



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 3295-12



MÉTODO ENFERMERO:
**PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO.**

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A
GALÁN VÁZQUEZ ELIZABETH.

ASESORA: L.E.O. MARIA ESTHER GUADALUPE OLIN LAGUNA.

MÉXICO D.F. 2009



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.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

Por el amor y la vida que me a brindado hasta ahora, y las ganas de triunfar para ser mejor en la vida.

AMÍ PAPI.

Por el cariño y apoyo para lograr tener mi carrera de Licenciada en enfermería y obstetricia.

AMÍ MAMI.

Por el amor, apoyo, confianza y sobre todo su buena voluntad y esfuerzos que a hecho durante mi vida, para que sea una persona, feliz y con mis metas de vida y profesionales logradas.

AMIS HERMANOS.

LIDIA, ANEL, BARBARA, MARCELINO Y DANIEL.

Por el gran amor, confianza y apoyo que me han brindado durante toda mi vida. Y gracias por sus deseos y consejos.

CONTENIDO

CAPITULO I.

INTRODUCCIÓN	- 1 -
OBJETIVOS	- 2 -
OBJETIVO GENERAL	- 2 -
OBJETIVOS ESPECIFICOS	- 2 -

CAPITULO II

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL CEREBRO.	- 3 -
EL CEREBRO	- 7 -

CAPITULO III

FISIOPATOLOGÍA	- 8 -
ETIOLOGÍA	- 9 -
DIAGNÓSTICO.	- 10 -
CUADRO CLINICO.	- 10 -
TRATAMIENTO	- 10 -
ETIOLOGÍA	- 11 -
DIAGNÓSTICO.	- 11 -
CUADRO CLINICO.	- 11 -
TRATAMIENTO	- 12 -

CAPITULO IV

VALORACIÓN	-13-
-------------------	-------------

CAPITULO V

PLAN DE INTERVENCIONES

-22-

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disfunción neuromuscular manifestado por disminución de la capacidad vital.

- 22 -

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con retención de las secreciones manifestado por cianosis.

- 25 -

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Perfusión tisular inefectiva cerebral relacionado con hipovolemia manifestado por alteración del estado cerebral.

- 28 -

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la incapacidad para absorber los nutrientes, debido a alteraciones neurológicas manifestado por peso corporal inferior al peso ideal.

- 29 -

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física relacionado con alteración neuromuscular manifestado por disminución del tiempo de reacción.

- 31 -

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la comunicación verbal relacionada con disminución de la circulación cerebral manifestado por no hablar.

- 33 -

CAPITULO VI

PLAN DE ALTA.

- 34 -

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico manifestado por deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas.

- 34 -

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- 39 -

ANEXOS.

- 40 -

BIBLIOGRAFÍA.

- 45 -

INTRODUCCIÓN

La aplicación del método enfermero es de suma importancia debido a que la interacción paciente – enfermera se vuelve más estrecha día a día, principalmente en enfermedades crónico degenerativas como la enfermedad cerebrovascular que corresponde a una alteración de la irrigación sanguínea del encéfalo, ya sea de índole isquémico (falta de aporte sanguíneo) o hemorrágica, que provoca una abolición temporal o definitiva de las funciones neurológicas de la zona afectada y da lugar a un cuadro clínico denominado ictus o apoplejía, con pérdida de la conciencia, parálisis, trastornos del lenguaje con pérdida de la conciencia. Las manifestaciones, evolución y secuelas varían de un caso a otro.

Con el propósito de precisar y satisfacer de manera eficiente las necesidades de cada paciente, es indispensable establecer una serie de pautas que, en su conjunto, constituyen el método enfermero. Se trata de un proceso continuo pero integrado por diferentes etapas, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente. Cabe destacar, sin embargo, que tales etapas, aunque puedan definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el método enfermero implica una actuación constante y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del cliente no sólo desde una dimensión física o biológica, sino también desde la perspectivas psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Es por esto que se realiza la valoración de enfermería con base a los nueve patrones de respuesta humana (sentimiento, intercambio, relación, valoración, elección, conocimiento, movimiento, comunicación y percepción), a partir de un formato ya establecido, para identificar las necesidades que presenta el cliente.

Con base en la identificación de los patrones de respuesta humana alterados se elaboran diagnósticos de enfermería en la taxonomía de la NANDA, plan de intervenciones con la taxonomía NIC y con resultados esperados con NOC lo cual permite elaborar un plan asistencial para el cuidado del paciente.

Se elabora un plan de alta dando a conocer los principales cuidados que debe de tener en su hogar, para ayudar a una rehabilitación pronta y satisfactoria. Con base a esto se permite actuar de manera independiente ya que el profesional de enfermería es el encargado en elaborar el plan de alta con base los principales factores de riesgo que puede presentar el cliente en su hogar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las necesidades de salud del paciente a través de la valoración de los patrones de respuesta humana para brindar intervenciones de enfermería eficientes encaminadas a resolver problemas de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Emitir juicios clínicos de enfermería a través de la identificación de las necesidades alteradas.
- Brindar cuidados de enfermería eficientes para el reestablecimiento de la salud del paciente.
- Dar orientación al cuidador principal sobre los cuidados específicos del paciente para retardar o evitar complicaciones.
- Analizar las evaluaciones de los juicios clínicos de enfermería emitidos, por medio del razonamiento lógico para brindar un servicio eficiente.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL CEREBRO.

El cerebro que se apoya en el diencéfalo y tronco encefálico, forma la mayor parte del encéfalo. La capa superficial de sustancia gris del cerebro se denomina corteza cerebral. De apenas 2 a 4 mm de grosor, la corteza cerebral contiene miles de millones de neuronas, en plano profundo a ella, se sitúa la sustancia blanca cerebral. El cerebro es el asiento de la inteligencia, que permite a los seres humanos leer, escribir, hablar, realizar cálculos, componer música, recordar el pasado, planear el futuro e imaginar lo que no ha existido. Durante el desarrollo embrionario, cuando el tamaño del encéfalo aumenta con rapidez, la sustancia gris cortical crece con rapidez mucho mayor que la sustancia blanca subyacente. En consecuencia, aparecen pliegues en la región cortical, los cuales reciben el nombre circunvoluciones. Las depresiones más profundas entre esos pliegues se denominan cisuras, y las menos profundas, surcos. La más prominente, la cisura perpendicular interna, separa al cerebro en mitades derecha e izquierda, los hemisferios cerebrales. A éstos los comunica internamente el cuerpo calloso, amplia banda de sustancia blanca cuyos axones se extienden entre los hemisferios cerebrales.

LÓBULOS CEREBRALES.

Cada hemisferio cerebral se subdivide en cuatro lóbulos, que se denominan según los huesos que los envuelven: frontal, parietal, temporal y occipital. El surco central del cerebro separa al lóbulo frontal del parietal. Una circunvolución importante, la circunvolución prerrolándica, localizada inmediatamente por delante del surco central, contiene el área motora primaria de la corteza cerebral. Otra no menos importante, la circunvolución parietal ascendente, localizada inmediatamente detrás del surco cerebral del cerebro, contiene el área somatosensorial de la propia corteza. La cisura de Silvio divide el lóbulo frontal del temporal. La cisura parietooccipital separa el lóbulo parietal del lóbulo occipital. Una quinta parte del cerebro, la ínsula (isla de Reil), no se aprecia en la superficie del encéfalo porque se sitúa dentro de la cisura de Silvio, en plano profundo a los lóbulos parietal, frontal y temporal.

SUSTANCIA BLANCA CEREBRAL.

La sustancia blanca subyacente a la corteza incluye axones mielínicos y amielínicos organizados en fascículos, que constan de tres tipos principales de fibras:

1. **Fibras de asociación**, que transmiten impulsos entre circunvoluciones de un mismo hemisferio.
2. **Fibras comisurales**, que transmiten impulsos a las circunvoluciones de un hemisferio cerebral a las del otro hemisferio. Los tres grupos principales de fibras comisurales son: cuerpo calloso, comisura cerebral anterior y comisura blanca posterior.

3. **Fibras de proyección de fascículos ascendentes y descendentes**, que transmiten impulsos del cerebro y otras partes del encéfalo a la médula espinal, o viceversa, un ejemplo es la capa interna, gruesa banda de fascículos motores y sensoriales que comunica la corteza cerebral con el tronco encefálico y la médula espinal.

GANGLIOS BASALES.

