminadas a la satisfacción de las necesidades y la resolución de los problemas reales o potenciales de salud de los individuos o de la población.

Este trabajo esta integrado por diversos capítulos, en donde se aborda la justificación del trabajo, el por qué de la realización de éste. Seguiremos con los objetivos que queremos alcanzar tanto general como específicos. La metodología que habla de cada paso realizado.

En el marco teórico se desarrollan los siguientes contenidos: los antecedentes históricos de la enfermería en México, la teoría de Virginia Henderson que es en la que nos basamos, el proceso de atención de enfermería, sobre la hemorragia subaracnoidea y la etapa de la vida en la que se encuentra la paciente.

Lo siguiente es la aplicación del proceso de enfermería a un caso clínico en donde veremos la valoración de la Señora Jesús realizado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, los diagnósticos hechos en base a la valoración; la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados y por ultimo las conclusiones a la que se llevo, la bibliografía, el glosario y los anexos.

II. JUSTIFICACIÓN

La población mundial esta envejeciendo debido a la disminución de las tasas de nacimientos y al aumento en las expectativas de vida de la población. Para el año 2020, se calcula que la población mundial tendrá más de mil millones de personas de 60 años y más y la mayor parte estará en países en vías de desarrollo (CONAPO, 2004). Las principales causas de muerte entre las personas de 65 años y más; son las afecciones cardiacas, seguidas de los accidentes cerebro vasculares y el cáncer.

La enfermedad cerebrovascular su incidencia aumenta con la edad, tornándose más probable en las personas mayores de 65 años. Además, es la causa de discapacidad neurológica más habitual en el adulto, dependiendo de la extensión y la localización de la lesión, será el grado de secuela neurológica posterior. La persona puede quedar con incapacidad para hablar, leer, ver, escribir, pensar y recordar; y en muchos casos la muerte se puede producir en pocas horas.

Por lo tanto se requiere de las acciones de enfermería como de un equipo interdisciplinario para mantener al paciente estable en las condiciones que este después de haber sufrido el accidente cerebro vascular.

Considerando estos datos de interés se realiza el presente trabajo durante la pasantía y se desarrolla el proceso atención de enfermería dando a conocer el trabajo efectuado en una adulta mayor con alteración en la necesidad de oxigenación relacionado con desequilibrio de la ventilación perfusión y secreciones bronquiales secundario a una hemorragias cerebral, también conocida como accidente cerebrovascular.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL.

- ♠ Brindar un cuidado holístico a una mujer adulta con alteración en la necesidad de oxigenación relacionado con desequilibrio de la ventilación perfusión y secreciones bronquiales.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ♠ Realizar el proceso atención de enfermería con base en las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson, desde la valoración hasta la evaluación, integrando aspectos, biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- ♠ Ahondar en las necesidades afectadas haciendo uso de su priorización para satisfacerlas y lograr la efectividad de su cuidado.
- ♠ Fundamentar el trabajo en un marco teórico que le de formalidad y profesionalidad.
- ♠ Emplear el pensamiento crítico para realizar la evaluación continúa de los cuidados, en cada una de las etapas del proceso y realizar las adaptaciones necesarias y oportunas.

IV. METODOLOGIA

El trabajo se realizo en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, del 15 de agosto al 27 de septiembre del 2007. Se pidió la autorización del esposo para aplicar la metodología quien acepto dando su consentimiento. Recordemos que el proceso atención de enfermería es un recurso que asegura la sistematización del cuidado, la individualización del mismo y el abordaje de cada una de las etapas del proceso.

Se inició con la elección del caso clínico, se prosiguió con la valoración que se basa en las 14 necesidades de la teoría, de Virginia Henderson haciendo una entrevista a los familiares por que la condición de la Señora Jesús no posibilitaba a la entrevista directa con ella, se exploró físicamente palpando, auscultando, inspeccionando y percutiendo; en orden cefalo caudal y utilizando como apoyo el expediente clínico, para la investigación de resultados de laboratorio tomados a la Señora. Los datos se clasificaron en objetivos y subjetivos, los cuales ayudaron a jerarquizar las necesidades. Se realizaron los diagnósticos de las necesidades afectadas y se acomodaron según la jerarquización ya realizada anteriormente.

Se prosiguió con la redacción de los objetivos de cada uno de los diagnósticos así como la elaboración de un cuadro que integra la planeación de los cuidados, así como su ejecución; los fundamentos teóricos de cada cuidado realizado y la evaluación de los cuidados ejecutados contrastando el alcance de los objetivos planteados. Por ultimo se da una conclusión del trabajo realizado y la experiencia obtenida.

V. MARCO TEORICO

5.1 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

5.1.1 BIOGRAFIA

Virginia Henderson nació en 1897. Originaria de Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Debido a que sus primos fueron enviados a la guerra y ella no lo podía evitar. (Smith, 1996: p. 9-12)

En 1918, Virginia Henderson empezó a escribir a las escuelas hospitalarias y no fue aceptada, fue entonces que leyó sobre Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C., donde fue atendida por Annie Warburton Goodrich, a pesar de no haber cumplido con el requisito de tener 21 años. Según Smith (1996) afirma que el padre habló con Annie Warburton Goodrich para convencerla de que le permitiera su inscripción y que sería una buena enfermera y así en 1918 inicia sus estudios de enfermería en la En 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inicio su carrera como docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

Virginia Henderson tuvo éxito en la conclusión de sus estudios seguramente por contar con la vocación y una motivación familiar de servir a los soldados lesionados en la guerra, pues sus primos eran soldados.

Cinco años más tarde ingreso en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada y Magíster en la rama de

enfermería. En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948. En 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del *Textbook of the Principles and practice of Nursing*, de Berta Harmer publicado en 1939. (Marriner, 1999: p. 99-100)

En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson. En 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería. En 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959. En 1960 se publicó su folleto *Basic Principles of Nursing Care* para el International Council of Nurse. En 1966 publica su obra *The Nature of Nursing* aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Henderson dio continuidad a su desarrollo profesional estudiando la licenciatura y la maestría, seguramente en el interés de encontrar una forma para clarificar las funciones de enfermería de las funciones del médico.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale. Recibió nueve títulos doctorales honoríficos, es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de

la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra. En 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad. (Marriner, 1999: p. 100)

En la convención de la American Nurses Association (ANA) de 1988 recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1966 a la edad de 98 años. (Ibidem, p. 100)

5.1.2 FUENTES TEORICAS

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de *The Principles and Practice of nursing*. En 1939 había revisado *Textbook of the principles and Practice of Nursing* y identificó este trabajo como una fuente que le permitió darse cuenta de la necesidad de aclarar la función de enfermería. Un aspecto que reconocemos los profesionales de enfermería fue su dedicación para distinguir el trabajo médico del trabajo de enfermería, situación indispensable para romper con la idea de ser ayudante del médico y responsabilizarse desde lo personal y lo profesional ante un desempeño independiente e interdependiente.

Describió su interpretación de la enfermería como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas. En *The Nature of Nursing*,

indica las siguientes fuentes de influencia en sus primeros trabajos dentro de la enfermería. (Marriner, 1999, p.100-101)

Annie W. Goodrich, fue decana de la escuela de Enfermería del ejército en la que Henderson recibió su formación básica como enfermera y constituyó una fuente de inspiración para ella, dejando muy gravadas estas palabras “no existen las tareas serviles, si no actitudes serviles respecto al trabajo y se puede acumular mucho resentimiento al tener que realizar ciertas tareas”. También mencionaba Henderson que Goodrich tenía un pensamiento moderno en comparación del pensamiento que se tenía en su época Así mismo atribuía a Goodrich su primera discrepancia con el cuidado de pacientes reglamentario en el que participo y con la idea de la enfermería como un mero complemento de la medicina. Las experiencias vividas en la escuela del ejército junto con Goodrich adquirió “el conocimiento de que las enfermeras eran aceptadas como miembros importantes de la sociedad” y aprendió a sentir menos temor ante el cuidado. (Smith, 1996, p. 30-40)

Carolina Stackpole era profesora de filosofía en el Teachers collage, de la Universidad de columbia, fue quien imprimió en Henderson la idea de “la importancia de mantener el equilibrio fisiológico”. (Marriner 1999: p. 101)

Jean Broadhurts era profesora de microbiología en el teachers college aprendió de ella “la importancia de la higiene y la asepsia”

Dr. Edgard Thorndike trabajaba como psicólogo en el teachers college e investigaba sobre las necesidades básicas de los seres humanos. Henderson “se dio cuenta de que la enfermedad es algo más que un estado patológico y que las necesidades básicas no se satisfacen, en su mayoría, en los hospitales”. (Ibidem, p.101)

Se realizó una búsqueda completa para investigar si, Thorndike, ejerció una influencia definitiva para la consolidación de su filosofía, sin embargo no se encontraron otros trabajos de Thorndike, sobre las necesidades básicas, por lo que pienso que el trabajo de investigación que estaba realizando cuando Henderson lo conoció fue uno de tantos y que para él no tuvo trascendencia. Aunque Henderson le permitió derivar su propuesta de valoración de las 14 necesidades.

Dr. George Deaver era médico en el Institute for the Crippled and Disabled y, más tarde, en el Bellevue Hospital. Observo que el objetivo del esfuerzo de rehabilitación en el instituto era recuperar la independencia del paciente.

Bertha Harper, enfermera de origen canadiense, fue la autora original del *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, aunque no llegaron a conocerse, las coincidencias entre sus visiones de la enfermería eran evidentes. La definición que propuso Harper en 1922 comienza diciendo que la enfermera se enraíza en las necesidades de la humanidad. (Marriner, 1999: p.101)

Ida Orlando había influido en Henderson en su idea sobre la relación existente entre la enfermera y el paciente ya que Orlando siempre hacía hincapié en esta relación. Según palabras de Henderson “me ha hecho darme cuenta de lo fácil que es para una enfermera equivocarse al valorar las necesidades del paciente cuando no contrasta con él su interpretación de dichas necesidades”. (Marriner; 1999: p. 101 y Smith, 1996: p.45-60) se conocieron en 1961 donde Henderson cambió su opinión sobre la enfermería psiquiátrica, después de haber leído su trabajo sobre la Enfermería psiquiátrica desarrollado en la Universidad de Yale, donde Orlando planteó el proceso de enfermería por primera vez, sin embargo

ella reconoce su error de no haber titulado sus resultados con éste nombre (Marriner, 1999: p. 101)

5.1.3. APLICACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería, supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico. Describió su punto de vista así: “Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a la fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares. (Marriner, 1999: p. 101)

En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas par llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow como influencia directa.

NECESIDADES

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.

6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
 7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
 8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
 9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
 10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
 11. Profesar su fe.
 12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
 13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.
- (Marriner, 199: p. 101)

5.1.4 SUPUESTOS PRINCIPALES

Enfermería. Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos y enfermos, actúa como miembro de un equipo médico. Henderson subrayó que la enfermera puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así, es la persona mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere. También resalta este punto en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing. (Ibidem, p. 101)

Una enfermera debe tener nociones de biología como de sociología, Una enfermera valora las necesidades humanas básicas. Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería. Por lo tanto enfermería “tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación o una muerte tranquila que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible” (Marriner, 1999: p. 102-103)

Persona (Paciente). Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional. El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar. El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia. El paciente y su familia constituyen una unidad. Así que la persona “es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables.”. (Ibidem, p. 102-103)

Salud. La salud es la calidad de vida, la salud es fundamental para el funcionamiento humano, la salud requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo, toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. (Ibidem, p. 102-103)

Entorno. “Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo”. (Ibidem, p. 102-103)

Las personas que no están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad, las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad, deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas, reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento, deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Los médicos se sirven de las observaciones de las enfermeras en las que se basan sus prescripciones para aparatos de protección. (Marriner, 1999: p. 102-103)

5.1.5 AFIRMACIONES TEÓRICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado. (Marriner, 1999: p. 103-104)

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen. (Marriner, 1999: p. 103-104)

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. (Ibidem, p. 103-104)

5.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería” es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados. Se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de

eficiencia y el grado de satisfacción así como el progreso del paciente” (Alfaro, 1996, p: 3)

El proceso de enfermería “se refiere a una serie de etapas que lleva acabo la enfermera al planificar y proporcionar la asistencia, cuenta con una estructura sistemática de manera que la una asistencia sea continua, coordinada y racionalizada, en aras del bienestar del paciente.” (Dugas, 2002: p. 57-58)

El objetivo es constituir una estructura, es decir una forma ordenada que pueda cubrir individualmente las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. (Ledesma, 2004 p270-271)

La asistencia sanitaria es un encuentro con un paciente, con su familia mediante el cuál la enfermera observa, ayuda, se comunica, atiende, y enseña, contribuyendo al mantenimiento de una salud óptima y prodigando cuidados durante la enfermedad hasta que el paciente sea capaz de asumir la responsabilidad para satisfacer sus propias necesidades básicas” (Yura y Walsh, 1982,: p1)

El proceso de enfermería proporciona un marco de referencia para identificar las necesidades de atención de la salud que pueden tratarse mediante el cuidado de enfermería; determinar los objetivos de los paciente y las acciones de enfermería; implementar las acciones de enfermería y evaluar, los resultados de las acciones”. (Long, 1998: 9)

El PAE “es la aplicación del método científico en la atención de enfermería, es el ordenamiento lógico de las actividades a realizar por la enfermera para proporcionar atención individual, familiar y comunitaria”. (Ledesma, 2004: p.271)

El proceso incluye cinco etapas básicas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación

Como base para tomar decisiones respecto a las acciones que ha de emprender, la enfermera debe estudiar primero la necesidad de la acción, lo que incluye obtener toda la información pertinente , su análisis , la síntesis y la identificación de los problemas, con sus acciones a resolver. Se elabora después un plan de acción, la etapa siguiente consiste en ejecutar o poner en práctica el plan de acción; la etapa final consiste en valorar los resultados de las acciones. (Ledesma, 2004: p273-280)

Como se muestra en las diferentes definiciones, de lo que es proceso de enfermería; se puede afirmar que el proceso implica una serie de pasos o etapas, en segundo lugar debe tener una sistematización, luego contar con una estructura en la que se definen; el qué, cómo, cuándo, dónde y por qué se debe hacer así como la comparación de lo que se debe hacer con lo que se hizo, así como su retroalimentación.

