



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTUDIO DE CASO:

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A LA PERSONA CON
CAVERNOMA PINEAL BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E.
OREM”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

PRESENTA:
LIC. ELSA HERNÁNDEZ CRUZ

CÉDULA PROFESIONAL NUM. 5698253

TUTOR:
MRN ROCIO VALDEZ LABASTIDA

AGOSTO 2010





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	2
III. FUNDAMENTACIÓN	3
3.1 ANTECEDENTES	4
IV. MARCO CONCEPTUAL	9
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	9
4.2 METAPARADIGMA	11
4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA	15
4.4 MÉTODO ENFERMERO	23
4.5 CAVERNOMA	36
V. METODOLOGÍA	51
5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN EN EL ESTUDIO DE CASO	51
5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	51
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	52
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO	55
VII. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO	56
7.1 INSTRUMENTO A TRABAJAR	56
7.1.1 VALORACIÓN VALORACIÓN FOCALIZADA	56
7.1.2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS	58
7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	60
7.3 PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	64
7.4 EVALUACIÓN DEL PROCESO	102
VIII. PLAN DE ALTA	103
IX. CONCLUSIONES	105
X. BIBLIOGRAFÍA	106
XI. ANEXOS	109
ANEXO # 1 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	110
ANEXO # 2 VALORACIÓN FOCALIZADA	111
ANEXO # 3 ESCALA DE NOVA 5	120

CAPÍTULO UNO

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina que a través del tiempo ha evolucionado con la interacción de la persona, el entorno, la salud y la enfermería, elementos del metaparadigma enfermero que han permitido construir modelos y teorías, recursos valiosos en el cuidado de enfermería, por otro lado un cuidado de excelencia se logra con la renovación de conocimientos; el avance educativo de la enfermera es posible gracias a los Estudios de Especialización , muestra de ello es el Estudio de caso, en el que se utilizan bases metodológicas para su desarrollo. En primer lugar se tiene la aplicación del Método enfermero, en segundo lugar “La teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado de la autora Dorothea E. Orem, la cual da pauta a determinar la capacidad de la persona para realizar acciones que contribuyan a su bienestar.

Ahora bien de la exploración neurológica de una persona con cavernoma pineal que se seleccionó en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, se observó deterioro neurosensorial progresivo, con desviaciones en los requisitos de autocuidado universales; circunstancia que hizo patente la dependencia total de la persona con la agencia de enfermería y el cuidador primario, fase en la que tiene lugar la función de la enfermera y la aplicación de sus conocimientos, para realizar diagnósticos de enfermería y desarrollar intervenciones tendentes a integrar un plan de cuidados especializados.

Por otra parte además de lograr la vinculación con el cuidador primario y detectar factores que pudieran intervenir en el cumplimiento de las acciones aplicadas al plan de cuidados; la relación enfermera y cuidador primario da como resultado la evolución positiva de la persona, sin embargo debido a las circunstancias que acompañaron a la persona durante su enfermedad, hicieron poco factible una respuesta positiva. Por lo tanto el actuar de enfermería es limitar el daño y proporcionar el máximo beneficio, objetivo medular de la enfermería.

CAPÍTULO DOS

II. OBJETIVOS

Objetivo general

- ❖ Realizar un estudio de caso a una persona con Cavernoma pineal, basado en la Teoría de Dorothea E. Orem y el Método enfermero.

Objetivos Específicos

- ❖ Priorizar las necesidades de la persona como agente de autocuidado con alteración neurológica.
- ❖ Identificar los factores condicionantes que afectan el autocuidado de la persona.
- ❖ Brindar cuidados especializados que favorezcan a la recuperación y limitación del daño de la persona.

CAPÍTULO TRES

III. FUNDAMENTACIÓN

La Especialidad en Enfermería Neurológica plantea la elaboración de un Estudio de Caso como producto de trabajo, para que el alumno relacione los aspectos teóricos metodológicos con los clínicos, adquiera habilidades y conocimientos para formarse como especialista y proporcione el cuidado de enfermería de forma integral a la persona con alteraciones neurológicas, con un sustento científico a través de la investigación en la disciplina enfermera y las neurociencias.

El presente caso toma una investigación del Dr. Toumier Lassave E, miembro de la sociedad iberoamericana de información científica en el año 2003, quien encontró en la revisión bibliográfica que las MAV (malformaciones arteriovenosas) localizadas frecuentemente en el sistema nervioso central son causa de hemorragias cerebrales. En el análisis clínico de 50 familias, las características de estas formas familiares, destacan por la multiplicidad de las lesiones en el 80% de las personas y por la gran frecuencia de forma genética entre individuos que presentan casos aparentemente esporádicos y afectados por cavernomas.