Los ganglios basales son un conjunto de varios pares de núcleos; los dos miembros de cada par se sitúan en hemisferios cerebrales opuestos. El núcleo más grande de los ganglios basales es el cuerpo estriado, que comprende el núcleo caudado y el núcleo lentiforme. A su vez, cada núcleo lentiforme se subdivide en partes lateral, el putamen y medial, globo pálido. En ocasiones se considera como parte del cuerpo estriado a la porción de la cápsula interna que está entre los núcleos caudado y lentiforme, y entre este último y el tálamo. Otras estructuras relacionadas funcionalmente con los ganglios basales, a veces consideradas parte de ellos, son la sustancia negra y los núcleos rojos del mesencéfalo, al igual que los núcleos subtalámicos del diencefalo. Los axones de la sustancia negra terminan en el núcleo caudado y putamen, mientras que los núcleos subtalámicos se comunican con el globo pálido. Los ganglios basales reciben impulsos de, y envían impulsos a, la corteza cerebral, tálamo e hipotálamo. Además, muchas fibras nerviosas se conectan con los núcleos de los ganglios basales. El núcleo caudado y el putamen regulan los movimientos automáticos de los músculos, como el vaivén de los brazos al caminar o la risa en respuesta a una broma. El globo pálido participa en la regulación del tono muscular necesario para movimientos específicos.

SISTEMA LÍMBICO.

El sistema límbico se compone de un anillo de estructuras que rodea la parte superior del tronco encefálico y el cuerpo calloso en el borde interno del cerebro y el suelo del diencefalo. Entre ellas, están las estructuras siguientes:

1. **Las circunvoluciones parahipocámpica y del cíngulo o callosa**, de ambos hemisferios cerebrales, así como el hipocampo, porción de la circunvolución parahipocámpica que se extiende hasta el suelo del ventrículo lateral, con lo que forma el lóbulo límbico.
2. **La circunvolución dentada**, situada entre el hipocampo y la circunvolución parahipocámpica.
3. **La amígdala**, compuesta de varios grupos de neuronas dispuestos en el extremo del núcleo caudado.
4. **Los núcleos septales**, localizados en el área septal, que forman las regiones subyacentes al cuerpo calloso y a la circunvolución subcallosa.
5. **Los cuerpos mamilares del hipotálamo**, dos masas redondeadas cercanas a la línea media, junto a los pedúnculos cerebrales.
6. **El núcleo anterior del tálamo**, localizado en el suelo del ventrículo lateral.

7. **Los bulbos olfatorios**, cuerpos aplanados de la vía olfatoria que se apoyan en la lámina cribosa.
8. **El trígono cerebral, estría semicircular, estría habenular, fascículo medial del prosencéfalo y fascículo mamilotalámico**, unidos por haces de axones mielínicos que los conectan.

El sistema límbico en ocasiones recibe el nombre “encéfalo emocional”, puesto que desempeña funciones primordiales, emociones como dolor, placer, docilidad, afecto e ira. El hipocampo participa con ciertas porciones del cerebro en la memoria. Las personas con daño de algunas estructuras del sistema límbico olvidan los acontecimientos recientes y no pueden confiar nada a la memoria.¹

FUNCIONES DE LAS PARTES PRINCIPALES DEL ENCÉFALO.

BULBO RAQUIDEO: Transmite impulsos motores y sensoriales entre otras partes del encéfalo y la médula espinal. La formación reticular (que también es parte del puente de Varolio, mesencéfalo y diencefalo) participa en la conciencia y el despertamiento. Contiene centros vitales que regulan los latidos cardiacos, respiraciones (junto con el puente) y diámetro vascular. Otros centros coordinan la deglución, vómito, tos, estornudos e hipo. Incluye núcleos de origen de los nervios craneales VIII a XII.

PUENTE DE VAROLIO: Transmite impulsos de un hemisferio cerebeloso al otro y entre el bulbo y el mesencéfalo. Contiene núcleos de origen de los nervios craneales V a VIII. Los centros neumotáxico y apnéustico participan en el control de la respiración junto con el bulbo.

MESENCÉFALO: Transmite impulsos motores de la corteza cerebral al puente y sensoriales de la médula espinal al tálamo. Los cuerpos cuadrigéminos superiores coordinan los movimientos del globo ocular en respuesta a estímulos visuales y de otros tipos, mientras que los inferiores se encargan de la coordinación de los movimientos de la cabeza y el tronco ante estímulos auditivos. Gran parte de la sustancia negra y del núcleo rojo contribuye a la regulación de los movimientos. Contiene núcleos de origen de los nervios craneales III y IV. Compara los movimientos intentados con lo que realmente sucede para afinar y coordinar movimientos finos y complejos. Regula la postura y el equilibrio

EPITÁLAMO: Consta de la glándula pineal, que secreta melatonina, y los núcleos de la habénula.

¹ TORTORA J. Gerad. Reynolds Grabowski Sandra. “Principios de Anatomía y Fisiología”. Ed Oxford. Novena edición. México DF. 2002. Pág. 469-473

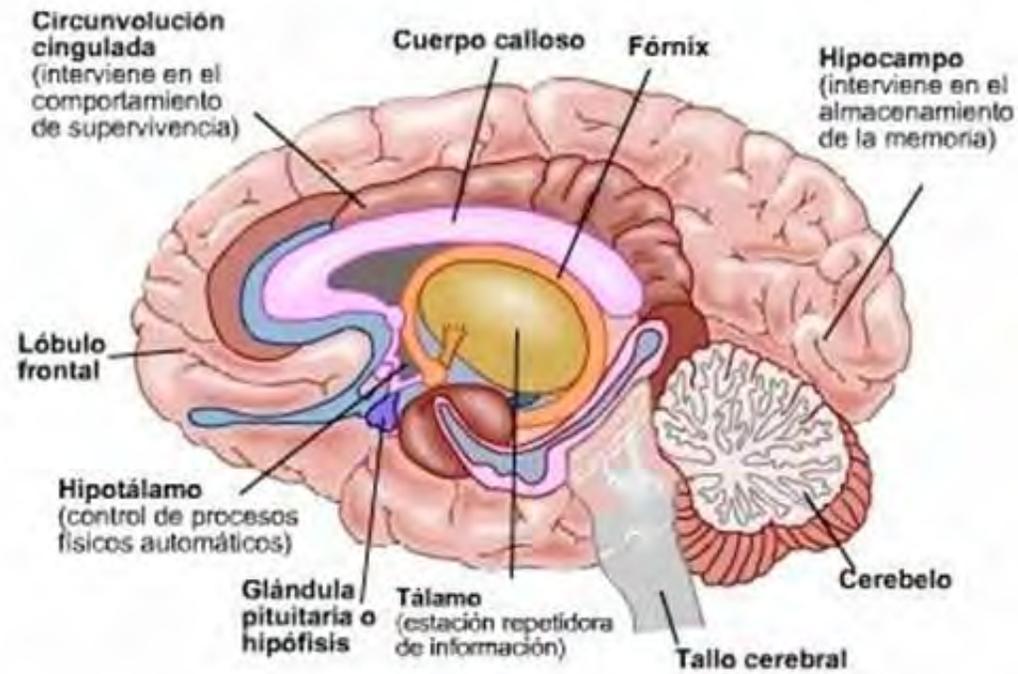
TÁLAMO: Transmite todos los impulsos sensoriales a la corteza cerebral. Posibilita la percepción burda de las sensaciones táctiles y de presión, dolor y temperatura. Incluye núcleos que participan en las acciones motoras voluntarias y el despertamiento; los anteriores tienen funciones en las emociones y en la memoria. También se desarrollan con la cognición y la conciencia.

SUBTÁLAMO: Contiene los núcleos subtalámicos y porciones de la sustancia negra y el núcleo rojo, de posición más bien lateral a la línea media. Estas regiones se comunican con los ganglios basales para regular los movimientos corporales.

HIPOTÁLAMO: Regula e integra actividades del sistema nervioso autónomo y la hipófisis. Controla emociones, hábitos de comportamiento y ritmos circadianos. Regula la temperatura corporal y la conducta de ingesta de alimentos y bebidas. Ayuda a mantener la vigilia y establece los hábitos del sueño. Las áreas sensoriales interpretan los impulsos sensoriales; las motoras regulan la actividad muscular, y las de asociación participan en procesos intelectuales y emocionales. Los ganglios basales coordinan los movimientos automáticos burdos y regulan el tono muscular. El sistema límbico tiene funciones en aspectos emocionales del comportamiento relacionados con la supervivencia.²

² OPCIT. TORTORA. Pág. 464.