5.2.1 PRIMERA ETAPA: RECOLECCION Y SELECCION DE DATOS.

Esta fase o etapa va dirigida al registro de hechos, fenómenos o datos que permitan conocer y analizar lo que realmente sucede al individuo, familia o comunidad en relación con su salud, lo que permite preveer y planear sus acciones acordes con una realidad. Implica obtener información sobre el paciente, con el fin de indagar sus necesidades. La reunión sistemática de información para un propósito específico se denomina “obtención de datos”, y se utiliza para formar una “base de datos”. (Ledesma, 2004, p274-275). Parte

de esta información la reúne la enfermera y otra la obtiene de distintas fuentes.
(Dugas, 2000, p. 58-67)

Los datos se recogen mediante entrevistas, examen físico, los datos de laboratorio y otras fuentes que ayuden a obtener la valoración física sociocultural y espiritual del paciente. Los medios e instrumentos para la obtención de la información son la observación, el uso de los sentidos, la entrevista, la comunicación, la visita domiciliaria, encuesta, cuestionario, guías, entre otros. En la etapa de recolección de datos, registro y análisis, los conocimientos científicos y experiencias juegan un papel muy importante, le ayudan a descubrir la causa o causas de las necesidades o problemas y de esta manera formular el diagnóstico de enfermería. (Ledesma, 2004: p.274-276)

Los datos comprenden: Aspectos sociales básicos, datos fisiológicos, factores ambientales y percepción del paciente sobre su estado actual de salud.

Una vez que la enfermera ha reunido la información del paciente a través de la valoración de enfermería el siguiente paso es analizarla y agruparla información por categorías.

Para el análisis, la enfermera cuenta: 1) con conocimientos del funcionamiento normal, 2) su comprensión de los factores normales y anormales que pueden afectar la función en un área particular, y 3) su conocimiento de signos y síntomas comunes que acompañan a los diversos problemas de salud.

Al comparar los datos de sus observaciones con los de la valoración, puede notar todas las alteraciones que han ocurrido entre la función ordinaria de la persona y sus capacidades actuales, separa los que parece normal de lo que parece anormal y valora su importancia. En la síntesis de la información analiza

e identifica los datos importantes, los relaciona en seguida con los obtenidos de otras fuentes. (Dugas, 2000: p.58-67)

Un problema “es cualquier trastorno o situación en que el paciente necesita ayuda de la enfermera”. La expresión “Diagnostico de enfermería “se refiere al planteamiento de un problema del paciente que la enfermera puede ayudar a resolver con sus cuidados. Un diagnostico de enfermería se define como la respuesta a un problema actual o potencial del paciente que las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia, están capacitadas y jurídicamente legitimadas para resolver. (Dugas, 2000: p. 68-72)

Esta primera etapa del proceso de enfermería permite a este profesional valorar de manera global cada una de las 14 necesidades con base el los signos y síntomas que actualmente se denominan datos objetivos y subjetivos, mismos que son los aspectos centrales para la construcción de los diagnósticos de enfermería y que ahora es posible que la enfermera los construya.

5.2.2 SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Para planificar la atención de enfermería y decidir las intervenciones más adecuadas es necesario identificar primero los problemas del paciente, que pueden ser reales o posibles. Los primeros son los que, en opinión de la enfermera, le están causando dificultades en el momento. Los posibles problemas son los que pueden surgir por la naturaleza de la alteración de la salud del paciente o el plan de asistencia diagnóstico o terapéutico.

Los problemas pueden identificarse de manera sistemática. Una vez más, el enfoque de las capacidades funcionales ayuda a que la enfermera revise de esa manera los problemas actuales o posibles en donde necesita ayudar al paciente. (Dugas, 2000: p.68-71)

Al analizar todas las manifestaciones de dependencia puede establecer una serie de diagnósticos de enfermería reales y potenciales, para establecer en forma correcta el diagnóstico de enfermería hay que evitar hacer juicios de valor y tener presente que el ser humano es un ente integral.

Una vez identificados los problemas, se ordenan según su importancia. En consecuencia se debe de ver cuales puede ayudar a resolver la enfermera y los que deben atenderse primero. Debemos de recordar que ni en las circunstancias mas favorables, es posible, que la enfermera ayude al paciente a satisfacerlas en su totalidad. Sin embargo, al conocer las necesidades humanas básicas, puede dirigir sus acciones a ayudarlo a resolver los problemas que afectan su capacidad para satisfacer las necesidades esenciales para su bienestar o su recuperación. (Dugas, 2000: p.67-69)

Flora Kron, Koziar y Du Gas definen el diagnóstico de enfermería, como la “identificación de los problemas del paciente.” Mary Durand y Rose Mary Prince consideran que “es la conclusión sobre las condiciones del paciente mediante la investigación...” y Rally Spell Monken dicen que el diagnóstico de enfermería “es el juicio o conclusión que se obtiene como resultado de la valoración de enfermería. (Ledesma, 2004: p. 274-283)

Las tres definiciones coinciden en señalar que el diagnóstico es la conclusión que se hace sobre la situación de las condiciones del paciente, mediante la

investigación, valoración e identificación de los problemas y necesidades del paciente. El diagnóstico es el eje de todo su proceso de atención

El diagnóstico se caracteriza por ser dinámico, puesto que generalmente cambia de un día para otro.

5.2.3. TERCERA ETAPA: PLANEACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE

La planificación en el proceso de enfermería, "implica determinar lo que se puede hacer para ayudar al paciente a elegir las intervenciones adecuadas para lograrlo" significa decidir con anterioridad lo que se va a hacer. Conduce a usar el pensamiento reflexivo antes de actuar. El plan de cuidados de enfermería "es el instrumento que dirige en forma ordenada y continua las actividades de la profesión hacia el logro de objetivos establecidos específicamente para cada persona". (Ledesma, 2004: p. 276-284)

Un plan de asistencia escrito "ayuda a asegurar la continuidad e integridad, de los cuidados del paciente y que nada se deja a la memoria humana". (Dugas, 2000: p.72-75)

La planeación como proceso continuo "verifica los problemas del paciente, estos continúan o se resuelven con rapidez, o bien, se agudizan y surgen otros". Esto exige que la planeación de la asistencia de enfermería se revise continuamente. (Ledesma, 2004, p. 277-283)

La atención profesional de enfermería "se basa en principios, más que en la aplicación de técnicas sistemáticas o estándar". Los conocimientos científicos en que se fundamenta la enfermería aumentan de manera constante; las

técnicas y procedimientos de atención se revisan de forma continua porque surge nueva información. La enfermera no puede depender de un repertorio aprendido de habilidades y procedimientos para llevarlos a cabo toda la vida; las habilidades y técnicas pronto se vuelven obsoletas. En vez de ello, debe fundamentar su práctica en los principios relativamente constantes que la guiarán en la modificación de las técnicas que ha aprendido o le permitirán adquirir nuevas habilidades y técnicas. Esto hace que la enfermera se desarrolle como profesional y realice una práctica reflexiva de su trabajo.

La identificación de los problemas del paciente permite establecer metas o resultados finales esperados, estas metas deben ser realistas, mensurables y alcanzables en los términos potenciales del paciente y de la capacidad de la enfermera para ayudarlo a lograrlas. (Dugas, 2000: p.75-79)

Las metas se establecen en términos de los resultados finales esperados para el paciente en lugar de las actividades de enfermería.”Los resultados finales esperados describen la conducta que se espera que logre el paciente”.

El establecimiento de un objetivo de atención se obtiene del diagnóstico de enfermería, y siempre que sea posible se debe formular en forma conjunta con el paciente y la enfermera. (Dugas, 2000: p. 76-79)

Los objetivos proceden de las necesidades y problemas prioritarios expresados en el diagnóstico; debe diseñarse, además, para que sean alcanzables, de acuerdo a los recursos con que se cuenta como: material, equipo, tiempo disponible y personas del equipo de salud que puedan colaborar. (Ledesma, 2004, p 278-287)

Las metas, escritas en términos de los resultados finales de conducta esperados, ayudan a comunicar al demás personal, al paciente y a sus familiares lo que debe lograrse.

Una vez que se han establecido los objetivos en relación con los problemas identificados, la etapa siguiente consiste en determinar las intervenciones de enfermería que mejor ayuden a que el paciente alcance los resultados finales esperados. Esto incluye analizar los posibles cursos de acción y tomar una decisión para intentar un método.

El plan de atención de enfermería, o plan de asistencia, es un medio para comunicar por escrito a otras enfermeras, miembros del equipo de salud, los problemas, resultados finales esperados que debe tomarse en la atención del enfermo. (Dugas, 2000: p.75-77)

5.2.4. CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Las acciones deben estar basadas en principios científicos para que proporcionen una atención de calidad. (Ledesma, 2004: p. 280-294)

Una vez que se desarrollan los planes de atención de enfermería, la etapa siguiente es llevarlos a la práctica o ejecutarlos. Al ejecutar la acción de enfermería, la enfermera puede proporcionar atención directa a un paciente o indirecta. (Dugas, 2000: p79)

En la etapa de ejecución se buscan alternativas posibles y se toma la decisión sobre la mejor alternativa de ejecución. La toma de decisiones conlleva a establecer las condiciones necesarias para llevar a cabo el plan de atención. De

esta manera la enfermera dispone razonablemente de sus propias capacidades y del personal que colabora. (Ledesma, 2004: p. 285-293)

Se debe indicar con claridad el momento para realizar las diversas actividades descritas en el plan y asegurarse que la persona comprende su ejecución. En todo caso la enfermera que delega actividades se queda con una responsabilidad en el cuidado de estos pacientes, y así evita la aplicación parcial del plan. (Ledesma, 2004: p286-288)

5.2.5. QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN

Durante el proceso de asistencia, la enfermera valora constantemente el progreso que logra el paciente en alcanzar las metas preestablecidas. La evaluación es el proceso por el que se determina el grado en que se alcanzan los objetivos. (Dugas, 2000: p. 79)

La evaluación es medir el logro de los objetivos fijados siguiendo las actividades correspondientes a los cuidados brindados en el paciente y apreciar sus reacciones a los mismos. Los resultados de la evaluación indican si se deben continuar con el mismo plan o si deben hacer cambios pertinentes.

La evaluación es un proceso continuo que permite conocer aciertos, y errores así como sugerir medios para superarlos. Es necesario que el personal del equipo de salud, incluidos el paciente y familia, conozcan los propósitos que se persiguen, para que la evaluación se realice en forma efectiva. (Ledesma, 2004: p. 294-295)

La evaluación bien hecha se refleja en la superación del personal de enfermería, al utilizar su pensamiento reflexivo y su juicio crítico, permite la

concientización de su papel. La evaluación es un incentivo para mejorar la enseñanza y el desarrollo del personal de enfermería. De una buena evaluación “se espera que el paciente, la familia y comunidad reciban una mejor calidad de atención de enfermería”. (Ledesma, 2004: p296-297)

Como se comento al inicio del capitulo, el proceso de enfermería es cíclico. La evaluación significa un nuevo estudio y obtención de información adicional. Según esto, la enfermera puede identificar nuevos problemas, modificar su plan de asistencia o decidir si intenta intervenciones distintas de las que no tuvieron éxito.

5.3 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

La Señora Jesús el 25 de julio presento una caída desde su propia altura se lleva al hospital de ISSSEMYM para observación, se toma TAC, detectándose, Hemorragia subaracnoidea, Fisher IV y posteriormente hace un síndrome hidrocefálico.

La hemorragia subaracnoidea es el cuarto trastorno vascular cerebral mas frecuentes después de la aterotrombosis, la embolia y la hemorragia intracerebral primaria. (Adams, 2004: p.831-832)

La principal causa son los aneurismas (90%) y en menor medida otras malformaciones venosas (10%), las discrasias sanguíneas y los tratamientos anticoagulantes. La mortalidad del sangrado aneurismático es del 40% y solo el 10% tienen una recuperación completa posterior a la hemorragia. (Gasas, 2005: p. 42-43)

Los aneurismas son dilataciones saculares congénitas o adquiridas, secundarias a un defecto de la pared arterial, especialmente por la ausencia de fibras reticulares en la capa media arterial. Se ubican preferentemente en las bifurcaciones arteriales, en orden de frecuencia: carótida interna intracraneana, comunicante anterior y cerebral anterior cerebral media y tronco vertebrobasilar. (Gasas, 2005: p. 42)

Los aneurismas saculares suelen ser asintomáticos antes de su rotura. En casos excepcionales producen dolor craneal localizado si tienen el tamaño suficiente para comprimir los tejidos sensibles al dolor. (Adams, 2004: p. 833)

Al romperse un aneurisma, la sangre bajo presión elevada se ve impulsada hacia el espacio subaracnoideo, en donde se encuentra el círculo arterial de Willis (ver anexo figura 1) y los acontecimientos clínicos resultantes adoptan uno de estos tres patrones:

- 1) El paciente se queja de cefalea generalizada muy intensa, vomita y cae inconsciente casi inmediato
- 2) La cefalea se desarrolla de la misma manera pero el paciente se mantiene hasta cierto punto lúcido.
- 3) Rara vez el paciente pierde pronto la conciencia sin ninguna queja precedente.

Puede ocurrir rigidez de descerebración desde el principio de la hemorragia acompañada de pérdida del estado de alerta. Si la hemorragia es masiva la muerte puede sobrevenir en cuestión de minutos u horas, de modo que debe pensarse en un aneurisma roto en el diagnostico diferencial de la muerte súbita. La rotura del aneurisma suele ocurrir mientras el paciente se encuentra activo, más que durante el sueño, y en algunos casos el coito, los esfuerzos

para evacuar el intestino, el levantamiento de objetos pesados u otros esfuerzos sostenidos precipitan el accidente. (Adams, 2004: p. 833)

Las crisis convulsivas, por lo común breves y generalizadas, ocurren en 10% a 25% de los casos de acuerdo con Hart y colaboradores en relación con la hemorragia aguda o una segunda hemorragia.