Se han localizado 3 genes CCM en 7q, en 7p y 3q sólo el CCM1 ha sido identificado hasta hoy el cual codifica la proteína Krit. El análisis de más de 100 familias afectadas por angiomas cavernosos ha demostrado que aproximadamente el 40% de ellas eran portadoras de dicho gen.

Entonces la realización de este Estudio de Caso tiene fines de aprendizaje y al mismo tiempo de transmisión de los conocimientos.

3.1 ANTECEDENTES

Hablar de la historia de enfermería engloba una serie de sucesos que han enriquecido a esta disciplina, pues en cada época de la vida humana existieron momentos que marcaron su evolución debido a los movimientos sociales, políticos y religiosos, cabe mencionar que la enfermería inicia a través del conocimiento empírico que a su vez se transmitió de generación en generación. Las iniciadoras de esta profesión que antes era considerada como un oficio fueron mujeres, primordialmente actuaban como parteras y necesitaban llevar un entrenamiento por sus madres y abuelas, para realizar esta práctica, utilizaban hierbas para acelerar el trabajo de parto, y además comenzaron las primeras acciones de sanidad en particular cuidaban la ventilación y la limpieza.

Los escenarios de acción fueron los monasterios, hogar y campos de batalla. La actividad de enfermería se consideraba como un trabajo de Dios, convirtiéndose en una acción de pertenencia que se utilizaba como un medio de purificación y de exigencia incansable sin esperar ninguna recompensa. La enfermería la practicaban los monjes, monjas y sirvientes. En las cruzadas se genera la primera orden religiosa; en esta época iniciaron las diaconisas que actuaban como enfermeras, su perfil denotaba pasividad, docilidad y obediencia. Sin embargo la enfermería vivió un ciclo llamado “Periodo Oscuro” en la Europa protestante, que fue testigo de las peores condiciones para los enfermos pobres, pues no existía el interés por mejorar las acciones de enfermería ni las condiciones de los hospitales, resultado de la ambición de los países protestantes por el dominio económico, el proceso científico se consideraba innecesario.

Para entender la historia de la enfermería es importante conocer dos elementos: “El espontaneísmo y el altruismo, a fin de que permitan sistematizar los hechos históricos y además ayudan a comprender el presente de la enfermería con sentido crítico.”¹

Espontaneísmo y Altruismo

El espontaneísmo se define, según la enciclopedia Espasa-Calpe, como el “entusiasmo del momento o expresión natural y fácil de pensamientos sin línea teórica”.²

Dentro de este concepto se incluían los rituales, encantamientos o magia. Los chamanes o brujos buenos tenían como meta la conservación de la vida.

¹ ANTOLOGÍA ELABORADA POR ACADEMICOS DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, México, Noviembre 2001

² MORÁN Aguilar, Victoria, et al. “Proceso de Enfermería sobre la interacción terapéutica”. Trillas. México. 2006. Pág. 26

El cuidado se realizaba en forma espontánea o por intuición, la enfermería tiene sus inicios desde tiempos remotos, en los cuidados maternos a niños indefensos, y prevalecía la idea de que la mujer, a través del instinto maternal, tenía la motivación para cuidar a aquellos que sufrían o estaban desamparados. Desde los orígenes de la civilización, existen testimonios que apoyan la premisa de que la crianza ha sido un elemento clave para la preservación de la vida. Por tanto, la supervivencia de la raza humana está relacionada al desarrollo de la enfermería. Aunque la enfermería nació como profesión con Florence Nightingale, en realidad es tan antigua como la medicina. En la obra México prehispánico (1521), se reconoce la labor de las mujeres que prodigan cuidado a otras; ya cuidaban la higiene en instrumentos, utensilios y ropa de los enfermos y de los recién nacidos. Se sabe que llamaban Tíicitl a la mujer que cuidaba de los enfermos y Tlamatquíticitl a la partera.

“La Enciclopedia Universal Ilustrada define como altruismo el esmero y la complacencia en el bien ajeno a costa del propio y por motivos puramente humanos”.