EL CEREBRO



3

³ http://lh6.ggpht.com/.../cerebro_thumb%581%5D.jpg

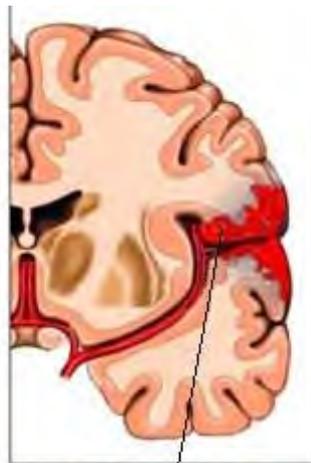
FISIOPATOLOGÍA

El Accidente Cerebrovascular Hemorrágico, es provocado por la lesión de tejido cerebral producido por una hemorragia en el interior del cráneo.

Existen dos tipos principales de accidente Cerebrovascular hemorrágico: la hemorragia intracerebral y la hemorragia subaracnoidea. Las hemorragias intracerebrales se producen en el interior del cerebro, y las hemorragias subaracnoideas entre la capa interna (piamadre) y la capa media (aracnoides) del tejido que recubre el cerebro (meninges).

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HEMORRAGICO

4



Hemorragia en un
área cerebral

⁴ <http://4.bp.blogspot.com/.../s400/encar7.bmp>

ETIOLOGÍA

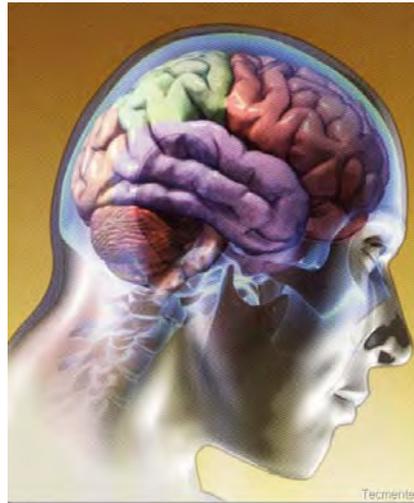
HEMORRÁGIA INTRACEREBRAL.

La hemorragia cerebral representa alrededor del 10% de todos los accidentes cerebrovasculares, pero es la causa de un porcentaje mucho más alto. Entre las personas de más de 60 años. La principal causa:

- Hipertensión arterial.
- Fragilidad de los vasos sanguíneos.
- Trastornos hemorrágicos
- Uso de anticoagulantes.

5

CEREBRO HUMANO



⁵ www.tecmente.comuf.com/.../cerebro.jpg

DIAGNÓSTICO.

- Exploración física.
- Tomografía computarizada (TC).
- Resonancia magnética nuclear (RMN).

CUADRO CLINICO.

- Intenso dolor de cabeza.
- Debilidad.
- Parálisis.
- Entumecimiento.
- Perdida del habla.
- Perdida de la visión.
- Confusión.
- Náuseas y vómito.
- Convulsiones.
- Perdida de conciencia.



6

TRATAMIENTO

- Cirugía.
- Anticoagulantes (heparina y/o warfarina)
- Agentes antiplaquetarios.
- Anticonvulsivistas.
- Líquidos isotónicos.
- Laxantes.
- Analgesia.
- Drenaje intraventricular.

⁶ BEERS Mark. Colaboradores. Nuevo Manual Merck de Información Médica General tomo 1. Ed Océano. España. Pág. 613.

ETIOLOGÍA

HEMORRÁGIA SUBARACNOIDEA.

Es una hemorragia repentina dentro del espacio subaracnoideo. Causa:

- Aneurisma de arteria cerebral.
- Malformación de arterias o venas.
- Aterosclerosis.
- Trauma en la cabeza.

DIAGNÓSTICO.

- Tomografía computarizada (TC).
- Punción lumbar.
- Angiografía cerebral.

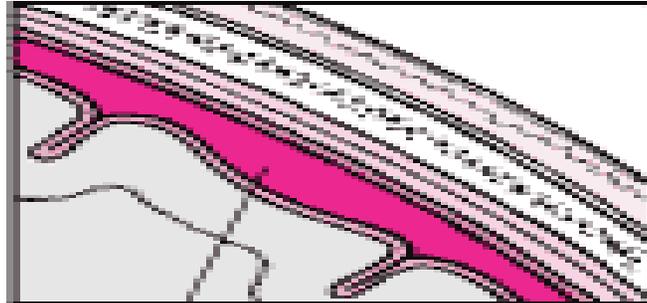
CUADRO CLINICO.

- Desmayo súbito.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de la cara.
- Visión doble.
- Problemas visuales.
- Perdida de conciencia de corta duración.
- Vómito y mareo.
- Fluctuaciones de frecuencia cardiaca y respiratoria.
- Convulsiones.
- Parálisis de un lado del cuerpo.

TRATAMIENTO

- Analgésicos opiáceos.
- Tubo de drenaje cerebral.
- Nimodipina.
- Cirugía.⁷

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA



Hemorragia en el espacio subaracnoideo

⁷ OPCIT. BEERS. Pág. 613.

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA, RESPUESTA HUMANA

Fecha: 12-03-09
 Unidad: Hospital de Jesús.
 Nombre: S.G.S.
 Edad: 53 años. Sexo: Femenino.
 Servicio: Hospitalización 4° piso.
 Fecha de Nacimiento: 2 – julio – 1956.
 Dx Médico de Ingreso: EVC.
 Dx(s) de Enfermería: Desatención unilateral relacionado con enfermedad neurológica manifestado por autocuidado inadecuado.

I. INTERCAMBIO

CEREBRAL

Nivel de Conciencia: Paciente inconsciente.

Persona Lugar

Tiempo

Apertura de ojos

Normal Con problema

Reflejo Pupilar: Ojos simétricos, pupilas isocóricas y normoreflécticas de 2mm de diámetro.

CARDIACO

Ritmo cardíaco

Normal

Arritmia

Taquicardia

Bradicardia

Tensión Arterial
Brazo: Derecho

Izquierdo

PERIFÉRICO

Pulso Ausente Débil Normal Fuerte

Carotideo	<input type="text" value="80"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apical	<input type="text"/>	<input type="text" value="80"/>	<input type="text"/>
Braquial	<input type="text" value="80"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Radial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="80"/>

Temperatura Región °C

Hipertermia Hipotermia

Piel Normal

Color Normal Pálida

Cianótica Ictérica

Otros: Presenta palidez de tegumentos debido a la estancia hospitalaria.

OXIGENACIÓN

Frecuencia respiratoria

Respiración: Regular Irregular

Presencia de: Disnea Otopnea

Taquipnea Bradipnea

Tos Espujo

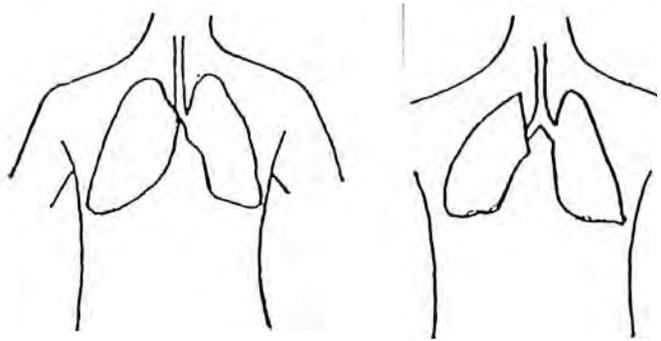
Color Cantidad

Ruidos respiratorios Burbujeo

Estertor Estridor

Jadeo

Localización



Tubos Respiratorios Si No

INTEGRIDAD DE LA PIEL

Piel Intgra Quemaduras

Petequias Eritema

Ulceras

Herida Abrasiones

Contusiones

Incisión Quirúrgica

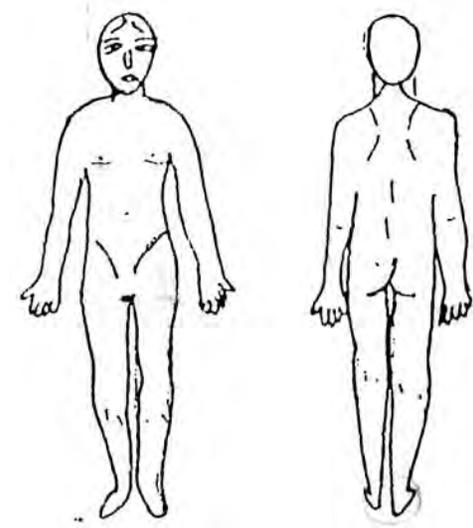
Resequedad de la piel

Edema + ++ +++

Otros Traqueostomía, presenta úlceras en una segunda etapa en talones con base al indicador de calidad.