Los pacientes se clasifican de acuerdo con distintos estadios clínicos basados en la escala de Hunt y Hess (ver en anexo tabla 1).

Métodos diagnósticos: Tomografía Computarizada, punción lumbar, angiografía Digital y resonancia magnética

El sangrado de la hemorragia puede clasificarse de acuerdo con la escala de Fisher. (Ver anexo tabla 2) (Gasas, 2005: p.43-44)

5.3.1. COMPLICACIONES DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA.-

Reincidiendo el sangrado durante el primer mes el 30%, con más frecuencia en las primeras 24 horas. Al año, la incidencia cae al 2%.

Vasoespasmos: se observan entre los días 3-15 postsangrado. El 80% de los pacientes en el grupo 3 de Fisher desarrollan vasoespasmos. Se caracteriza por la presencia de signos y síntomas de déficit de acuerdo con el territorio vascular comprometido. Este puede ser fluctuante y en ocasiones asociarse con cefalea. En una segunda etapa de vasoespasmos, los vasos afectados sufren necrosis de la capa media y proliferación de la íntima arterial, que generan condiciones isquémicas más intensas y duraderas.

Hidrocefalia: Se desarrolla en pacientes con sangrado importante en las cisternas de la base o intraventricular. (Gasas, 2005: p. 44)

5.3.2 TRATAMIENTO

Las medidas generales para los pacientes es mantener una tensión arterial media de 100-125 milímetros de mercurio. La hidratación debe efectuarse con soluciones isotónicas. El paciente debe estar en reposo, evitando que aumente la presión intracraneana. Iniciar profilaxis anticonvulsivantes con difenilhidantoína con dosis de carga de 15-20 mg/Kg., y a las 24 horas continuar con 100mg cada 8 horas. (Gasas: 2005, p. 44-45)

Se debe evaluar el medio interno periódicamente ya que la hiponatremia es una complicación frecuente a consecuencia de una encefalopatía perdedora de sodio por secreción de factor natriurético central. (Gasas, 2005: p. 44-45)

Cuando se confirma el diagnóstico de hemorragia subaracnoidea se inicia con nimodipino 60mg cada 4 horas. La utilización de bloqueadores de calcio produce una reducción de la incidencia e intensidad de las complicaciones isquémicas por vasoespasmo. El manejo de vasoespasmo es el mantener una tensión arterial media adecuado también se utiliza el tratamiento de la triple H (hemodilución, hipervolemia, hipertensión).

La cirugía es una indicación precoz para los grados 1-3 de Hunt y Hess se realiza la colocación de un clip en el cuello del aneurisma y así se excluye de la circulación. Otra posibilidad de tratamiento para este problema es el procedimiento endovascular, donde se aplica un stent con una embolización con coils. (Gasas, 2005: p. 44-45)

5.4. EL ADULTO MAYOR

En este rubro se incluyen aspectos del adulto mayor considerando que el caso clínico que se aborda en este proceso corresponde a una mujer de 71 años.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han definido el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual que está en proceso de cambio permanente.

El mejor indicador de salud, en la población adulta mayor, es su estado de salud funcional, si bien la morbilidad y otros conceptos clásicos de la medicina, no sólo siguen siendo importantes, sino que los estándares de conocimiento tradicional (clínico, fisiología, histología, etc.) que se exigen en geriatría son cada vez más altos. La OMS y la OPS definen al adulto mayor funcionalmente sano como aquel anciano que es capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal.

De acuerdo con recientes estimaciones, el país registra 106.7 millones de habitantes en 2008, 50.8% son mujeres y 49.2%, hombres; lo anterior arroja una relación de 97 hombres por cada 100 mujeres. (INEGI 2005)

Por grupos de edad, para el 2008, menos de la tercera parte de la población son niños y adolescentes menores de 15 años (29.4%), los jóvenes (15 a 29 años) representan 27.3%, los adultos (30-59 años) 35.1% y los mayores de 60 años, 8.2 %. (INEGI 2005)

Con base en los datos del Censo 2005, la edad mediana de la población mexicana es de 24 años; 25 años las mujeres y 23 los hombres, estados como Chiapas y Guerrero presentan la población más joven, 20 y 21 años

respectivamente; en tanto, el Distrito Federal con 29 y Nuevo León con 26 años muestran las edades más altas. (INEGI 2005)

Los aspectos físicos y psicosociales del envejecimiento se encuentran estrechamente relacionados. Para las personas de edad avanzada, la menor capacidad de respuesta al estrés, la experiencia de múltiples pérdidas y los cambios físicos asociados con el proceso normal de envejecimiento pueden combinarse para situar a la persona en una posición de riesgo de enfermedad y de deterioro funcional. (Potter, 2002: p. 252)

El declive de la función fisiológica y el aumento en la frecuencia de enfermedades, especialmente en los ancianos de mayor edad, se deben en parte a una disminución de la capacidad de responder al estrés a través de los mecanismos de homeostáticos. (Ibidem, p. 253)

5.5.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS.

Existen diversos cambios fisiológicos normales que ocurren durante el envejecimiento; que pueden hacer a la persona particularmente sensible a determinadas afecciones. (Rodríguez, 2000: p. 32)

Sistema tegumentario.- La capa epitelial se vuelve mas delgada y las fibras de colágeno rígidas se tiene manchas y lesiones en la piel a causa a veces de la exposición del sol; se encuentra con factores que ayudan ala formación de úlceras por decúbito entre ellas se encuentra la poca movilidad, la humedad que guardan en su pliegues. (Potter, 2002: p. 260)

Cabeza y Cuello.- En los rasgos faciales se pronuncian debido a la perdida de grasa y elasticidad de la piel; su agudeza visual disminuye y poco a poco pierden la agudeza auditiva, por lo regular se vuelven insensibles a los sabores de la comida y al igual que gusto se va perdiendo el olfato. (Potter, 2002: p. 260)

Tórax y pulmón.-La calcificación de los cartílagos costales hace menor la movilidad de las costillas, la pared torácica se vuelve mas rígida gradualmente y la expansión pulmonar disminuye. (Rodríguez, 2002: p. 33)

Corazón y sistema Vascular.- Disminuye la fuerza contráctil del miocardio, las presiones sistólica y diastolita se encuentran ligeramente elevadas y sus pulsos inferiores disminuyen pero son palpables. (Ibidem, p. 33)

Sistema gastrointestinal y abdomen.-Se produce enlentecimiento de la peristalsis y alteraciones de las secreciones esto cruce que se vuelvan intolerantes a algunos alimentos. (Ibidem, p. 34)

Sistema músculo esquelético.- Las fibras musculares disminuyen al igual que la masa ósea, la mujer es mas propensa ala desmineralización ósea y la osteoporosis en los adultos mayores ayuda la inmovilidad y la malnutrición. (Potter, 2002: p. 262)

Sistema neurológico.-Disminuye el numero de neuronas por lo cual disminuye el sentido del equilibrio o perdida de la coordinación de respuestas motoras. (Potter, 2002: p. 263).

5.5.2. CAMBIOS COGNITIVOS

Una de las creencias extendidas acerca del envejecimiento es que la mayoría de los adultos mayores presentan defectos cognitivos. Las tres alteraciones

cognitivas más frecuentes son el delirio, demencia y depresión. (Potter, 2002: p. 264-266)

Delirio o estado confusional agudo, es un desorden cognitivo la causa fisiológica puede ser metabólica, estructural o infecciosa. Las causas metabólicas incluyen: desequilibrios electrolíticos, alteraciones endocrinas crónicas, anoxia o isquemia transitoria, hipoglucemia, entre otros.

Demencia es una alteración generalizada de la función intelectual que conduce a una disminución de la capacidad de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana.

Depresión es un trastorno reversible que se confunde con la demencia debido a las disfunciones cerebrales e impedimentos cognitivos que se presentan en estas afecciones y que también están presentes en la demencia. (Potter, 2002: p. 264-266)

5.5.3. CAMBIOS PSICOSOCIALES

Los cambios psicosociales que ocurren durante el envejecimiento conllevan cambios en las funciones y en las relaciones. Las funciones y las relaciones dentro de la familia cambian a medida que los padres ya mayores o las esposas enviudan. (Potter, 2002: p. 266)

La jubilación se asocia frecuentemente y de forma errónea con la pasividad y la retirada de la vida activa. En realidad, se trata de una etapa de la vida caracterizada por las transiciones y los cambios de función.

El aislamiento social, muchos ancianos experimentan aislamiento social que se acentúa con la edad. Existen dos formas de aislamiento. El aislamiento puede ser elegido como consecuencia del deseo de no interactuar con los demás. El

aislamiento también puede darse como respuesta a condiciones que inhiben la capacidad o la oportunidad de interactuar con otras personas. (Potter, 2002: p. 266)

La sexualidad cada vez se reconoce su importancia en el cuidado de los ancianos. Todos ellos; sanos o enfermos, necesitan expresar sentimientos, la sexualidad, no solamente incluye al acto del coito en sí, sino también el amor, el calor, el afecto, el compartir y el contacto. La sexualidad esta unida a la identidad del individuo y da valor a las creencias de que las personas necesitan darse a otros y ver este don reconocido. (Ibidem, p. 266)

El alojamiento y el entorno, la capacidad del adulto mayor de vivir independiente condiciona en gran medida la elección del alojamiento. El modo de vida del anciano esta influido por los cambios que se producen en las funciones sociales, las responsabilidades familiares y el estado de salud. (Potter, 2002: p. 266)

La muerte Una parte de las vivencias de la persona anciana es la experiencia de la muerte de miembros de la familia y de amigos a medida que el adulto mayor va avanzando en edad, va perdiendo a sus amigos, los cuales mueren al hacerse mayores (Ibidem, p. 266)

VI APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A UN CASO CLINICO.

6.1 VALORACION DE ENFERMERÍA

6.1.1. DATOS GENERALES

Se trata de la señora Jesús de 71 años, casada, estudio hasta el sexto año de primaria, su religión es católica, es derechohabiente del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSSEMYM).

El 25 de Julio del 2007 presenta una caída desde su propia altura asociada a un episodio de agitación psicomotora, se realiza TAC cerebral que muestra Hemorragia Subaracnoidea, Fisher IV y dilatación ventricular incipiente, se maneja en cuidados Intensivos y se instala traqueostomía con ventilación mecánica con leve mejoría respiratoria en el ISSSEMYM en donde se realiza tratamiento conservador, presenta mejoría, movilizándose las cuatro extremidades.

El 9 de agosto presenta deterioro neurológico. Se traslada al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía para realizar angiografía, se localiza aneurisma en segmento de arteria comunicante postdorso de arteria carótida interna izquierda y bifurcación de arteria cerebral media con vasoespasmo severo.

Se coloca stent a nivel Arteria carótida interna (ACI) derecha segmento comunicante. El 14 de agosto sin complicaciones. Posteriormente, hace un síndrome de Hidrocefalia se coloca derivación ventrículo peritoneal.

Durante su estancia en el servicio de Hospitalización del segundo piso privado se identificó el caso y se solicitó el consentimiento a su esposo ya que ella se

encontraba en estado de estupor. A partir del 15 de agosto se inicio la realización del proceso de enfermería a la señora Marcelina.

6.1.2. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1.- Necesidad de oxigenación

Paciente con traqueostomía asistida a ventilador mecánico en modo Ventilación Obligatoria Intermitente Sincronizada (SIMV) con una fracción de oxígeno inspirado (Fio2) de 40 %, se observan secreciones verdosas purulentas por nariz, boca y tubo, con palidez de tegumentos y mucosa oral semihidratada, al auscultar el tórax, se escuchan estertores en ambos campos pulmonares, tiene un llenado capilar a los 2 segundos, en los análisis de laboratorio su resultado fue neumonía nosocomial.

Datos de Laboratorio:

Gasometría Arterial		Tiempos de Protrombina
Fio2:	40%	Tiempo de protrombina 1400 INR 11.1
Temperatura:	37°C	
PH:	7.515	Tiempo de Tromboplastina
PaCO2:	24mmhg	TTP: 27,2
Sat. O2	86%	

Frecuencia Cardiaca (F. C.)- 98 Tensión arterial (T. A)- 160/80, Frecuencia Respiratoria (F. R.)- 24, Temperatura (T.)- 36.8, Presión Venosa Central (PVC) de 15 milímetros de agua.

Interpretación de enfermería. Viendo los datos obtenidos en la gasometría arterial el cual nos indica un pH un poco elevado y una presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial (PACO₂) bajo por lo que podemos decir que la paciente presenta una alcalosis respiratoria debido a la obstrucción de las vías aéreas.

En los tiempos de protrombina y Tromboplastina se encuentra la paciente estable con referencia a los valores normales que maneja el laboratorio.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación

Paciente con sonda nasoyeyunal instalada el 17 de agosto del 2007, pasando infusión de Inmunex (Suplemento nutricional enteral para pacientes inmunocomprometidos) a 30 cc / hr. Regularmente esta solución se administra de 6-12 horas. Descansando por las noches, ya que la perfusión es para pasar en 5 horas con una hora de descanso.

Tiene como antecedentes patológicos; hipertensión arterial sistémica, con 10 años de evolución controlada con captopril 50 miligramos vía oral.

La paciente presenta obesidad de segundo grado, a la inspección se encuentra cicatriz abdominal reciente por derivación ventrículo peritoneal en región lumbar derecha, a la palpación se encuentra abdomen sin masas, a la auscultación se escuchan ruidos peristálticos; sonido mate en hígado y timpanico en área gástrica se mantiene en vigilancia estrecha para la valoración de glucosa en sangre, debido a la aplicación del inmunex.