Características: Las úlceras se deben a la inmovilidad del cliente debido a que se encuentra inconsciente.

Localización



NUTRICIÓN

Dieta indicada por el Médico
Gastroclisis de 1600 calorías en 4 tomas al día.

1 2 3 Más

Alimentos que le gusten:
Todos.

Alimentos que le hacen daño:

Leche.

Cambio actual en el apetito

Si No

Observaciones: Drenaje cefálico.

Ingesta de cafeína

Si No Frecuencia

Talla Peso

Somatometría

Estado de boca y encías

Color: Rosado.

Humedad: Hidratada

Lesiones: Ninguna

Dentadura

	completa	parcial	incompleta
Superior.	<input checked="" type="checkbox"/>		
inferior			<input checked="" type="checkbox"/>

Utilización de prótesis

Si No

Otros _____

ELIMINACIÓN

Ritmo intestinal habitual

Dos veces al día.

Alteración actual

Estreñimiento

Diarrea

Incontinencia

Remedio para la Alteración

Líquido Alimentos

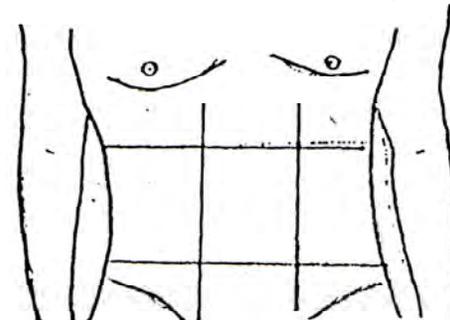
Enema Fármacos

Ruidos Intestinales

Si No

Características: Parestesis burbujeante.

Localización:



CARACTERÍSTICAS DE HECES

(Datos Históricos)

Color café oscuro.

Olor fétido.

Consistencia Dura.

(Datos Actuales)

Color café oscuro.

Olor fétido.

Consistencia Pastosa.

Frecuencia

Tres veces al día.

CARACTERISTICAS DE LA ORINA

(Datos Históricos)

Color Ámbar.

Olor Amoniaco.

PH

(Datos Actuales)

Color Amarilla.

Olor Ligeramente aromático.

PH 7.5

Tira Reactiva _____

Sonda Foley Si No

Cantidad en:

1 hora 12 hrs. 24 hrs. 1500 ml

Presencia de:

Anuria Disuria

Polaquiuria Hematuria

Otros:

SENTIMIENTO

Dolor Malestar

Desde el inicio de su enfermedad ha empezado

A tener dolor Si No

Intensidad del dolor

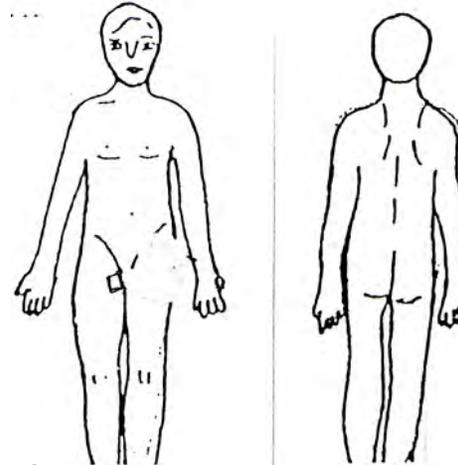
+ ++ +++

En que parte (s) del cuerpo le da el dolor

Se agrava el dolor con alguna cosa

Con que mitiga el dolor

Localización



COMUNICACIÓN

Función de Lectura

Normal

Dificultad

Incapaz

Función de la Escritura

Normal

Dificultad

Incapaz

Función del Habla

Normal

Dificultad

Incapaz

Observaciones El cliente se encuentra inconsciente y no se observa percepción sensorial debido a los efectos del sedante.

MOVIMIENTO

Percepción Sensorial

Alteración

Vista Si No

Oído Si No

Olfato Si No

Gusto Si No

Tacto Si No

Reflejo Si No

Observaciones: Paciente inconsciente pero abre los ojos al habla.

AUTOCUIDADO

Actividad Independencia Total no

Practica Ejercicio Si No

Actividad ayuda con aparatos

Actividad ayuda con personas

Actividad ayuda con aparatos y personas

Dependencia Total

ACTIVIDAD

Fatiga Si No

Debilidad Si No

REPOSO

¿Cuántas horas duerme regularmente por la noche?

¿Siente descanso al despertar?

¿Auxiliares del sueño?

CONSERVACIÓN DEL ENTORNO

Distribución de cuartos que tiene la casa tiene

Cocina si Baño (s) si

Escalera si

Cuenta con:

Agua si Drenaje si

Luz Eléctrica si

Tiene Animales Si No

Se encuentra Dentro de la Casa

Fuera de la Casa

La Casa es: Propia

Rentada Otros

CONSERVACIÓN DE LA SALUD

¿A qué servicio de salud tiene acceso?
Ninguno.

¿A qué servicio acudió antes de llegar a esta unidad?
Llego directamente a la unidad.

¿En qué servicio lo han atendido en esta unidad?
Urgencia y hospitalización.

RELACIONES

Estado Civil Soltera

Vive con: Familia

Sola Otros

Tiene hijos Si No

Edades

Sexos

Trabaja actualmente Si No

Ocupación: cuida a su madre.

Agrado por la ocupación:

Preocupaciones laborales:

Gasto energético: Físico Mental

Estudia Si No

Carrera: Ninguna.

Preocupaciones por el estudio

RELACIONES SEXUALES

Mujer: Menarca Menopausia

Otros: _____

Tiene relaciones sexuales.

No ha iniciado vida sexual.

Frecuencia con que tiene relaciones sexuales:

Posibilidad de embarazarse

Si No

Historia de Embarazo (s) _____

Gestaciones Abortos
Parto(s) Cesárea (s)

Problemas con el embarazo _____

Hombre:
Posibilidad de Embarazar
Si No

CONOCIMIENTO

- Antecedentes de Salud

¿Qué problemas importantes de salud ha tenido anteriormente?
Ninguno.

¿Cuál es su enfermedad actual?
Evento Vascular Cerebral.

¿Cuál fue la causa que le ocasiono la enfermedad?
Aumento de la tensión arterial.

¿Qué malestares le ocasiono la enfermedad?
Súbito.

- Factores de riesgo:
¿Tiene antecedentes familiares de hipertensión o diabetes?
Si, la madre es diabética.

Fuma Si No

¿Cuántas cajetillas al día?

Consumo alcohol Si No

¿Con qué frecuencia?
Frecuentemente te encuentra estresado

Si No

¿Qué hace para mitigar el estrés?
Tranquilizarse e insultar a los familiares.

- PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD

¿Esta enterado el cliente de su problema actual de salud?

Si No

¿Qué cuidados le han proporcionado por parte del personal de enfermería en esta unidad?
Signos vitales, baño de esponja, ministración de medicamentos, aspiración de secreciones, elevación de miembros pélvicos.

¿Sabe para qué le sirven esos cuidados?
Para que mi hermana se mejore y pueda ir a casa.

¿Le son de utilidad?
Si, he visto mejoría.

- **MEDICACIÓN ACTUAL**

¿Qué medicamentos toma actualmente?
Ranitidina, furosemida, captopril, metoprolol, vite, nitzodipino.

¿Con qué frecuencia?
Cada 8hrs, 12hrs y 24 hrs.

¿En qué dosis?
Ranitidina 50mg., furosemida 20mg., captopril 25mg, metoprolol 100mg, vite 400ml, nitzodipino 30mg.

¿Sabe para que le sirven?
Para que salga de su enfermedad lo más pronto posible.

- Disponibilidad

Disponibilidad del cliente por aprender

Si No

Solicita información

Si No

Memoria intacta. Intacta

Solo reciente Solo remota

ELECCIÓN

- Participación

Aceptación de la Enfermedad

Si No

Cumplimiento con el tratamiento terapéutico

Si No

Aceptación del cliente por modificar actitudes personales y de su entorno para prevenir enfermedades

Si No

- Juicio

Aceptación del problema

Si No

¿Toma usted las decisiones en caso de presentar algún problema?

Si No

Quién. La hermana del cliente es quien toma las decisiones.