Pesa 76 Kg Talla de 1.48 m e índice de masa corporal de 37.81

QUÍMICA SANGUÍNEA		BIOMETRÍA HEMÁTICA	
Glucosa	106	Leucocitos	12.9
Acido úrico	13	Neutrófilos	8.6
Creatinina	0.2	Linfocitos	11.5
Sodio	136	Monocitos	6.0
Potasio	3.0	Eosinófilos	0.6
Cloro	104	Basófilos	0.3
		Eritrocitos	3.61
		Hemoglobina	8.7
		Hematocrito	32.8
		Plaquetas	33.5

Interpretación de enfermería

El Acido úrico lo encontramos elevado, con una creatinina baja aunque en las mujeres se puede encontrar bajo y el potasio al igual bajo pero la explicación sería por el uso de la Fenitoína o la furosemida.

3.-Necesidad de eliminación

Paciente con ruidos peristálticos presentes, mantiene sonda foley a derivación sin ninguna anomalía a la palpación y la percusión, sin datos de infección, su orina es de color ámbar, con un olor característico, drenando de 1000 a 1500 ml., por turno, evacua una vez al día, sus heces son blandas de color café claro.

4.-Necesidad de movilidad y postura

Se encuentra en estado de estupor y tiene cuadriparesia (debilidad y ataxia de los 4 miembros).

5.-Necesidad de descanso y sueño

Por encontrarse en un estado de estupor no se puede valorar la necesidad de descanso y sueño.

6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Necesita ayuda para vestirse y desvestirse por su estado de conciencia.

7.-Necesidad de Termorregulación

Presento febrícula durante su estancia por infección en vías respiratorias bajas.

8.-Necesidad de Higiene y protección

Requiere de ayuda para su higiene personal, presenta una ulcera por presión sacra en estadio II, tiene resequedad en la piel y tiene hongos en todas las uñas de los pies.

9.-Necesidad de evitar peligros

Tiene heridas quirúrgicas en la región frontal y en la región abdominal flanco derecho, tiene varias vías de entrada como la traqueostomía, catéter subclavio y la sonda foley. Requiere atención para prevenir caídas.

10.- Necesidad de comunicarse

La paciente al momento de realizar los estímulos dolorosos solo tiende a dirigir la mirada, no obedece órdenes y no expresa ningún sentimiento.

11.-Necesidad de creencias y valores

Es católica y con fe en los milagros de la Virgen de Guadalupe

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

El rol que desempeña es el de mujer, esposa, madre y abuela; ella estaba satisfecha al cumplir sus responsabilidades y poner todo su empeño en llevar una buena relación con su familia.

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

La paciente se dedicaba en sus tiempos libres a bordar y tejer para su familia y así se entretenía y a veces salía a pasear con su esposo.

14.- Necesidad de aprendizaje

Los familiares refieren querer aprender a cuidar a su paciente en forma general como el baño y la asistencia de su paciente para cuando se la lleven a su casa ellos realizarlo.

6.1.3. IDENTIFICACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

NECESIDADES	D. SUBJETIVOS	D. OBJETIVOS
1.- Oxigenación	Traqueostomía asistida con ventilador mecánico Secreciones verdosas purulentas en nariz, boca y tubo endotraqueal, palidez de tegumentos y mucosa oral semihidratada, se escuchan estertores en ambos campos pulmonares	Llenado capilar de 2 seg. F. C.- 98 T. A.- 160/80, F. R.- 24 T.- 36.8 PVC .- 15 Gasometría arterial indica un pH un poco elevado y un PaCO ₂ bajo por lo que podemos decir que presenta una alcalosis respiratoria debido a la obstrucción de las vías aéreas
2.- Nutrición e Hidratación	Paciente con sonda nasoyeyunal, pasando infusión de Inmunex a 30 cc / hr. Con obesidad, abdomen sin masas, con ruidos peristálticos presentes a la auscultación	Peso <u>76 Kg.</u> , Talla: <u>1.48 m</u> índice de masa corporal <u>37.81</u> Acido úrico elevado, con creatinina baja, en las mujeres se puede encontrar bajo al igual que el potasio, esto se debe al uso de la Fenitoína o la furosemida.
3.- Eliminación	Ruidos peristálticos presentes, sin anomalías a la palpación, a la percusión, sin datos de infección. Paciente que evacua una vez al día	Orina de color ámbar, con olor característico, drenando 1000 a 1500 ml por turno. Heces blandas de color café claro.
4.- Movilidad y postura	En estado de estupor y con cuadriparesia	
5.- Descanso y sueño	Estupor	
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	Inmovilidad	
7.- Termorregulación	Febrícula	Fueron dos febrículas una de 37.6°C y la otra de 37.9°C
8.- Higiene y	Requiere ayuda	Presenta una ulcera por presión

protección		sacra en estadio II
9.- Evitar Peligros.	Requiere ayuda	En cráneo, herida fronto-occipital para derivación ventriculoperitoneal, en cuello traqueostomía para ventilación mecánica y en flanco derecho herida de 15 cm para derivación ventriculoperitoneal. Catéter subclavio izquierdo y la sonda foley a permanencia
10.- Comunicación	Solo dirige la mirada, al realizar estímulos dolorosos	
11.- Creencias y valores	Creía en la virgen de Guadalupe, igual que sus hijos	
12.- Trabajo y realización	El rol que desempeña es el de mujer, esposa, madre y abuela; ella estaba satisfecha al cumplir sus responsabilidades y poner todo su empeño en llevar una buena relación con su familia.	
13.- Jugar y participar en actividades recreativas.	En sus tiempos libres se dedicaba a bordar y tejer para su familia y así se entretenía y a veces salía a pasear con su esposo.	
14.- Aprendizaje	Los familiares quieren aprender a como cuidar a su paciente ya que ellos piensan que pronto se la llevaran a su casa.	

6.1.4. JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDADES	JERARQUIZACIÓN	CONDICIÓN
1.- Oxigenación	1.- Oxigenación	Dependiente
2.- Nutrición e hidratación	2.- Nutrición e hidratación	Dependiente
3.-Eliminación	3.- Termorregulación	Dependiente
4.- Movilidad y Postura	4.- Higiene y Protección	Dependiente
5.-Descanso y sueño	5.- Movilidad y Postura	Dependiente
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	6.-Eliminación	Independiente
7.- Termorregulación	7.-Evitar Peligros	Dependiente
8.- Higiene y Protección	8.- Usar prendas de vestir adecuadas	Dependiente
9.-Evitar Peligros	9.- Aprendizaje	Dependiente
10.-Comunicación	10.- Comunicación	Dependiente
11.- Creencias y Valores	11.- Creencias y Valores	Dependiente
12.- Trabajo y Realización	12.- Descanso y sueño	No valorable por su estado de Estupor
13.- Jugar y Participar en actividades recreativas	13.- Jugar y Participar en actividades recreativas	Dependiente
14.- Aprendizaje	14.- Trabajo y Realización	No valorable por su estado de estupor

6.1.5. JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES Y DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA
1. Oxigenación	<p>Deterioro del Intercambio gaseosos relacionado con desequilibrio de la ventilación perfusión, manifestado por hipoxia y gasometría arterial anormal.</p> <p>Limpieza Ineficaz de las vías aéreas relacionado con Secreciones Bronquiales manifestado por obstrucción de las vías.</p>
2. Nutrición y Hidratación	<p>Déficit de autocuidado: alimentación relacionada con Deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad de deglutir alimentos.</p>
3.- Termorregulación	<p>Hipertermia relacionado con enfermedad manifestado por presentar una temperatura de 37.9 °C</p>
4.- Higiene y Protección.	<p>Déficit de autocuidado: Baño/Higiene relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para bañarse</p> <p>Deterioro de la integridad Tisular, relacionado con Deterioro de la movilidad física presión y fricción manifestado por escara en región sacra en estadio II</p>
5.-Movilidad y Postura	<p>Deterioro de la movilidad física relacionado con Deterioro Neuromuscular manifestado por limitación de las habilidades motoras finas y gruesas</p>
6.-Eliminación	<p>Incontinencia urinaria total relacionado con disfunción neurológica manifestado por falta de conciencia.</p> <p>Incontinencia fecal relacionado con perdida de control del esfínter rectal manifestado por incapacidad de para reconocer la sensación de defecar.</p>

<p>7.-Evitar Peligros</p>	<p>Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos</p> <p>Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física</p>
<p>8.- Usar prendas de vestir adecuadas</p>	<p>Déficit de autocuidado: Vestido/acicalamiento relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse y quitárselas prendas de vestir.</p>
<p>9.- Aprendizaje</p>	<p>En la paciente no se puede valorar, sin embargo los familiares mostraron disposición de aprender para participar con su manejo terapéutico.</p> <p>Disposición de la familia para mejorar el régimen terapéutico relacionado con la complejidad del régimen manifestado por expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad de su mama y la prevención de secuelas.</p>
<p>10.- Comunicación</p>	<p>Deterioro de la comunicación verbal relacionado con su condición fisiológica, alteración del sistema nerviosos central manifestado por incapacidad para hablar.</p>
<p>11.- .-Jugar y participar en actividades recreativas</p>	<p>Déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización prolongada, manifestado por deterioro Neuromuscular.</p>
<p>12.-Descanso y Sueño</p>	<p>No valorable, paciente con estupor</p>
<p>13 Creencias y valores</p>	<p>No es valorable a la paciente pero se ayudo en esta necesidad a los familiares.</p> <p>Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con perdida de un ser querido.</p>
<p>14. Trabajo y Realización</p>	<p>No valorable, paciente con estupor</p>

6.1.6. PLAN DE CUIDADOS DEL 15 DE AGOSTO AL 27 DE SEPTIEMBRE DEL 2007

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnostico.- Deterioro del Intercambio Gaseoso relacionado con Desequilibrio de la Ventilación perfusión manifestado por hipoxia y gasometría arterial anormal

Objetivo. Ayudar a la paciente a mejorar el Intercambio gaseoso para mejorar la oxigenación pulmonar y general de todo el cuerpo

PLANEACION Y EJECUCIÓN	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Monitorización del oxigeno. ➔ Se mantiene monitorizada por oximetria de pulso las 24 horas del día. 	<p>Para detectar la hipoxemia antes de que aparezcan signos y síntomas, como la coloración terrosa de la piel y el oscurecimiento de los lechos ungueales. (Kozier, 2005: p. 571).</p> <p>Un indicador para realizar la aspiración de secreciones es cuando la saturación de oxigeno es menor al 92%.</p>	<p>Mejoro su saturación de oxigeno de 86 % al 96% por medio de gasometría arterial.</p> <p>La monitorización de oximetria por pulso se mantuvo entre 92% y 94% dependiendo de las secreciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Realizar gasometrías continuas ➔ Se realizan las gasometrías cada 3er 	<p>Para valorar el equilibrio acido-base y la oxigenación del paciente. (Kozier, 2005: p. 571)</p>	<p>Los resultados últimos de las gasometrías estaban en valores normales.</p> <p>ph.- 7.39</p> <p>PACO2.- 39</p>

<p>día.</p>		<p>Sat. de oxígeno.- 94%</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asistencia con ventilación mecánica. ➤ Se mantiene en ventilador mecánico en modo CPAP con un FiO2 40%. 	<p>Es un dispositivo de respiración a presión negativa positiva con que se conservan las respiraciones de manera automática, durante un periodo prolongado y optimiza el intercambio de gases al mantener la ventilación alveolar y la liberación de oxígeno. (Brunner, 2001: p.569,579) El tubo en T consiste en ministrar oxígeno de una toma de pared directamente al tubo de traqueostomía, esto se puede hacer cuando el paciente a recuperado su automatismo respiratorio</p>	<p>Se mantuvo con ventilador en modo CPAP con un FiO2 al 40% desde el 15 de Agosto al 24 de septiembre, el 25 de septiembre que paso a tubo en T con un FiO2 del 96 % a 3 litros por minuto. Necesitar el ventilador en modo CPAP significa no tener la capacidad para realizar la respiración automática y entonces el aparato lo realiza por el paciente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener en posición fowler o semifowler. ➤ Se mantiene la mayor parte del tiempo en posición semifowler. 	<p>Facilita la máxima expansión pulmonar esto evita la elevación de la presión intracraneana. (Brunner, 2001: p. 569,579)</p>	<p>La paciente se mantuvo todo el tiempo en posición semifowler, esto ayudo a conservar la presión intracraneana estable. La posición mejoro el intercambio gaseoso y se pudo evidenciar con el aumento gradual de la saturación de oxígeno, esto se podía valorar durante el cambio de cama ya que se hacia necesario bajar por unos segundos la cabecera en cuanto se volvía a dar posición de Fowler se</p>

		identificaba este cambio.
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Mantener vías aéreas permeables. ➡ Se aspira 7 veces por turno los primeros 15 días por la abundante cantidad de secreciones que salían, después se redujo poco a poco hasta dos veces por turno al final. 	<p>Las secreciones retenidas impiden el intercambio de gases, pueden provocar neumonía y si no se resuelve puede ocasionar una septicemia o un paro cardiorrespiratorio por hipoxia. (Brunner, 2001: p. 603)</p>	<p>Se eliminaron las secreciones Este procedimiento también ayudaba a mejorar el intercambio gaseoso y se pudo comprobar después de concluir la aspiración al observar el monitor se podía ver la elevación gradual de la saturación de oxígeno.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Facilitar eliminación de secreciones ➡ Se realiza el lavado bronquial una vez por turno, después dos veces al día y al final una vez al día. 	<p>Se humedecen las secreciones para que no se sequen y se aspira para que no queden dentro de la traqueotomía. La eliminación de las secreciones de la vía aérea reduce el potencial para la infección pulmonar y mejora la oxigenación. (Brunner, 2001: p. 541)</p>	<p>Las secreciones se mantenían húmedas por los lavados bronquiales que se realizaban y la expulsión de las secreciones se facilitaba. El lavado bronquial fue de utilidad para la eliminación de las secreciones. Se mejoró el intercambio gaseoso. No se presentaron complicaciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Escuchar sonidos pulmonares. ➡ En la valoración de signos vitales se 	<p>La presencia de trastornos que afectan el árbol bronquial y los alvéolos suele originar ruidos adventicios adicionales. (Brunner, 2001: p. 541)</p>	<p>Los estertores fueron desapareciendo gradualmente. Esto se pudo verificar con la auscultación diaria de los ruidos pulmonares que fueron disminuyendo su intensidad hasta</p>

<p>auscultaba los ruidos respiratorios y esto se hace dos veces por turno.</p>		<p>desaparecer</p>
<p>➡ Administración de medicación prescrita Ceftriaxona. ➡ Se aplica cada 12 horas por vía IV.</p>	<p>Infecciones debidas a gérmenes que son sensibles a ceftriaxona, por ejemplo: Infecciones de los conductos respiratorios, en especial, neumonías, así como también infecciones de la garganta, nariz y oído. (PLM, CD interactivo)</p>	<p>Después de dos semanas se controló el proceso neumónico por prescripción médica se prolongó la administración del fármaco dos semanas más considerando que continuaba con ventilación y reposo.</p>

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Diagnostico.- Limpieza Ineficaz de las vías aéreas relacionado con Secreciones Bronquiales manifestado por obstrucción de las vías.