- Afrontamiento

¿Cómo resuelve habitualmente sus problemas?
Hablando con familiares y todos juntos toman decisiones.

SENTIMIENTO

-Emocional, Integridad, Estado.

¿Recientemente le han ocurrido cosas que lo estresan?
Si problemas familiares.

¿Siente ansiedad?

Si No

¿Se siente afligido?
A veces.

¿Qué hace para relajarse?
Platicar y tratar de tranquilizarse.

Observaciones:

ALEGRE <input type="checkbox"/>	ENOJADO <input type="checkbox"/>
	
PREOCUPADO <input type="checkbox"/>	TRISTE <input checked="" type="checkbox"/>
	
SERIO <input checked="" type="checkbox"/>	TEMEROSO <input type="checkbox"/>
	

PERCEPCIÓN

- Concepto de uno mismo

¿Cómo es su manera de ser habitualmente?

Comunicativa, amable y risueña.

¿Cree que su personalidad ha cambiado por la enfermedad?

No creo.

RELACIÓN

- Socialización

Facilidad para relacionarse con otras personas

Tiene mucha facilidad para relacionarse con vecinos.

Personas que le pueden ayudar

Su familia y amigos.

Convive con grupos

No.

Actividades que realiza cuando esta sola

Ninguna.

VALORACIÓN

Preferencias religiosas. Católica

Prácticas religiosas. Ninguna.

Prácticas culturales. Ninguno.

Tradiciones familiares. Fiestas decembrinas.

¿Interfiere la enfermedad u hospitalización con sus practicas religiosas y / o culturales? No.

PLAN DE INTERVENCIONES

USUARIO: S.G.S.

EDAD: 53 AÑOS

GENERO: FEMENINO

FECHA: 12-03-09

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disfunción neuromuscular manifestado por disminución de la capacidad vital.

RESULTADOS ESPERADOS: VENTILACIÓN.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INTERDEPENDIENTES.</p> <p>1. VENTILACIÓN MECÁNICA.</p> <ul style="list-style-type: none">• Comprobar la forma rutinaria de los ajustes del ventilador.• Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén activadas.	<p>La ventilación mecánica es el uso de un ventilador de presión positiva intermitente a cualquier otro aparato respirador automático en sustitución de la respiración espontánea.</p> <ul style="list-style-type: none">• Miden el volumen espirado.• Nebulizan medicamentos o líquidos en el aire.• Ejercen una presión negativa al final de la espiración.• Llevan determinados sistemas de alarma. <ol style="list-style-type: none">1. El ventilador sustituye el aporte de oxígeno que deben de generar los pulmones debido a la deficiencia por trabajar por si mismo.2. Los ventiladores deben de saturar al cliente dependiendo del aporte de oxígeno que tienen ya que este mismo realiza las propias respiraciones de los alvéolos en un minuto misma que el pulmón por si mismo ya no puede efectuar.

<p>INDEPENDIENTES</p> <p>1. AYUDA A LA VENTILACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none">• Auscultación de sonidos respiratorios.• Observar fatiga muscular respiratoria. <p>2. ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS.</p> <ul style="list-style-type: none">• Anotar el tipo y cantidad de las secreciones.• Ventilar al paciente entre cada aspiración <p>3. MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vigilar la frecuencia, ritmo y esfuerzo de las respiraciones.• Vigilar la oximetría.	<p>La ventilación es el proceso por el cual los gases entran y salen de los pulmones.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Al ventilar al cliente logramos aportar aire fresco2. Hacer llegar a los pulmones aire atmosférico para oxigenar y airear la sangre de los capilares pulmonares. <p>Una ventilación adecuada evita congestión pulmonar hipostática.</p> <p>La aspiración de secreciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Facilita la extracción de secreciones.• Estimula el reflejo tusígeno.• Ayuda a mantener permeables las vías aéreas.• La extracción de secreciones traqueobronquiales. <p>Si no se aspira la vía aérea puede provocar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anoxia.• Daño cerebral.• Muerte si la vía aérea se obstruye. <p>Al mantener sedado al cliente esto hace que la aspiración de secreción sea más efectiva debido a que no existe una resistencia por parte del paciente y permite que la sonda entre libremente.</p> <p>La vigilancia respiratoria:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Saturación de oxígeno en la mezcla venosa.2. Oximetría de pulso.3. Espirometría a pie de cama.4. La administración de oxígeno.
--	--

	<ol style="list-style-type: none">5. Ventilación respiratoria.6. Aplicación de humidificadores.7. Fisioterapia respiratoria.8. Toracocentesis.9. Drenaje torácico. <p>Deben de ser observados a como responde el paciente ya que le ayudan a ventilar la vía aérea. Se tienen que valorar las respiraciones, ya que puede presentar respiración de Cheyne-Stokes que indica lesión profunda en hemisferios cerebrales.</p>
--	--

EVALUACIÓN: Al permeabilizar la vía aérea con el ventilador, se logra un buen aporte de oxígeno y una buena eupnea.

USUARIO: S.G.S.
GENERO: FEMENINO

EDAD: 53 AÑOS
FECHA: 12-03-09

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con retención de las secreciones manifestado por cianosis.

RESULTADOS ESPERADOS: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INTERDEPENDIENTES.</p> <p>1. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.</p> <ul style="list-style-type: none">• Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidos.• Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración.	<p>La aspiración de secreciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Facilita la extracción de secreciones.• Estimula el reflejo tusígeno.• Ayuda a mantener permeables las vías aéreas.• La extracción de secreciones traqueobronquiales. <p>Si no se aspira la vía aérea puede provocar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anoxia.• Daño cerebral.• Muerte si la vía aérea se obstruye. <p>Al mantener sedado al cliente esto hace que la aspiración de secreción sea más efectiva debido a que no existe una resistencia por parte del paciente y permite que la sonda entre libremente.</p> <p>Se debe dejar que el paciente oxigene entre cada aspiración para reponerse y observar el monitor que sature al 95% o al 100%, para poder seguir aspirando, evitando contaminar al cliente.</p>

<p>INDEPENDIENTES.</p> <p>1. CAMBIO DE POSICIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none">• Colocarlo en una alineación correcta.• Girar por cambio de posición cada 2 hrs. <p>2. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA.</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar el segmento pulmonar que necesita ser drenado.• Utilización de almohadas para apoyo del paciente.	<p>La posición es la alineación de segmentos orgánicos que se adecua en forma intencional con fines de comodidad, diagnóstico o tratamiento.</p> <p>En el paciente es necesaria e importante el cambio de posición debido que ayuda a:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Que su circulación sanguínea sea buena.2. A su pronta recuperación.3. Favorecer el estado anímico del individuo4. Mantener el funcionamiento corporal en equilibrio:<ul style="list-style-type: none">• Del sistema circulatorio• Músculo esquelético.• Respiratorio.• Urinario. <p>La fisioterapia respiratoria comprende:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Serie de ejercicios de reducción de los músculos respiratorios.2. Maniobras destinadas a aprovechar mejor la capacidad pulmonar.3. Facilita la eliminación de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio.4. Brinda una adecuada ventilación. <p>Se necesita que la fisioterapia se haga con:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Calma.2. Escoger el pulmón que se va a drenar.3. Escoger el cuadrante que se necesita drenar.4. Valorar la cantidad del esputo.5. Aspiración gentil de secreciones ya que si se obstruye la vía aérea provoca una broncoaspiración y caer en choque.6. Debe de valorarse el color y tamaño del esputo.
---	---

<p>3. MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES.</p> <ul style="list-style-type: none">• Controlar periódicamente la frecuencia y ritmo respiratorio.• Observar si hay cianosis central y periférica.• Toma y registro cada 2 hrs. <p>2. PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mantener el equipo de aspiración disponible.• Mantener una vía aérea.	<p>Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante como:</p> <ul style="list-style-type: none">• La temperatura.• La respiración.• El pulso.• Presión arterial. <p>El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico, deben tomarse conjuntamente sin importar el orden en que se realice. La medición de estos indicadores sirve para evaluar la actividad de los órganos vitales (cerebro, corazón y pulmones), siendo su control una actividad básica de enfermería.</p> <p>Las precauciones para evitar la aspiración son el conjunto de acciones que se realizan valorando la necesidad de la aspiración del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mediante la auscultación del tórax.• Consultar la gasometría arterial.• Ruidos respiratorios,• Saturación de oxígeno.• Frecuencia respiratoria. <p>Una valoración precisa evita riesgos y mayor compromiso respiratorio.</p>
---	--

EVALUACIÓN: Con la aspiración de secreciones se logra mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

USUARIO: S.G.S.
GENERO: FEMENINO

EDAD: 53 AÑOS
FECHA: 12-03-09

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Perfusión tisular inefectiva cerebral relacionado con hipovolemia manifestado por alteración del estado cerebral.