Objetivo: Mejorar las condición ventilatoria pulmonar a partir de eliminar las secreciones.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humidificar Secreciones. ➤ Se realiza el lavado bronquial una vez por turno, después dos veces al día y al final una vez al día. 	<p>Se proporciona humedad a temperatura ambiente para evitar las secreciones secas o espesas. (Brunner, 2001: p. 571)</p>	<p>El lavado bronquial ayudo a mantener húmeda las secreciones y así su fácil eliminación por medio de la aspiración, mejorando su capacidad ventilatoria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar palmopercusión. ➤ En el momento del baño se da la palmopercusión mientras se cambia la cama. 	<p>Estas técnicas facilitan el drenaje de moco que se adhiere a los bronquios y bronquiolos. (Brunner, 2001: p. 563)</p>	<p>Ayudo a drenar las secreciones en ambos campos pulmonares, dejando así el paso libre a la ventilación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambios de posición y drenaje postural ➤ Se realizan cambios de posición cada 4 horas intercalando con drenaje postural una vez por turno. 	<p>El cambio de posición del cuerpo consiste en ayudar con drenaje postural que por la fuerza de gravedad facilita la expectoración de las secreciones bronquiales, ya que previene o alivia la</p>	<p>Los cambios de posición y el drenaje postural ayudo a facilitar la eliminación de las secreciones. Esto se pudo verificar en el momento de realizar el drenaje postural. Algo evidente es</p>

	<p>obstrucción bronquial derivada de la presencia de secreciones. (Brunner,2001: p. 562)</p>	<p>que después de hacer el drenaje, el lavado bronquial y la palmopercusion era notoria la aspiración de mayor cantidad de secreción del lado drenado en relación al no drenado. (se llega duplicar o triplicar la cantidad de flemas eliminadas) Este drenaje se realiza de ambos lados</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Aspiración de vías aéreas. ➡ Se aspira 7 veces por turno los primeros 15 días por la abundante cantidad de secreciones que salían, después se redujo poco a poco hasta dos veces por turno al final. 	<p>Se aspira para extraer las secreciones y mantener la vía aérea permeable. (Kozier, 2005: p. 1439)</p>	<p>La aspiración ayudo a eliminar secreciones del tubo bronquial y con esto mejorar la saturación de oxigeno manteniendo las vías aéreas limpias.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Observar las características de las secreciones. ➡ Se observan las secreciones purulentas por 15 días y fueron cambiando de color hasta solo aspirar secreciones blanquecinas en los últimos 7 días 	<p>El observar las características de las secreciones expectoradas y aspiradas nos ayuda a saber si hay infección.(Kozier, 2005: p. 1439)</p>	<p>La coloración de las secreciones fueron al inicio de color verde, claro y de consistencia espesa, en un periodo de 15 días, fueron cambiando gradualmente a blanquecinas y de consistencia ligera.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Administración de medicación preescrita 	<p>Está indicado para el tratamiento y</p>	<p>Se eliminaron favorablemente las</p>

<p>combivent. (Ipratropio/salbutamol)</p> <p>➡ Se administra cada 6 horas por nebulización.</p>	<p>profilaxis del broncoespasmo reversible, de moderado a severo, que acompaña a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con o sin enfisema pulmonar y al asma bronquial, en pacientes que requieran de la administración de más de un broncodilatador. (PLM, CD interactivo)</p>	<p>secreciones de vías aéreas bajas.</p> <p>No hubo broncoespasmo.</p> <p>Mejoro la expansión pulmonar haciendo que la saturación de oxígeno aumentara.</p> <p>La aspiración de secreciones disminuyo a dos veces por turno y se transfirió a un hospital general.</p>
---	--	--

NECESIDAD DE NUTRICIÓN Y HIDRATACIÓN

Diagnostico.- Déficit de autocuidado: alimentación relacionada con Deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad de deglutir alimentos.

Objetivos.- Apoyar al paciente con la alimentación, conservando la nutrición y hidratación adecuada del paciente.

PLANEACIÓN Y EJECUCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Instalación de Sonda Nasoyeyunal. ➔ Se instala la sonda nasoyeyunal el 17 de Agosto y se queda a permanencia 	<p>Es para establecer una vía para alimentar al paciente que no puede nutrirse por la boca y sea a largo plazo. (Dugas, 2000: p. 239)</p>	<p>Mejoro la nutrición, denotándose en el cabello y en la piel. La hemoglobina subió de 8.7 mg./d.l a un Hemoglobina de 12 mg./dl.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Aspirar el estomago antes de una nueva alimentación. ➔ Antes de iniciar la comida se aspira el residuo gástrico el cual resulta negativo siempre y se inicia la alimentación. 	<p>Esto es para determinar si ha pasado la comida al intestino y evitar el reflujo. (Dugas, 2000: p. 243)</p> <p>La clasificación negativa es cuando se aspira menos de 20 ml de contenido</p>	<p>Aspirar el estomago, permitió verificar que los alimentos por gastroclisis fueron bien absorbidos por el estomago y los intestinos. Teniendo un buen indicador de nutrición de la paciente a pesar de encontrarse en un estado estuporoso.</p>

	<p>gástrico.</p> <p>La clasificación es positiva cuando el contenido gástrico rebasa los 20 ml.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Elevar la cabecera de la cama de 35° a 40° (posición semifowler y fowler) durante y después de haber pasado la alimentación. ➡ Todo el tiempo se mantiene en posición Semifowler. 	<p>El elevar la cabecera del paciente ayuda a que la alimentación fluya por gravedad. (Dugas, 2000: p. 239)</p>	<p>La posición semifowler aseguro la recepción, la contención y la absorción de una dieta liquida en el paciente neurológico.</p> <p>La posición semifowler ayudo a evitar el riesgo de presentar reflujo y broncoaspiracion.</p> <p>La paciente fue egresada en buenas condiciones de nutrición e hidratación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Calentar el alimento a temperatura ambiente. ➡ La comida se prepara por las mañanas y a veces se mete al refrigerador, se saca una hora antes de empezar la dieta para que este a temperatura ambiente cuando se le administra por la sonda. 	<p>Los alimentos calientes dan lugar al crecimiento de microorganismos y si esta fría disminuye los jugos digestivos causando vasoconstricción y puede provocar vaso espasmos. (Kozier, 2005: p. 1325)</p>	<p>Doña Jesús tolero bien los alimentos y no hubo ninguna complicación de enteritis o problemas de absorción.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Irrigar la sonda nasoyeyunal con agua de 25 a 30 ml. Después de administrar la dieta y medicamentos. 	<p>El objetivo es lavar su luz para conservarla permeable. (Dugas, 2000: p. 241)</p>	<p>La irrigación mantuvo permeable la sonda nasoyeyunal.</p>

<ul style="list-style-type: none">➤ Después de pasar la comida y medicamentos se pasan 30 ml de agua y se cierra hasta la siguiente toma.		
<ul style="list-style-type: none">➤ Tomar Glicemia capilar.➤ Se toma glicemia capilar cada 6 horas y se mantiene con una glucosa normal.	<p>Como consecuencia de este tipo de nutrición enteral, se puede producir la elevación de las cifras de glucosa y de lípidos en sangre. En los pacientes con nutrición parenteral se tienen que hacer controles analíticos periódicos para equilibrar dichas cifras." (Dugas, 2000: p. 243)</p>	<p>En los resultados de la química sanguínea como en la glicemia capilar reflejo rangos normales de glucosa en sangre.</p>

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Diagnostico.-Hipertermia relacionado con enfermedad manifestado por elevación de la temperatura a 37.9 °C.

Objetivo.-Estabilizar la temperatura corporal y a la vez remitir la infección existente.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION.
<ul style="list-style-type: none">➤ Medición de los signos vitales.➤ Cuando hay fiebre, se toman los signos vitales cada hora y se pone más atención en la temperatura corporal.	<p>Para mantener los procesos fisiológicos normales del cuerpo.</p> <p>Cuando hay fiebre se debe tomar la temperatura corporal cada hora para evitar el riesgo de convulsiones (Kozier, 2005: p. 543)</p>	<p>La medición de la temperatura ayudo a elegir el método por el cual se iba a estabilizar la temperatura en un periodo corto.</p> <p>La señora Jesús no presento complicaciones por fiebre.</p> <p>La fiebre la presento en los primeros tres días de su ingreso.</p>
<ul style="list-style-type: none">➤ Eliminar el exceso de ropas de la Señora Jesús.➤ Se deja con la bata, cuando presenta fiebre se le quitan almohadas y cobijas hasta que se regule su temperatura.	<p>Fomenta la perdida de calor a través de la conducción y de la convección. (Potter, 2002: p. 703)</p> <p>Protegerse con la vestimenta y con las ropas de cama ayuda a las personas a protegerse del frío y a mantener la temperatura cuando su</p>	<p>El eliminar el exceso de ropa como un recurso para disminuir la temperatura es bueno, siempre y cuando esa elevación sea de un grado o menos.</p>

	condición fisiológica es estable.	
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Auxiliarse en el cultivo de secreciones bronquiales para buscar infección. ➡ Se informa a epidemiología sobre la fiebre que presenta y ellos nos dan el resultado de los cultivos que se realizaron cuando llego al hospital y nos dicen que sí, hay infección la cual este causando la elevación de la temperatura. 	<p>El cultivo de secreciones consiste en tomar una muestra de esputo, en el laboratorio realiza la siembra en un medio de cultivo donde se evalúa el desarrollo de microorganismos. Por lo tanto es un buen auxiliar para identificar a los microorganismos y combatirlos cuando se hace antibiograma.</p> <p>La fiebre es una respuesta de defensa ante la infección. (Potter, 2002: p. 702)</p>	<p>El cultivo de secreciones con antibiograma permitió la identificación del germen así como del antibiótico específico, que fue la ceftriaxona)</p> <p>El servicio de epidemiología registro los datos de la señora Jesús para llevar el seguimiento.</p> <p>A las tres semanas se resolvió el proceso infeccioso.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Administrar Paracetamol 1gr IV. ➡ Se administro en las dos ocasiones de fiebre. 	<p>Está indicado en el tratamiento sintomático del dolor agudo y crónico de diversa etiología de intensidad leve a moderada como la cefalea, odontalgias, dolor muscular, lumbalgias, adyuvante en el tratamiento de la migraña, artritis y artrosis, así como en el síndrome febril.(PLM, CD interactivo)</p>	<p>Al administrar el medicamento se obtuvo una mejoría en un promedio de una hora, la temperatura disminuyó a 36.3 grados Celsius.</p>

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION

Diagnostico.- Déficit de autocuidado: Baño/Higiene relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por incapacidad para bañarse

Objetivo.- Ayudar a la paciente a la realización de su aseo personal.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none">➡ Realizar baño de esponja.➡ Se realiza diario por las mañanas el baño de esponja.	El baño se elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células cutáneas muertas y algunas bacterias, estimula la circulación; aporta una sensación de bienestar. (Kozier, 2005: p. 768)	Favoreció el bienestar físico, aparte de mejorar el aspecto personal.
<ul style="list-style-type: none">➡ Mantener el calor.➡ Cuidar que la temperatura ambiente de la habitación se encuentre entre 22 a 26 grados C.➡ Evitar descubrirla toda durante el baño de esponja. El baño se aplica por partes, para evitar la pérdida de	Los pacientes con el daño neurológico son más susceptibles a la pérdida de calor corporal. (Potter, 2002: p. 1103)	Se utilizó agua caliente para estabilizar la temperatura de la habitación. Se realizó el baño de esponja por partes, evitando el enfriamiento corporal de la señora Jesús. Se mantuvo limpia y cómoda. No se presentaron complicaciones por el

<p>calor</p>		<p>baño.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar masajes en la espalda. ➤ Cuando se cambia la cama se da palmopercusión y masaje en la espalda con un aparato vibrador. 	<p>Favorece la relajación, alivia la tensión muscular y estimula la circulación de la sangre. (Potter, 2002: p. 1103)</p>	<p>Los masajes favorecieron la circulación y evitaron la tensión muscular. La piel se mantuvo integra y sin problemas</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lubricar la piel. ➤ Después de bañarla se le aplica crema en todo su cuerpo y se aplica más crema en las zonas que están mas resacas. 	<p>La aplicación de cremas puede ayudar a reducir la resequedad. (Potter, 2002: p. 1103)</p>	<p>Se alivio la resequedad de la piel que tenía, con ayuda de su lubricación diaria</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar higiene bucal tres veces al día. ➤ Se realiza aseo bucal después de bañarla, de lubricar la piel y acomodarla en una posición cómoda. 	<p>Los cuidados bucales de los personas inconscientes revisten gran importancia por que la boca tiende a secarse y en consecuencia esta predispuesta a infectarse. (Kozier, 2005: p. 793)</p>	<p>La higiene bucal mantuvo en buenas condiciones la mucosa oral.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener un entorno higiénico. ➤ Después de terminar el baño se pide que se realice el aseo del cuarto. 	<p>Un lugar limpio, seguro y cómodo facilita el descanso y sueño del paciente y transmite bienestar. (Kozier,2005: p. 813)</p>	<p>El cuarto se mantuvo limpio y cómodo para dar bienestar al paciente y a los familiares.</p>

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION

Diagnostico.- Deterioro de la integridad Tisular, relacionado con Deterioro de la movilidad física presión y fricción manifestado por escara en región sacra en estadio II.