RESULTADOS ESPERADOS: COGNICIÓN

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INTERDEPENDIENTES.</p> <p>1. MANEJO DE LÍQUIDOS.</p> <ul style="list-style-type: none">• Registro de ingresos y egresos.• Control de líquidos. <p>2. MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mantener una vía IV permeable.• Supervisión del peso.	<p>Durante la atención al paciente, el profesional de enfermería, debe de observar:</p> <ol style="list-style-type: none">1. La alimentación.2. Ingesta de líquidos.3. Estado de la piel y mucosas.4. Eliminación urinaria e intestinal.5. Probables alteraciones en los signos vitales. <p>Para satisfacer las necesidades y problemas del equilibrio hidroelectrolítico.</p> <p>Se debe de llevar acabo un buen control de líquidos tanto los que ingresan como los que egresan, para evitar:</p> <ul style="list-style-type: none">• La resequedad de la piel y mucosas.• La pérdida de peso.• Probable taquicardia.•

EVALUACIÓN: Con el manejo correcto del control de líquidos logramos disminuir la perfusión tisular de nuestro paciente.

USUARIO: S.G.S.
GENERO: FEMENINO

EDAD: 53 AÑOS
FECHA: 12-03-07

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con la incapacidad para absorber los nutrientes, debido a alteraciones neurológicas manifestado por peso corporal inferior al peso ideal.

RESULTADOS ESPERADOS: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INDEPENDIENTES.</p> <p>1. AYUDA A GANAR PESO.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vigilar la alimentación prescrita, cantidad y requerimientos nutricionales.• Evaluar el estado general del paciente. <p>2. ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vigilar residuo gástrico.• Elevar la cabecera a 45° durante la alimentación.• Vigilar signos vitales.	<p>Es necesario saber y conocer el peso ideal del paciente para saber y valorar cuanto peso ha perdido. Como se sabe el peso es la atracción ejercida sobre un cuerpo por la fuerza de gravedad de la tierra.</p> <p>El profesional de enfermería, debe de estar pendiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• La ingesta de alimentos tanto sólidos como líquidos.• La eliminación urinaria e intestinal.• Peso diario por la mañana.• Preguntar que alimentos le agrada y cuales le hacen daño. <p>La alimentación es tan solo la formula y manera de proporcionar al cuerpo humano unas sustancias que son indispensables, y que constituyen el material necesario y esencial para el mantenimiento de la vida. La nutrición enteral satisface las necesidades nutricionales requeridas de ciertas situaciones especiales o patológicas. Es también una técnica de soporte nutricional que consisten administrar una formula de nutrientes, necesarios para conseguir un soporte nutricional adecuado por vía digestiva.</p>

<p>3. ASESORAMIENTO NUTRICIONAL.</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar la ingesta de alimentos de 4 a 6 hrs.• Registro de cantidad de cada gastroclisis.	<p>La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos, su utilización y técnicas culinarias. Los nutrimentos tienen función energética y reguladora, según su naturaleza química.</p> <p>La nutrición esta determina por:</p> <ul style="list-style-type: none">• La edad.• La actividad.• El estado fisiológico. <p>Una dieta equilibrada comprende alimentos a elección que proporcionen cantidades suficientes de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proteínas.• Carbohidratos.• Grasas.• Vitaminas.• Minerales.
---	---

EVALUACIÓN: Se proporciona alimentación al paciente, pero no se logra el resultado, ya que la ganancia de peso requiere mayor tiempo.

USUARIO: S.G.S.
GENERO: FEMENINO

EDAD: 53 AÑOS
FECHA: 12-03-09

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física relacionado con alteración neuromuscular manifestado por disminución del tiempo de reacción.

RESULTADOS ESPERADOS: MOVIMIENTO ARTICULAR ACTIVO.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INDEPENDIENTES.</p> <p>1. TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR.</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar las limitaciones del movimiento.• Realizar ejercicios pasivos cada 4 hrs. <p>2. FOMENTO DEL EJERCICIO: ENTRENAMIENTO DE EXTENSIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluar el nivel de forma física.• Modificar los movimientos con base al paciente encamado.	<p>La movilidad articular es apoyada por la enfermera o la terapeuta en el paciente que no puede realizarlos por si mismo. Debido a limitaciones de posición o del estado del enfermo por lo general no se obtiene el rango completo. La meta es alcanzar el mayor movimiento que tolere el paciente.</p> <p>Los ejercicios ayudan a:</p> <ul style="list-style-type: none">Desarrollar fuerza.Movilidad.Equilibrio neuromuscular.Mejora el funcionamiento de aparatos y sistemas del organismo.Favorece el descanso y el sueño.

<p>3. PREVENCIÓN DE CAÍDAS.</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar el déficit cognitivo.• Disponer un tope de protección.	<p>Disminuyen la ansiedad.</p> <p>La extensión es el movimiento por el cual dos regiones se apartan y disponen en línea recta. Con estos ejercicios de estiramientos se logra que el paciente vaya adquiriendo mayor movilidad.</p> <p>La prevención de caídas es el conjunto de acciones que se realizan para proteger al sujeto hospitalizado de posibles caídas que puedan o no poner e riesgo su vida. Los paciente que pueden sufrir caída son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Por sus características físicas, psicológicas y sociales.• Son susceptibles de verse afectados por este tipo de accidentes.• Ser mayor de 65 años.• Paciente neurológico.• Caídas intrahospitalarias previas.• Medicamentos como diuréticos, hipotensores, antiparkinsonicos, etc.• Que necesiten deambular con ayuda de aparatos o personas. <p>El personal de enfermería realiza una valoración integral del paciente tomando en cuenta sus características fisiopatológicas, psicológicas y ambientales con el fin de determinar el riesgo de caída e implementar un entorno seguro para minimizar y evitar lesiones.</p>
--	---

EVALUACIÓN: Con los ejercicios pasivos se logra un 50% de movilidad del paciente.

USUARIO: S.G.S.
GENERO: FEMENINO

EDAD: 53 AÑOS
FECHA: 12-03-09

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la comunicación verbal relacionada con disminución de la circulación cerebral manifestado por no hablar.

RESULTADOS ESPERADOS: COMUNICACIÓN EXPRESIVA.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
<p>INDEPENDIENTES</p> <p>1. ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA.</p> <ul style="list-style-type: none">• Hablar con el paciente.• Presentar cambios de manera gradual. <p>2. FOMENTO DE LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mostrar imágenes.• Ayudar a terminar palabras o a decir palabras.• Ayuda visual y auditiva.	<p>La estimulación cognitiva es el proceso intelectual por el cual la persona percibe y comprende las ideas. Comprende aspectos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none">• La percepción.• El pensamiento.• El razonamiento.• La memoria. <p>La comunicación es una función de la corteza cerebral. Implica capacidades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Visuales.• Auditivas.• Verbales.• Lenguaje del cuerpo. <p>La deficiencia del habla se da por el mal funcionamiento del área de broca que se encarga de la vocalización.</p>

EVALUACIÓN: Con el lenguaje expresivo se logra una mayor comunicación con el paciente.

PLAN DE ALTA.

USUARIO: S.G.S.

EDAD: 53 AÑOS

GENERO: FEMENINO

FECHA: 03-05-09

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico manifestado por deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas.

EJERCICIOS PARA LA REHABILITACIÓN.

1. ABDUCCIÓN DEL HOMBRO.

Mover el brazo desde el plano cercano al tórax hasta llevarlo por arriba de la cabeza, después se divide al sitio inicial o a la posición neutral.

2. FLEXIÓN DE HOMBRO HACIA DELANTE.

Mover el brazo hacia delante y arriba hasta que quede junto a la cabeza.

3. FLEXIÓN DEL CODO.

Doblar el codo llevando el antebrazo y la mano hacia el hombro, después se devuelven los dos a su posición.

4. ROTACIÓN INTERNA DEL HOMBRO.

Con el brazo a la altura del hombro, el codo doblado en un ángulo de 90° y la palma hacia los pies, girar el brazo hasta que la palma y antebrazo miren hacia atrás.



5. EXTENSIÓN DE LA MUÑECA.

Rotación externa del hombro con el brazo a la altura del hombro, en antebrazo doblado en un ángulo de 90° y la palma hacia los pies, girar el brazo hasta que la palma y el antebrazo miren hacia delante.