Objetivo.- Prevenir futuras úlceras por presión y eliminar la presente úlcera por presión de la región sacra.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Se examine el estado de la piel a diario. ➡ Al momento de bañarla y cambiarla se observa todo el cuerpo en el afán de asegurar la integridad de la piel. 	<p>Las observaciones y la experiencia profesional permiten distinguir una piel sana de una piel con indicios de lesiones por lo tanto es de utilidad para la prevención de úlceras. (Carpenito,2005: p. 447)</p>	<p>La valoración continua del estado de la piel de doña Jesús ayudó a mantener en buenas condiciones su piel y a reforzar la prevención de úlceras.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Utilizar colchones de presión alterna. ➡ Una indicación para los pacientes inconcientes es el uso del colchón de presión alterna 	<p>Los colchones de presión alterna tienen la ventaja de distribuir el aire de manera uniforme por toda la superficie corporal. (Carpenito,2005: p. 447)</p>	<p>El uso del colchón de presión alterna ayudó a mantener en buenas condiciones la piel, además de prevenir las úlceras por decúbito.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Mantenga la piel del paciente en todo momento limpia y seca. 	<p>La piel limpia y seca ayuda a prevenir infecciones en la piel como los hongos. (Carpenito,2005: p.</p>	<p>La piel se mantuvo en buenas condiciones</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➡ Después del baño se seca completamente el cuerpo sin dejarlo mojado. 	<p>448)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Realizar cambios posturales cada 4 horas. ➡ Se hace el cambio de postura cada 4 horas con ayuda del camillero 	<p>Se realiza para evitar úlceras por decúbito en la prominencias óseas donde se encuentra la mayoría del peso del cuerpo. (Carpenito, 2005: p. 448)</p>	<p>Esto ayudo a que descansara en varias posiciones y que el peso no estuviera en un solo lado del cuerpo, si no en varios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Tratamiento de la incontinencia. ➡ Cuando evacua se retira la evacuación y se limpia la zona perianal y tiene sonda vesical. 	<p>La orina y las heces fecales producen humedad en la piel y existe el riesgo de infeccion (Carpenito,2005: p. 447)</p>	<p>Se evitó que la orina irritara la piel y que la heces fecales contaminaran la ulcera por presión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Administrar ulcoderma en la ulcera sacra. ➡ Se aplica todos los días después de su baño. 	<p>Está indicado en el tratamiento de diversas lesiones dérmicas postraumáticas y tróficas como: Ulcera varicosa, diabética y por decúbito. Y en general para cualquier proceso de cicatrización que tienda a la cronicidad, por lo tanto, su efecto es acelerar, granulación y epitelización de la lesión.(PLM)</p>	<p>La aplicación de ulcoderma, ayudó a la cicatrización de la ulcera por decúbito, Se redujo su circunferencia de la ulcera de 20 centímetros a 10 centímetros en un promedio de mes y medio.</p>

NECESIDAD DE ELIMINACION

Diagnostico.- Incontinencia urinaria total relacionado con disfunción neurológica manifestado por falta de conciencia.

Objetivo.- Ayudar al paciente con su eliminación urinaria y mantenerlo en limpio.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instalar Sonda Vesical Foley. ➤ Ingresó con sonda vesical pero se le hizo cambio de sonda 	<p>Consiste en un tubo de látex, de consistencia suave y flexible que cuenta con una luz y sirve para eliminar la orina cuando la persona tiene alguna limitación para ello. La utilidad es vaciar la vejiga (Dugas, 2000: p. 266)</p>	<p>Se mantuvo con la sonda a permanencia. Se eliminó la orina por esta vía. Se mantuvo en condiciones higiénicas a la persona.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar las características macroscópicas de la orina; color, cantidad, sedimentos entre otros,. ➤ Al hacer el vaciamiento de la bolsa recolectora de orina se observaba si había algún cambio de las tomas anteriores. 	<p>Estos parámetros ayudan a determinar la función del tracto urinario. (Kozier, 2000: p. 1405)</p>	<p>La orina era amarillo ámbar y de características normales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limpieza perianal e hidratación de piel. 	<p>El aseo elimina el riesgo de infección.</p>	<p>Ayudó a la limpieza y a evitar el riesgo a</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se lava la zona perianal a la hora del baño y después de cada evacuación, y se pone crema en los glúteos. 	<p>La crema ayuda a conservar la humedad natural de la piel y contribuye a una sensación de bienestar. (Dugas, 2000: p. 296)</p>	<p>infecciones en el tracto urinario y el la región glútea y perianal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Registro de egresos. ➤ Se hace el registro de lo que se ingresa y se egresa en cuestión de líquidos. 	<p>Llevar un registro ayuda a controlar los ingresos y los egresos, a su vez permite identificar algún problema en el sistema urinario. (Dugas, 2000: p.261)</p>	<p>El registró de ingresos y egresos, dio como resultado una buena función renal ya que eliminaba lo que ingresaba sin mostrar datos de retención.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administración de medicamentos; furosemida. ➤ Se aplica cada 12 horas. 	<p>Diurético de asa de la familia de las sulfonamidas utilizado en el tratamiento del edema asociado a la insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis y enfermedad renal, incluyendo el síndrome nefrótico. También se utiliza en el tratamiento de la hipertensión ligera o moderada y como adyuvante en las crisis hipertensivas y edema pulmonar agudo. La furosemida es empleada, asimismo, para el tratamiento de la hipercalcemia. Pertenece al grupo de los diuréticos de alto techo. (PLM, CD interactivo)</p>	<p>Se ministro el medicamento evitando una retención urinaria y como tratamiento de la hipertensión arterial.</p>

NECESIDAD DE ELIMINACION

Diagnostico.- Incontinencia fecal relacionado con perdida de control del esfínter rectal manifestado por incapacidad de para reconocer la sensación de defecar.

Objetivo.- Ayudar al paciente con su incontinencia fecal y mantenerlo lo más limpio posible

PLANEACIÓN Y EJECUCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar las características de las heces. ➤ Se observan las heces se ve la consistencia, coloración y cantidad 	<p>Conocer las características de las heces ayuda a identificar las alteraciones. (Kozier, 2005: p. 1356)</p>	<p>La observación ayudó a descartar infecciones en el tracto intestinal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener limpia la región perianal. ➤ Después de cada evacuación se realiza la limpieza de la zona y lubricar la piel con una crema 	<p>El aseo evitar el riesgo de infecciones y da comodidad. La crema para conservar la piel hidratada. (Dugas, 2000: p. 296)</p>	<p>Ayudo a que las heces no contaminaran la ulcera por presión y mantuvo limpia la región perianal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar a seleccionar las ropas más adecuadas. 	<p>Al momento de elegir una prenda vestir debemos de pensar en lo que le favorece a su</p>	<p>La utilización de la bata ayudo al manejo rápido de la paciente para</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ La paciente solo utilizaba bata 	<p>temperatura corporal y facilita las maniobras que se le realizan durante el día. (Dugas, 2000: p.297)</p>	<p>cuando se necesitara cambiar de ropa por algún accidente ocurrido</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar intimidad a la paciente. ➤ Al limpiarla o hacerle cualquier procedimiento se le pide a los familiares si nos permite un momento para hacer las cosas. 	<p>La intimidad es algo importante para muchos pacientes por lo tanto hay que propiciarla (Kozier, 2005: p. 1352)</p>	<p>En principio se le dio la privacidad para realizar cualquier procedimiento con ella pero los familiares aprendieron después por petición de ellos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ventilar la habitación o utilizar desodorante después de que la paciente ha defecado. ➤ Después de limpiarla se rocía un poco de desodorante ambiental. 	<p>El eliminar los olores de la habitación del paciente puede ayudar a que no se incomode. (Dugas, 2000: p. 296)</p>	<p>El mal olor es desagradable para todos por lo cual se decidió aromatizar el cuarto después de realizar la limpieza de la región perianal cuando había evacuado, así se le brindo un ambiente agradable.</p>

NECESIDAD DE MOVILIDAD

Diagnostico:

Deterioro de la movilidad física relacionado con Deterioro Neuromuscular manifestado por limitación de las habilidades motoras finas y gruesas

Objetivo. - Dar ejercicios pasivos y cambios posturales para evitar úlceras por decúbito y rigidez de los músculos.

PLANEACION EJECUCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none">➤ Utilización de un colchón de presión alterna.➤ Se deja las 24 horas el colchón de presión alterna ya que es parte del protocolo que se utiliza para atender a pacientes encamados.	Los colchones de presión alterna tienen la ventaja de distribuir el aire de manera uniforme por toda la superficie corporal. (Carpenito,2005: p. 447)	La piel se mantuvo en buenas condiciones, No se presentaron complicaciones
<ul style="list-style-type: none">➤ Dar posición anatómica a la paciente.➤ En la noche se alinea su cuerpo para descansar de los cambios posturales que	La alineación corporal reduce la tensión ejercida, sobre las estructuras músculo esqueléticas, mantiene el tono muscular y	Esto ayudo al descanso de la paciente ya que solo en las noches se mantenía alineada de esta manera mantuvo su

<p>se le hacen en el día.</p>	<p>contribuye a sostener el equilibrio.(Potter, 2002: p. 1009)</p>	<p>tono muscular y su equilibrio corporal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar ejercicios pasivos. ➤ Se hacen los ejercicios pasivos todos los días y se empezó por muy pocos movimientos en piernas y manos la primera semana ya al final se hacían diferentes ejercicios. 	<p>Los ejercicios pasivos conservan la movilidad y evitan la rigidez articular. (Potter, 2002: p. 1563)</p>	<p>El resultado que se obtuvo después de realizar sus ejercicios fue mayor movilidad de sus articulaciones y de sus miembros tanto inferiores como superiores, aumentando los ejercicios al final de su estancia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilización de vendas yo medias en miembros inferiores. ➤ Cuando se realiza su baño y esta cambiada se le ponen sus medias de compresión, en las noches se le retiran las medias para dejarla descansar. 	<p>Se utiliza para mejorar la circulación sanguínea de las extremidades y evita su estancamiento.(Potter, 2002: p. 1537)</p>	<p>La coloración y la temperatura de sus piernas y pies se mantuvieron cálidas con buena circulación</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Separar los talones de la cama colocando una almohada o similar bajo la parte inferior de las piernas. ➤ Cuando la cambiamos de posición siempre se le ponen almohadas entre las piernas y en los talones. 	<p>El empleo de una almohada bajo la parte inferior de la pierna levanta los talones lo necesario como para que pase una hoja de papel entre el talón y la cama, con lo que no hay presión sobre los tejidos y el flujo sanguíneo se mantiene. (Potter, 2002: p. 1537)</p>	<p>La Señora Jesús no tuvo presión sobre sus rotulas y sus talones que son prominencias óseas se permitió el libre flujo sanguíneo por estas zonas sin encontrar evidencia de lesiones.</p>

<ul style="list-style-type: none">➤ Realizar cambios posturales cada 4 horas.➤ Se hace el cambio de postura cada 4 horas con ayuda del camillero	<p>Se realiza para evitar las úlceras por decúbito en la prominencias óseas donde se encuentra la mayoría del peso del cuerpo. (Carpenito, 2005: p. 448)</p>	<p>El cambio de posición se volvió una rutina de la cual favoreció la movilidad de todo el cuerpo.</p>
---	--	--

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnostico.- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos

Objetivo.- Prevenir la infección al paciente de las diferentes vías de entrada que ella tiene.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACIÓN	EVAUACION
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavado de manos. ➤ Antes y después de realizar cualquier actividad con ella nos lavamos las manos. 	<p>Es la técnica más importante y básica de prevención y control de la transmisión de infecciones.(Potter, 2002: p. 868)</p>	<p>Se eliminó el riesgo de infección,</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar signos y síntomas de infección como la fiebre. ➤ Cuando tuvo fiebre se revisaron los estudios realizados para saber si tenía infección. 	<p>La fiebre es una respuesta a una infección. (Potter, 2002: p. 702)</p>	<p>La fiebre se resolvió en la necesidad de termorregulación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limpieza de heridas. ➤ Se realizan a diario la curación de las heridas cefálica y abdominal. Así como también cada tercer día se hace la curación del catéter subclavio. 	<p>La piel es una barrera para proteger de las infecciones. (Potter, 2002: p. 865)</p>	<p>La curación de heridas ayudó a la cicatrización. No hubo ninguna complicación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo de técnicas de asepsia. ➤ Cuando se realizan las curaciones de 	<p>Las técnicas de asepsia y antisepsia constituyen los pilares de la prevención de</p>	<p>La asepsia fue efectiva No se desarrollo ninguna infección</p>

<p>catéter o de las heridas se aplica las técnicas de asepsia y antisepsia.</p>	<p>la infección hospitalaria. (Potter, 2002: p. 853)</p>	<p>durante su estancia en el Instituto.</p>
<ul style="list-style-type: none">➤ Mantener las vías aéreas permeables.➤ Se aspira 7 veces por turno los primeros 15 días por la abundante cantidad de secreciones que salían, después se redujo poco a poco hasta dos veces por turno al final.	<p>La eliminación de las secreciones de la vía aérea reduce el potencial para la infección pulmonar y mejora la oxigenación (Brunner, 2001: p. 541)</p>	<p>La evaluación de este cuidado ya se describió en la necesidad de oxigenación.</p>

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnóstico.- Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física

Objetivo.- Mantener la integridad del paciente y evitar caídas en el hospital.

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Subir barandales de la camilla del hospital. ➡ Al terminar de realizar cualquier actividad se suben las barandillas 	<p>Los barandales brindan seguridad al paciente puede realizar cualquier movimiento sin tener la preocupación de un riesgo de caída. (Kozier, 2005: p. 750)</p>	<p>Los barandales evitaron el riesgo de caídas</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Pacientes acompañados. ➡ Siempre en el cuarto hay un familiar que la acompañe. 	<p>El acompañante tiene la misión de servir de soporte afectivo al paciente (Kozier, 2005: p. 752)</p>	<p>La paciente estuvo acompañada todos los días de su estancia en el Instituto.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Administrar Difenilhidantoina (DFH) ➡ Se administra 125mg cada 12 horas 	<p>Está indicada para el control de crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas (gran mal) y de crisis parciales complejas (psicomotoras, lóbulo temporal), así como para la prevención y tratamiento de ataques ocurridos durante o posteriores a eventos neuroquirúrgicas. (PLM CD interactivo)</p>	<p>Se controlaron las crisis tonicoclónicas.</p>

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Diagnostico.- Déficit de autocuidado: Vestido/acicalamiento relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse y quitarse las prendas de vestir.

Objetivo.- Ayudar al paciente con su vestido y acicalamiento

PLANEACIÓN Y EJECUCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar a que la persona se sienta cómoda. ➤ Se le pone la bata de manera que este cómoda y se vea estética con ella. 	<p>Proporcionar un ambiente para que la persona pueda realizar su arreglo personal con comodidad: intimidad, ropa adecuada, espejo, etc., (Kozier, 2005: p. 752)</p>	<p>Por la condición de dependencia para sus cuidados, siempre se le ayudo a vestirse</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar a seleccionar las ropas más adecuadas. ➤ Ya que ella no puede elegir su ropa, se le pone una bata ya que hay opción a un pijama pero su manejo en cuestión de monitorización seria incomodo. 	<p>Al momento de elegir una prenda vestir debemos de pensar en lo que le favorece a su temperatura corporal y facilita las maniobras que se le realizan durante el día. (Kozier, 2005: p. 752).</p>	<p>Por la condición dependiente siempre hubo necesidad de elegirle la ropa</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar desodorante. ➤ Después del baño se le aplica desodorante en sus axilas. 	<p>Estas se aplican ya que la piel este limpia y así el desodorante reduce los olores. (Kozier, 2005: p. 768)</p>	<p>Se mantuvo aseada y con aplicación de desodorante</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cepillar y peinar a la paciente. ➤ Se le cepilla y se hace una trenza todos los días después del baño. 	<p>El cepillado estimula la circulación de la sangre por el cuero cabelludo. (Potter, 2002: p. 807)</p>	<p>Se le cepillo el pelo y peinó ya que era una norma hospitalaria atender el arreglo personal a la paciente.</p>

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Diagnostico.- Deterioro de la comunicación verbal relacionado con su condición fisiológica, alteración del sistema nerviosos central manifestado por incapacidad para hablar.

Objetivo.- Establecer una comunicación no verbal eficaz

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Valorar la conducta no verbal, la expresión facial, el lenguaje corporal, postura, gestos, etc,.. ➡ Siempre se le observa la cara cuando se realiza cualquier actividad para así darnos cuenta si le duele. 	<p>Los sentimientos y las actividades se transmiten no solo con palabras, si no también por la conducta no verbal. (Dugas, 2000: p. 125)</p>	<p>Se logro establecer una comunicación no verbal a través del tacto: brindando los cuidados con disposición de ayuda, con aceptación, tocándola con suavidad y ternura.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➡ Observar la expresión facial. ➡ Hace un gesto de molestia cuando algo le lastima 	<p>Esto es la forma más común de expresar sentimientos en forma no verbal ya que son un lenguaje universal. (Dugas, 2000: p. 125)</p>	<p>Se identificaron expresiones de dolor, molestia e incomodidad ante algunos procedimientos como el lavado bucal y en la valoración del estímulo doloroso.</p>

<ul style="list-style-type: none">➤ Sugerir a los familiares que le demuestren afecto a la paciente.➤ El esposo de la paciente siempre le hablaba con amor y le decía cuanto la quería todavía a su lado.	<p>La sexualidad cada vez se reconoce su importancia en el cuidado de los ancianos. Todos ellos; sanos o enfermos, necesitan expresar sus sentimientos, sexualidad no solamente incluye al acto del coito en sí, sino también el amor, el calor, el afecto, el compartir y el contacto.(Potter, 2002: p. 266)</p>	<p>Se pudo verificar la expresión de afecto, amor y cariño de toda su familia que la visitaba; esposo e hijos.</p>
--	---	--

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Diagnostico.- Déficit de actividades recreativas relacionado con hospitalización prolongada, manifestado por deterioro Neuromuscular.

Objetivo.- Propiciar un ambiente agradable y de confort.

PLANEACIÓN Y EJECUCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poner música de su agrado para que la paciente lo escuche. ➤ Se le pone su música partir del 20 de Agosto por las tardes empezando desde las 3 de la tarde hasta las 7 de la tarde. 	<p>La musicoterapia actúa como motivación para el desarrollo de autoestima, con técnicas que provoquen en el individuo sentimientos de autorrealización, autoconfianza, autosatisfacción y mucha seguridad en sí mismo. El ritmo, elemento básico, dinámico y potente en la música, es el estímulo orientador de procesos psicomotores que promueven la ejecución de movimientos controlados: desplazamientos para tomar conciencia del espacio vivenciados a través del propio cuerpo.</p> <p>http://elmistico.com.ar/musicoterapia.htm</p>	<p>La musicoterapia ayudó a que la señora Jesús mostrara mayor relajación durante: la movilización en cama, los ejercicios pasivos, el cambio de ropa, de pañal, se percibió su cuerpo más ligero, que cuando no tenia música.</p> <p>La música se seleccionó tomando en cuenta las sugerencias de su esposo y su hija mayor, quienes expresaron conocer las melodías de su preferencia.</p>

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Diagnostico.- Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado con perdida de un ser querido

Objetivo.- Realizar el acompañamiento a la familia para afrontar la enfermedad y el riesgo inminente de muerte

PLANEACION Y EJECUCION	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACION
<ul style="list-style-type: none">➤ Dar esperanza.➤ Se les explica a los familiares sobre la enfermedad y cuales son los progresos y retrocesos encontrados.	El conocimiento de la enfermedad permitirá a la familia pensar que su familiar vive con una enfermedad y no que muere con la enfermedad. (Potter, 2002: p. 617)	Se logro realizar un acompañamiento a los familiares; esposo y 7 hijos quienes diario se turnaban para estar presentes con la señora Jesús.
<ul style="list-style-type: none">➤ Animar a la familia a expresar sus sentimientos o preocupaciones.➤ Se les brinda la confianza para que los familiares hablen de sus temores, dudas o sus preocupaciones, así como lo que piensan.	Las personas se abren para descubrir su particular significado espiritual después de pasar por una crisis que amenaza la integridad familiar. (Potter, 2002: p. 617)	Se logró una relación empática. Toda la familia experimentó la confianza de externar sus temores y sus dudas La hija mayor fue a quien se identifico como el soporte emocional para sí misma y para la familia, mientras que el tercer hijo represento para la familia un soporte económico, por otra parte cabe señalar que el 4º. hijo fue quien

		presentó mayor labilidad emocional a pesar de la comunicación continua y el soporte emocional por la enfermera.
<ul style="list-style-type: none">➤ Emplear recursos espirituales.➤ Los domingos se da misa y entre semana van personas a orar por los enfermeros.	Los familiares son un recurso de la comunidad religiosa para compartir sus preocupaciones. (Potter, 2002: p. 617)	Los familiares se sensibilizaron con la enfermedad y por lo menos algunos de ellos aceptaron la realidad y el riesgo latente de muerte de la señora Jesús
<ul style="list-style-type: none">➤ Dejarlos Orar.➤ Ellos oran todos los días a las 12 de la tarde que es cuando ellos dicen que pasa la virgen	El acto de orar proporciona la oportunidad de renovar su fe y la creencia de un ser superior. (Potter, 2002: p. 620)	Los familiares, se dieron la oportunidad de acercarse a su credo y a sus recursos como la oración, el dialogo con el sacerdote que visitaba el servicio

VII CONCLUSIONES

Al comienzo de la pasantía inicié, este trabajo sin saber cuanto aprendería, en el momento de estar en la carrera, no entendí y tampoco tuve la idea de que me serviría para un mejor manejo de los pacientes neurológicos durante mi estancia en el área clínica

Al empezar a realizar la valoración fue diferente a como la realizábamos en la escuela, el hecho estaba en que las preguntas que yo realizara no las podría contestar la señora Jesús, de ahí empecé una relación enfermera-paciente-familia de ellos; el esposo fue con el que tuve la entrevista acerca de la Señora Jesús sobre sus hábitos y costumbres, a veces alguno de sus hijos me platicaba lo que realizaba durante el día, o lo que le gustaba hacer, cocinar, comer.

Después la necesidad de saber más sobre qué pasaría con ella, eso, me obligo a una investigación sobre la enfermedad y las escalas que generalmente se manejan en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, las cuales no conocía del todo.

Cuando se realizaron los cuidados planeados, me percaté de que, a la vez se estaban brindando cuidados a los familiares, en el momento en que me dí cuenta, se me vino a la mente lo que en uno de los tantos libros que leí decía “La enfermera tiene la capacidad de brindar cuidado a un individuo, familia o comunidad”, al igual de recordar que la familia es una unidad.

Este trabajo me dejó un aprendizaje sólido sobre todo los esfuerzos que implica planear, ejecutar e integrar un trabajo formal sobre “el proceso atención de

enfermería”. Gracias a la decisión de hacerlo puedo reconocer desde la práctica que efectivamente es un trabajo que requiere de la sistematización, la validación de datos con el paciente o los familiares, el aprendizaje mutuo basado en los problemas reales que se están viviendo desde la perspectiva del paciente, de los familiares, del entorno y de la enfermera.

Entre los resultados logrados de este trabajo se puede señalar que se resolvieron 16 diagnósticos de enfermería de los cuales 13 problemas fueron reales y dos de riesgo, al final se descarto un diagnóstico “ el de disposición de la familia (hijos) para mejorar el régimen terapéutico relacionado con la complejidad del régimen manifestado por expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad de su mamá y la prevención de secuelas” debido a que la enseñanza ya se había abordado en alguna medida en la resolución de otros diagnósticos que abordaban algunas necesidades básicas, por otra parte se evaluó no viable ya que los familiares, no contaban con ninguna preparación profesional para resolver las altas exigencias de cuidados de su paciente y requerir de cuidados hospitalarios.

Posteriormente a su estabilización, la paciente necesitó de ser transferida al ISSSEMYM de Toluca por ser derechohabiente, ya que había sido aceptada en el Instituto temporalmente como parte de un servicio subrogado por el mismo ISSSEMYM.

VIII. GLOSARIO

ANEURISMAS.

Un aneurisma es un ensanchamiento o abombamiento anormal de una porción de una arteria, que tiene relación con la debilidad en la pared de dicho vaso sanguíneo (Mosby, 2005: PP. 92-93)

ANGIOGRAFIA.-

Es un examen de diagnóstico por imagen cuya función es el estudio de los vasos circulatorios que no son visibles mediante la radiología convencional. Su nombre procede de las palabras griegas angeion, "vaso", y graphien, "grabar" (Mosby, 2005: p 96)

ANTICOAGULANTE.

En medicina y farmacia, un anticoagulante es una sustancia endógena o exógena que interfiere o inhibe la coagulación de la sangre, creando un estado Pro hemorrágico (Mosby, 2005: p 108)

ATEROTROMBOSIS.

Es el fenómeno patológico por el cual se forma un trombo sobre una lesión arteriosclerótica preexistente. (Mosby, 2005: p. 162)

CATETER SUBCLAVIO.-

Es un acceso venoso, es la elección para la mantención prolongada de un catéter central, por su comodidad y menor riesgo de infecciones asociadas. La

incidencia de neumotórax y hemotórax es mayor a la punción por vía yugular con cifras aceptadas como razonables de 1 a 3%, pero en manos experimentadas puede llegar a ser menor de 1/500. De este modo, la posibilidad de infección, la comodidad del paciente y la facilidad en la fijación y curaciones pasan a ser los factores principales en la decisión de esta vía de abordaje (Mosby, 2005: p. 263).

CEFALEA.-

Dolor de cabeza, es un síntoma que puede deberse a múltiples enfermedades, de diversas etiologías (Mosby, 2005: p. 277).

CRISIS CONVULSIVAS.

Son síntomas de disfunción cerebral que producen una descarga hipersincrónica o paroxística de un grupo de neuronas, hiperexcitables, localizadas en el cortex cerebral (Mosby, 2005: p. 390).

CUADRIPARESIA.

Debilidad y ataxia de los 4 miembros. (Mosby, 2005: p. 397)

DESCEREBRACION.

La postura de descerebración es una postura corporal anormal que se manifiesta por extensión rígida de los brazos y piernas, inclinación de los dedos de los pies hacia abajo y arqueado hacia atrás de la cabeza, causada generalmente por una lesión cerebral severa a nivel del tronco encefálico. (Mosby, 2005: p. 407)

DISCRACIA SANGUÍNEA.

Se trata de un término muy amplio que designa todo trastorno sanguíneo en el que cualquiera de los constituyentes de la sangre es cualitativa o cuantitativamente anormal

Podemos encontrarnos ante discrasias de las células de la sangre (leucemia, anemia o trombopenia), pero también de cualquiera de los componentes sanguíneos (como ocurre por ejemplo en la hemofilia).

(http://www.diagnosticomedico.es/enfermedad/Discrasia_Sanguinea-53728.html)

EMBOLIA.

La embolia es la impactación de una masa no soluble que es transportada por el sistema vascular de un lugar a otro. Esta masa puede ser de distintas naturalezas: sólida, líquida o gaseosa. Además puede tener distintos orígenes.

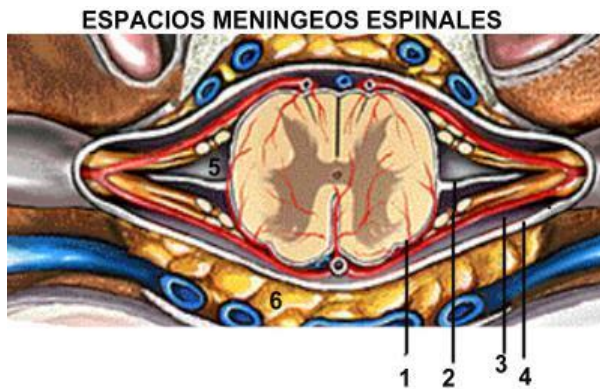
El émbolo es la masa no soluble intravascular que produce la embolia.