6. SUPINACIÓN DEL ANTEBRAZO.

Con el codo al nivel de la cintura y el brazo en un ángulo de 90°, girar la mano de manera que la palma quede hacia arriba.

7. FLEXIÓN DE LA MUÑECA.

Doblar la muñeca de manera que la palma quede hacia el antebrazo, luego se devuelve a la posición neutra.

8. DESVIACIÓN CUBITAL.

Desplazar la mano a uno y a otro lado para que el lado, en que este el meñique se desplace hacia el antebrazo.

9. EXTENSIÓN DE LOS DEDOS.

10. ROTACIÓN INTERNA Y EXTERNA DE LA CADERA.

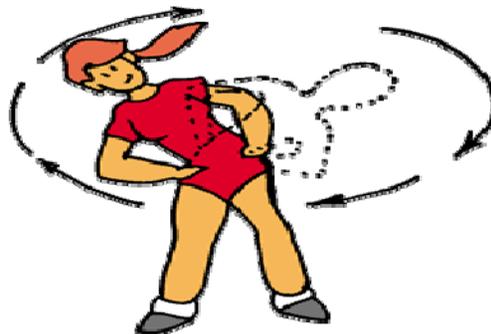
Girar la pierna hacia adentro de modo que los dedos se orienten hacia la línea media y se repite de manea opuesta.

11. DESVIACIÓN RADIAL.

Mover lateralmente la mano, de manera que el lado en que esta el pulgar se desplace hacia el antebrazo.

12. ABDUCCIÓN DE LA CADERA.

Mover una pierna hacia fuera de manera que se aleje del cuerpo hasta donde sea posible y hacerlo con la otra pierna.



13. HIPEREXTENSIÓN DE LA CADERA.

Con el paciente acostado boca abajo, desplazar la pierna hacia atrás y arriba alejándolo del cuerpo hacia atrás y arriba alejándola del cuerpo hasta donde sea posible.

14. OPOSICIÓN DEL PULGAR.

Doblar la articulación coxofemoral desplazando la pierna hacia delante tanto como sea posible y luego devolverla de la posición en flexión a la neutra.

15. DORSIFLEXIÓN DE LOS PIES.

Mover el pie hacia arriba, acercándolo a la pierna, después moverla hacia abajo, alejándolo de ella.

16. INVERSIÓN Y EVERSIÓN DEL PIE.

Mover el pie de manera que la planta mire hacia fuera (eversión) y después hacia dentro (inversión).

17. FLEXIÓN DE LOS DEDOS DEL PIE.

Doblar los dedos hacia la planta del pie.

18. EXTENSIÓN DE LOS DEDOS DEL PIE.

Extender los dedos y tirar de ellos hacia la pierna tanto como sea posible.



MEJORAMIENTO DE LA MOVILIDAD Y PREVENCIÓN DE DEFORMIDADES ARTICULARES.

- Alineación anatómica.
- Aplicación de férulas durante la noche para evitar la deformidad.
- Colocar almohadas a nivel axilar (el codo debe de quedar más arriba del hombro y la muñeca más arriba del codo).
- Cambio de posición cada 2 hrs.
 - En decúbito lateral izquierdo y derecho, colocar una almohada entre las piernas, la cintura y el cuello para alinear bien al paciente.
 - En decúbito ventral, se coloca una almohada que llegue desde el ombligo hasta medio muslo, en las manos y brazos.
 - En decúbito dorsal, colocar almohada debajo de las rodillas y el cuello.

PREPARACIÓN PARA LA AMBULACIÓN.

- Estar sentado, se sugiere sentar al paciente en el borde de la cama y lograr que tenga equilibrio.
- Pararse con apoyo de una mesa, después que el paciente logre el equilibrio sentado se sugiere, que trate de pararse y apoyarse de una mesa o una persona.
- Puede utilizar barras para apoyar los pasos.
- Uso de bastón de tres o cuatro patas, como apoyo para iniciar a dar pasos pequeños.
- Uso de andaderas para un mejor apoyo.
- Utilización de silla de ruedas.
 - Puede avanzar con la mano que puede mover.
 - Para avanzar mejor, se sugiere que con el pie que mueve trate de avanzar.

AUTOCUIDADO.

- Pedir al paciente que participe en el baño, con la mano que mueve puede asearse.
- Puede peinarse.
- Lavar los dientes.
- Comer.
- Vestirse.

NUTRICIÓN.

- Dieta normal de 1500 calorías.
 - Verdura y frutas cítricas.
 - Cereales y tubérculos: arroz cocido, papa, tortilla y bolillo.
 - Leguminosas y alimentos de origen animal: frijoles, lentejas, leche y sus derivados, huevo y carne.

CONSEJOS PARA UN BUEN CUIDADO EN EL HOGAR.

Nutrición:

- Mantel individuales que no derrapen para estabilizar los platos.
- Bordes en los platos para impedir que la comida sea empujada fuera de estos.
- Utensilios con un mango ancho para mejor comodidad de la presión débil al sujetarlos.

Higiene.

- Esponja de baño con mango largo.
- Barras de apoyo, tapetes que no se derrapen, regaderas manuales.
- Asientos para la tina y regadera.
- Asiento elevado del inodoro.
- Barras de apoyo junto al escusado.

Vestimenta.

- Cierres de velero.
- Agujetas elásticas.
- Calzador de mano largo.

Movilidad.

- Bastones, andaderas y sillas de ruedas.
- Dispositivos de transferencia como tablas y cinturones.



CONCLUSIONES

Con base a la alteración de la respuesta humana, se ha logrado realizar diagnósticos de enfermería por taxonomía de la NANDA, logrando intervenir de manera independiente en varias ocasiones. Con base a las manifestaciones de su sintomatología se logro obtener respuesta a los cuidados integrales de enfermería proporcionados durante la estancia hospitalaria. Se observo su evolución, complicaciones, factores de riesgo, pruebas diagnosticas, tratamiento farmacológico y médico. Con excelentes y eficientes resultados.

Al llevar una buena relación con el cuidador principal, se logra que brinde cuidados especificos a su paciente para después realizarlos en casa, con base a una información clara y precisa sobre sus cuidados en casa, de manera que los entienda y los pueda realizar sola o bajo la supervisión del grupo medico. Se le debe indicar claramente y con un vocabulario entendible para los familiares y cuidador principal para evitar lesiones y el reingreso de nuestro paciente a la unidad hospitalaria.

ANEXOS.

ANEURISMA: Dilatación localizada de la pared de un vaso producida generalmente por aterosclerosis e hipertensión, o con menor frecuencia, por traumatismos, infección o debilidad congénita de la pared vascular. Los aneurismas son muy destacados e importantes, en la aorta, pero se producen también en los vasos periféricos y son bastante frecuentes en los miembros inferiores de las personas de edad, sobre todo en arterias popliteas. Los aneurismas arteriales pueden consistir en una dilatación sacular que afecta solo aparte de la circunferencia del vaso, una dilatación fusiforme o con forma cilíndrica localizada o en una disección longitudinal de las capas de la pared vascular.

ANOXIA. Estado anormal caracterizado por una falta relativa o total de oxígeno. Resulta del aporte insuficiente de oxígeno al aparato respiratorio de la incapacidad de la sangre para transportar a los tejidos.

APOPLEJIA. Accidente Cerebrovascular que produce parálisis. Hemorragia dentro de un órgano.

ARACNOIDE. Membrana fina y delicada que envuelve cerebro y la médula espinal y se interpone entre la piamadre y la duramadre. El espacio subaracnoideo se encuentra entre las aracnoides y la pía, y el espacio subdural entre aquella y la dura.

ATEROSCLEROSIS: Trastorno arterial frecuente caracterizado por el depósito de placas amarillentas de colesterol, lípidos y detritus celulares en las capas internas de las paredes de las arterias de grande y mediano calibre. Con la formación de las placas, las paredes de los vasos se engrosan y aparecen fibróticas y calcificadas, sus luces se estrechan con lo que se reduce la circulación en los órganos y regiones normalmente irrigados por la arteria.

AXONES. Prolongación cilíndrica delgada y puede ser muy larga. Es la porción que transmite los impulsos nerviosos a otra neurona u otro tejido.

BRONCOASPIRACIÓN. Paso de líquidos y sólidos a las vías respiratorias, lo que puede ocasionar asfixia o infección, puede deberse a vómitos persistentes.

CIRCUNVOLUCIÓN. Es uno de los dobleces de la corteza cerebral.

CISURA. Herida o fisura, normal o patológica.

CISURA DE SILVIO. Cisura cerebral profunda que marca las divisiones de los lóbulos temporal, frontal y parietal.

CHOQUE. Estado fisiológico anormal que constituye la primera fase de reacción de un organismo frente a una lesión traumática.

COGNICIÓN. Proceso mental del conocimiento, pensamiento, aprendizaje y juicio. Proceso mental caracterizado por deseo, impulso, volición y lucha.

CONGESTIÓN PULMONAR HIPOSTÁTICA. Acumulación excesiva de líquidos en los pulmones, normalmente asociada a la inflamación o a la insuficiencia cardiaca congestiva.

CONVULSIÓN. Contracción brusca violenta e involuntaria de un grupo muscular que puede aparecer bien como episodio paroxístico de un trastorno convulsivo crónico o bien de forma transitoria, como suele ocurrir tras una contusión cerebral.

COMISURA BLANCA POSTERIOR. Se integra por numerosas fibras nerviosas que unen zonas del diencefalo y mesencefalo de un lado con zonas idénticas del otro lado.

CUERPO CALLOSO. Es la gran comisura del encéfalo entre los hemisferios cerebrales.

DIENCÉFALO. División del cerebro entre el telencefalo y el mesencefalo. Consta de hipotálamo, tálamo, metatálamo y epitálamo e incluye la mayor parte del tercer ventrículo.

ENCÉFALO. Región del sistema nervioso central contenido en el cráneo. Consta del cerebro, cerebelo, bulbo raquídeo y tronco del encéfalo. Las células especializadas incluidas en su masa de tejido blando convolucionado, gris o blanco, regulan las funciones del sistema nervioso.

ENTUMECIMIENTO. Sensación anormal que puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero con frecuencia se sienten en las manos, los dedos de las manos, pies, brazos y piernas.

ESTRIA HABENULAR o HABENULA. Conjunto de pequeños grupos neuronales.

FASCICULOS. Pequeño haz, especialmente de fibras musculares o nerviosas.

FASCICULO MEDIAL. División del plexo braquial y se sitúa al lado medial de la arteria.

FASCICULO MAMILOTÁLAMICO. Fascículo de fibras nerviosas desde el cuerpo mamilar al núcleo anterior del tálamo.

FLUCTUACIÓN. Fenómeno físico que ocurre en pequeñas escalas.

GLOBO PÁLIDO. Es uno de los tres núcleos que forman los núcleos basales, transmite información desde el putamen y el tálamo. Presenta axones mielinizados; se divide en porción externa e interna por una lámina medular media o interna.

HEMORRAGÍA. Pérdida de una gran cantidad de sangre en un periodo de tiempo corto ya sea interna o externa. Puede ser arterial venoso o capilar.

HEMOPTISIS. Expulsión de sangre procedente de las vías respiratorias con la tos.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Trastorno caracterizado por la elevación de la tensión arterial por encima de 140/90 mmHg. Provoca que las paredes arteriales se vayan engrosando y perdiendo elasticidad.

HIPOTÁLAMO. Región del diencefalo que constituye el suelo y parte de la pared lateral del tercer ventrículo. Activa, controla e integra el sistema nervioso autónomo periférico, los procesos endocrinos, múltiples funciones somáticas como la temperatura corporal, el sueño y el apetito.

HIPOVOLEMIA. Sequedad de piel y mucosas, sed, oliguria, pérdida aguda de peso, lasitud, hipotermia, hipotensión y taquicardia.

ICTUS. Ataque, accidente Cerebrovascular.

INSULA. Estructura del cerebro que se encuentra en la superficie lateral del cerebro dentro de la cisura de Silvio. Separa la corteza temporal y parietal inferior.

ISQUEMIA. Disminución del aporte de sangre a un órgano a una zona del organismo, las principales causas son embolismo arterial, arteriosclerosis, trombosis, vasoconstricción o hemorragia.

MEDULA ESPINAL. Estructura larga, casi cilíndrica, que se aloja en el canal vertebral y se extiende desde el foramen magno de la base del cráneo hasta la parte superior de la región lumbar.

MENINGES. Las tres membranas que envuelven el cerebro y la médula espinal denominados duramadre, piamadre y aracnoides.

NANDA. Asociación norteamericana de enfermería.

NIC. Clasificación de intervenciones de enfermería.

NOC. Clasificación de resultados de enfermería.

NUCLEO CAUDADO. Es uno de los componentes de los ganglios basales. Se encuentra en la profundidad de los hemisferios cerebrales.

NUCLEO LENTIFORME. Masa cuneiforme de masa gris con el vértice en dirección lateral y la base en dirección medial.

PIAMADRE. La más interna de las tres meninges que recubren el cerebro y la médula espinal. Nutre el tejido nervioso, profundiza en las cisuras y los surcos de los hemisferios cerebrales.

PUENTE DE VAROLIO. Porción del tronco encefálico que forma un puente entre la médula oblonga y el mesencéfalo por delante del cerebro.

PUTAMEN. Parte del núcleo lentiforme que se sitúa por fuera del globo pálido.

REFLEJO TUSIGENO. Es una alteración del tracto respiratorio que protege la vía aérea mediante la expulsión de secreciones.

RESPIRACIÓN CHEYNE STOKES. Caracterizada por variaciones de intensidad, ciclos sucesivos de aumento gradual de la profundidad respiratoria mientras se alcanza la fase de disnea, luego disminuye gradualmente la profundidad respiratoria hasta que la respiración cesa durante un breve periodo.

RITMO CARDIACO. Es la profundidad del pulso y abarca la igualdad entre las ondas, su regularidad y su frecuencia.

SURCOS. Acanaladura o depresión, entre las circunvoluciones del cerebro.

TÁLAMO. Gran estructura ovoide que se localiza arriba del mesencéfalo y consta de dos masas de sustancia gris, cubierta por una delgada capa de sustancia blanca.

TORACOCENTESIS. Perforación quirúrgica de la pared torácica y el espacio pleural mediante una aguja al objeto de aspiración de líquido con la finalidad diagnóstica o terapéutica para tomar una muestra para biopsia.

TRIGONO CEREBRAL. Comisura telencéflica y comunica al hemisferio telencéflico con el diencefalo. Consta de cuerpo y capilares.

BIBLIOGRAFÍA.

- BAILY Raffensperger Ellen. Y Cols. Manual de la Enfermería. Ed Océano. España. 2001. 1168 pp.
- BEERS Mark. Y Cols. Nuevo Manual Merck de Información Médica General tomo 1. Ed Océano. España. 2005. 1119 pp.
- Diccionario de Medicina. Ed Océano Mosby. España. 2001. 1504 pp.
- JOANNE Mc Closkey Nochterman. Y Cols. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Ed Mosby. 4° ed. Madrid España. 2005. 1072 pp.
- JONSHON Maryon. Y Cols. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Ed. Mosby. 3° ed. Madrid España. 846 pp.
- JONSHON Maryon. Y Cols. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Ed Mosby. Madrid España. 2003. 518 pp.
- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005 - 2006. Ed Enservier. Madrid España. 2005. 299 pp.
- NORDMARK Madelyn. Rohweder Anne. Bases Científicas de la Enfermería. Editorial Manual Moderno. 2° ed. México DF. 2002. 712 pp.
- ORTEGA Vargas María Carolina. Colaboradores. Manuel de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería estrategias para su Aplicación. Ed. Panamericana. México DF. 2006. 193 pp.
- ROSALES Barrera Susana. Reyes Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería. Ed Manual Moderno. 3° ed. México DF. 2004. 633 pp.

- SMELTZER Suzanne. Bare Brenda. Enfermería Médico-Quirúrgica Vol. 1 y 2. Ed. Mc Graw Hill. 9° ed. México DF. 2002. 2313 pp.
- TORTORA J. Gerad. Reynolds Grabowski Sandra. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed Oxford. 9° ed. México DF. 2002. 1175 pp.

BIBLIOGRAFIA DE INTERNET.

http://lh6.ggpht.com/.../cerebro_thumb%581%5D.jpg

<http://4.bp.blogspot.com/.../s400/encar7.bmp>

www.tecmente.comuf.com/.../cerebro.jpg

www.53.subirimagenes.com/otros/previo/thump_22352

<http://alemana.cl/.../img/hombro012.jpg>

www.colegioblancadecastilla.es/.../mart10.gif