Su principal efecto es producir isquemias tisulares de mayor o menor grado en función del lugar que afecte así como del tamaño del émbolo como mayor sea, podrá taponar un vaso más importante y por tanto producirá un efecto más extenso (Mosby, 2005: p. 537)

ESPACIO SUBARACNOIDEO.

Es el comprendido entre la aracnoides, la parietal adherida a la dura y la visceral a la pía. Este espacio en condiciones de normalidad se encuentra libre y es por donde circula el LCR desde los ventrículos, donde se forma, hasta las

vellosidades aracnoideas, donde se reabsorbe, las cuales se encuentran principalmente en la convexidad de los hemisferios (Mosby, 2005: p. 781)



- 1.- Piamadre
- 2.- Ligamento Dentado
- 3.- Aracnoides
- 4.- Duramadre
- 5.- Espacio Subaracnoideo
- 6.- Espacio Epidural

(www.anatomiahumana.ucv.cl/morfo1/foto1/espmenmed.jpg)

ESTUPOR.

Estado mental en que hay una pérdida parcial de la conciencia, únicamente se responde a estímulos dolorosos muy enérgicos y antecede al estado de coma (Merck, 1999: p. 1391)

FIBRAS RETICULARES.

Las Fibras reticulares: forman parte de una red de soporte, son inelásticos presentes envolviendo órganos. Antiguamente consideradas fibras diferentes, son fibras compuestas por colágeno tipo III (Mosby, 2005: p. 681).

HEMORRAGIA INTRACERERERAL PRIMARIA

La hemorragia intracerebral (HIC) es una colección de sangre dentro del parénquima cerebral producida por una rotura vascular espontánea, no traumática. (Mosby, 2005: p. 782)

La HIC puede ser primaria o secundaria. Se denomina primaria a aquella HIC causada por la rotura de cualquier vaso de la red vascular normal del encéfalo cuya pared se ha debilitado por procesos degenerativos: arterioesclerosis, angiopatía congófila. La HIC secundaria es aquella producida por la rotura de vasos congénitamente anormales (aneurismas saculares, fístulas arteriovenosas, telangiectasias, cavernomas), de vasos neoformados (hemorragia intratumoral), o de vasos afectados por inflamación aséptica o séptica (vasculitis, aneurismas micóticos).

HIDROCEFALIA.

Se deriva de las palabras griegas "hidro" que significa agua y "céfalo" que significa cabeza. Como indica su nombre, es una condición en la que la principal característica es la acumulación excesiva de líquido en el cerebro. (Mosby, 2005: p. 798)

INMUNEX.-

Suplemento nutricional oral o enteral para pacientes inmunocomprometidos. En

Polvo

Calorías: 500 Kcal.

Proteína:

Lactoalbúmina..... 18.50 g

		Suplementada:	**Total:
Glutamina	1.75 g	5.7 g	7.45 g
Isoleucina	1.20 g	2.7 g	3.90 g
Arginina	0.70 g	7.0 g	7.70 g
Leucina	2.25 g	3.6 g	5.85 g
Valina	1.05 g	3.7 g	4.75 g

Grasas:

Aceite de canola..... 5.5 g

Triglicéridos de cadena mediana (TCM) 5.5 g

Carbohidratos:

Maltodextrina..... 60.0 g

Distribución energética:

Proteínas..... 32 %

Grasas..... 20 %

Carbohidratos..... 48 %

Densidad calórica: 1 kcal/ml (a la dilución recomendada de 500ml.).

(PLM CD interactivo)

PUNCIÓN LUMBAR

Es el procedimiento que los médicos utilizan para obtener una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) (el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal) (Merck, 1999: PP. 1357-1358)

RESONANCIA MAGNETICA

Es un método de imagen con alta resolución, el cual permite obtener invaluable información y ayuda para el diagnóstico de muy diversos padecimientos en el cuerpo humano.

Este método de estudio no utiliza radiación ionizante (rayos X), sino un campo electromagnético, indoloro, mediante el cual pueden explorarse las diferentes partes del cuerpo humano y obtener imágenes de alta calidad de las mismas.

(Merck, 1999: p. 1359)

SIMV.

Este modo de ventilación se denomina Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation- SIMV (Ventilación Obligatoria Intermitente Sincronizada).

El respirador asiste al paciente de forma sincronizada a su respiración con un número de respiraciones fija por minuto que es seleccionado por el anestesista, con independencia de la voluntad del paciente, las cuales aplicarán un determinado volumen corriente previamente ajustado.

(<http://personal.telefonica.terra.es/web/respiradores/simv.htm>)

SONDA FOLEY.

Sonda o catéter flexible, de plástico o hule, que se utiliza para vaciar la vejiga, insertándolo directamente a ella a través de la uretra.

(<http://www.elergonomista.com/enfermeria/sonda.htm>)

STENT.

Es un tubo diminuto que se coloca dentro de una arteria, un vaso sanguíneo u otro conducto (como el que transporta la orina) con el fin de mantener la estructura abierta.

(<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002303.htm>)

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA.

También conocida por la sigla TAC o por la denominación escáner, es una técnica de diagnóstico utilizada en medicina.

Tomografía viene del griego tomos que significa corte o sección y de grafía que significa representación gráfica. Por tanto tomografía es la obtención de imágenes de cortes o secciones de algún objeto (Merck, 1999: p. 1484)

TRIPLE H.

Estos pacientes con hemorragia subaracnoidea deben mantenerse la normovolemia, normotensión y normodilución a toda costa, y para esto es necesario la colocación de un catéter central para evaluar la presión venosa en aurícula derecha y si el riesgo de vasoespasmo es alto, deben llevarse a terapia hipervolémica-hipertensiva con hemodilución (terapia triple H) para disminuir el riesgo de vasoespasmo-isquemia, la cual debe realizarse en una unidad de cuidados intensivos y preferiblemente con monitoreo hemodinámico con catéter de arteria pulmonar Swan Ganz (Adams, 2004: p. 838)

TRAQUEOSTOMIA.

Es un procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea a través de una incisión ejecutada en el cuello con la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones. (Merck, 1999: p. 543)

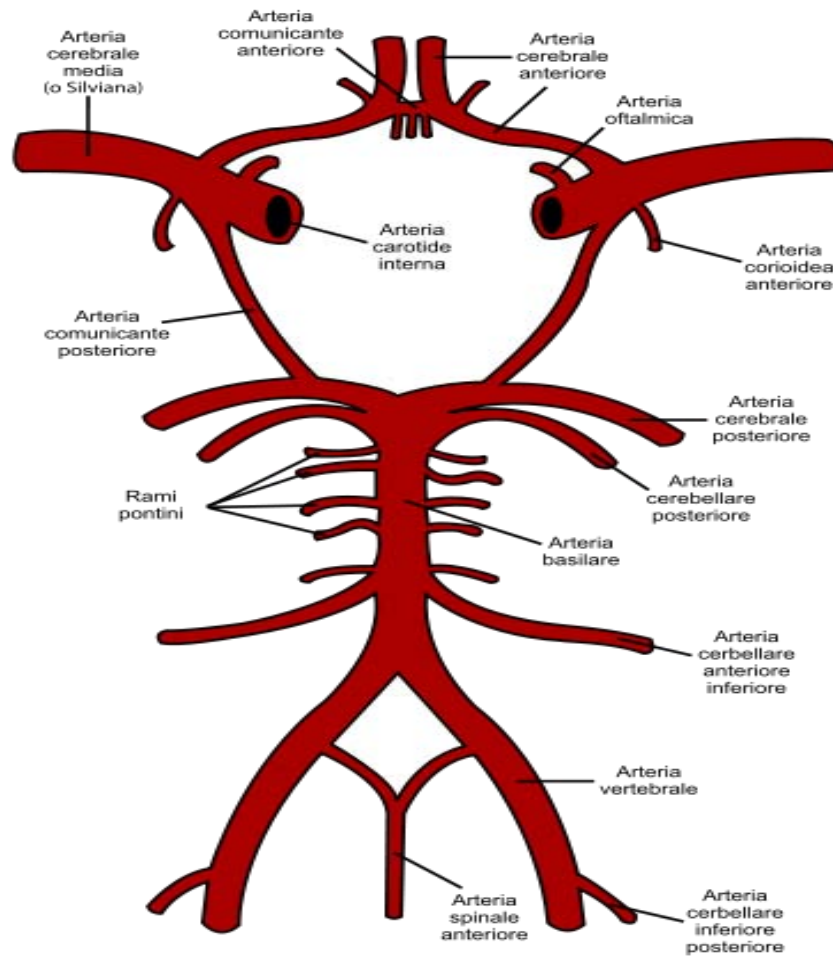
VASOESPASMO.

Contracción de las fibras musculares lisas que forman parte de la pared de los vasos sanguíneos, particularmente las arterias, que disminuye marcadamente el calibre de ellos y dificulta por lo tanto el paso de sangre. Es una de las causas de angina de pecho inestable.

(<http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php>)

VIII ANEXOS

FIGURA 1.- POLIGONO DE WILLIS,



(<http://www.upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/d/d9/Circ>)

TABLA 1.- CLASIFICACIÓN DE HUNT Y HESS

Grado 0	Aneurisma no roto (incidental)
Grado 1	Oligosintomáticos/asintomático o cefalea mínima y rigidez de nuca leve
Grado 2	Cefalea moderada o severa, rigidez de nuca, compromiso de pares craneanos.
Grado 3	Confuso, somnoliento, o signos focales leves.
Grado 4	Estupor, hemiparesia moderada o severa.
Grado 5	Coma, moribundo, y/o postura de descerebración.

Esta tabla fue tomada de (Gasas, 2005: p830-838)

TABLA 2.-ESCALA DE FISHER

Grupo	Sangrado evidenciado por TC
1	Sin evidencia de sangrado
2	Sangrado en cisterna y surco inter hemisférico menor de 1 mm. De espesor
3	Sangrado en cisternas y surco inter hemisférico mayor de 1 mm. De espesor
4	Sangrado intraparenquimatoso o intraventricular, con sangrado en cisternas y surco inter hemisférico menor de 1mm de espesor

Esta tabla fue tomada de (Gasas, 2005, PP. 830-838)

IX BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS V. Principios de Neurología, Editorial Mc Graw Hill, México, 2004
PP. 830-838
2. ALFARO-LEVFVRE. Aplicación del proceso de Enfermería, 3ª Edición,
Editorial Mosby Doyma, Madrid España, 1996, p. 3
3. BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería medicoquirúrgica, Volumen 1, 9ª
edición, editorial Mc Graw Hill, España 2001, PP. 541-603.
4. CARPENITO LYNDA. Planes de cuidados y documentación clínica en
enfermería, 4ª edición, Editorial Mc Graw Hill. España 2005. PP. 447-448
5. DUGAS WITTER BERBELY. Tratado de Enfermería practica, 4ª. Edición,
Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 2000 PP. 57-80; 125; 239-297
6. GASAS PARERA IGNACIO. Manual de Neurología, 2ª edición. Editorial
Grupo Guía S. A. Colombia 2005, PP. 42-46
7. KOZIER. Fundamentos de enfermería, Volumen 1, 7ª edición Editorial
Interamericana, Madrid España 2005, PP.543-813
8. KOZIER. Fundamentos de enfermería, Volumen 2, 7ª edición, Editorial
Interamericana, Madrid España, 2005, PP. 1325-1439.
9. LEDESMA MARIA DEL CARMEN. Fundamentos de Enfermería, Editorial
Limusa, México 2004 , PP. 270-350
10. MARRINER A. y TOMEY. Teorías y modelos de enfermería 4ª. Edición,
Editorial Hacourt, España 1999. PP. 99-109
11. MERCK.- El manual Merck de diagnostico y tratamiento, décima edición,
Editorial Elsevier science España 1999 PP. 543, 1357-1359, 1391, 1484.

12. MOSBY. Diccionario de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, 6ª ed. Volumen 1, 2; Editorial Elsevier, España 2003, PP. 92-93,108, 162, 263, 277, 390, 397,407, 537,781, 782, 789.
13. NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2005-2006, Madrid, España, p.299.
14. PERRY-POTTER. Fundamentos de enfermería, 15ª edición, editorial Harcourt, Madrid España 2002, PP. 252-269 y 617-1563
15. PLM. Diccionario de especialidades farmacéuticas. Lima Perú, 2005. CD-ROM
16. RODRIGUEZ MORALES. Geriatría, editorial Mc Graw Hill, México, 2002 PP. 37-44
17. SMITH JAMES. Virginia Henderson. Los primeros noventa años, editorial Masson, España 1996, PP. 9-92.

BIBLIOGRAFIA DE INTERNET

1. Conferencia de la Lic. Elena Zúñiga Herrera, Secretaria General del Consejo Nacional de Población, *El proceso de envejecimiento demográfico: situación y perspectivas*, en el Congreso Internacional. El Reto del Envejecimiento. INAPAM, Secretaría de Relaciones Exteriores, México 17 de junio de 2004
http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/discursos2004_08.htm
2. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del sigloXXI Edición:2005

- http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
3. La música terapia. <http://elmistico.com.ar/musicoterapia.htm>
 4. Espacio subaracnoideo
www.anatomiahumana.ucv.cl/morfo1/foto1/espmenmed.jpg
 5. Polígono de Willis
<http://www.upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/d/d9/Circle>
 6. Discracia sanguínea
http://www.diagnosticomedico.es/enfermedad/Discrasia_Sanguinea-53728.html
 7. SIMV <http://personal.telefonica.terra.es/web/respiradores/simv.htm>
 8. Sonda Foley <http://www.elergonomista.com/enfermeria/sonda.htm>
 9. Stent
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002303.htm>
 10. Vasoespasmo <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php>