“Esta fase de la enfermería se rige por la religión, las principales órdenes monásticas, se encargan de dar cuidados al enfermo en los hospitales y en el hogar.”³

“Antes de la Reforma protestante, los hospitales se organizaban bajo la influencia de la Iglesia Católica, y después de la Reforma, el interés por la Iglesia y la religión disminuyó en gran medida al grado de provocar crisis manifiesta en el periodo oscuro de la enfermería. De este periodo hay escasos escritos sobre la materia; lo que predomina es la existencia de manuales de procedimientos, tales como tendido de camas, cuidado de las púerperas y de los niños.

Posteriormente en la época colonial, Fray Pedro de Gante, el primer educador de América, funda la Escuela de San Francisco en 1523, donde enseña a leer y escribir el castellano, oficios de herrería, carpintería, albañilería, bordados, zapatería, pintura, escultura y una materia de enfermería.

El 30 de noviembre de 1803, Isabel Cendala y Gómez, rectora de la Casa Expósitos (hospicio) salió del puerto de La Coruña, España, con 22 niños que portaron la vacuna antivariolosa en los brazos, para detener la peste que mermaba la población infantil en la Nueva España. Por su aportación a la salud, el premio nacional de enfermería lleva su nombre.”⁴

³ Ibídem pp. 27-28

⁴ Ibídem pp. 29-31

En 1910, inicia la Revolución Mexicana, durante la cual destaca Refugio Estévez Reyes, enfermera militar que se dedicó al cuidado de los heridos. En el México posrevolucionario se da auge a la construcción de hospitales, así como a la creación de escuelas de enfermería, organizadas y dirigidas por el personal médico. La Secretaría de Salud construye el Hospital General de México, el Hospital de Tuberculosis de Huipulco, el Instituto Nacional de Cardiología y el Instituto Nacional de la Nutrición, entre otros.

Por las características del ejercicio médico, la práctica de la enfermería se institucionaliza y es diseñada para que la enfermera cumpla con las indicaciones médicas en el tratamiento y administración de fármacos, pero sin ningún apoyo socioemocional al paciente.

La maternidad del Hospital Maximino Ávila Camacho prohíbe a las parteras atender los partos y el IMSS las suprime de los tabuladores, por lo que desaparece la carrera de obstetricia en el país. Los distintos cursos postécnicos que ofrecen las escuelas de enfermería en México, responden al aseguramiento del éxito del tratamiento médico.

En el México moderno (1945), la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se separa de la Medicina y toma el nombre de Escuela de Enfermería y Obstetricia. En 1948 se crea la Dirección General de Profesiones, y en este mismo año se registra con el número 1 Guadalupe Vértiz, enfermera militar. Se establece la Licenciatura en Enfermería en 1967, y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), es dirigida por la enfermera Marina Guzmán Vanmeeter hasta 1974.

Destaca la figura de la enfermera María Elena Maza Brito, quien inicia su ejercicio profesional en la Ciudad de México y después en el St. Benedict's Hospital de San Antonio Texas. Fundó y dirigió hasta 1970 la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de la Nutrición.

Contribuyo en la planificación y organización de las escuelas de enfermería del Hospital de Jesús, del ISSSTE, de la SSA y de Tabasco. Es coautora de Historia de la Enfermería, con Jamieson, Sewual y Suhriey y traductora de diversos artículos en español, inglés y francés. Presidió la Asociación Mexicana de Enfermeras de 1958 a 1960, y durante su gestión inició el proyecto para que las enfermeras de México fueran miembros del Consejo Nacional. En 1961, México es admitido como país miembro del Consejo Nacional de Enfermería (CIE). La enfermería mexicana reconoció sus méritos profesionales distinguiéndola con la medalla "Micaela Ayans".

Por lo anterior, la Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de la Nutrición y el Colegio de Enfermeras de Chihuahua llevan su nombre.

Durante la V Reunión Nacional de Escuelas de Enfermería celebrada del 31 de julio al 2 de agosto de 1974, se realiza un taller sobre las implicaciones de la reforma educativa en enfermería, con asistencia de 1333 enfermeras-profesoras de 65 escuelas de enfermería del país. Se acuerda implantar a nivel nacional, la carrera de enfermería simultánea al bachillerato.

En el mismo año se inician los talleres sobre proceso de enfermería, que en aquella época era un conocimiento incipiente. Se continuaron en 1975 y 1976. A esa fecha se habían realizado 18 talleres en el país.

“Durante las evaluaciones de los cursos-taller, los participantes expresaron la urgencia de complementar la educación universitaria de las enfermeras en programas formales debidamente planificados. Así surgió el "Proyecto para investigar la factibilidad de diferenciar entre las funciones de enfermería, los niveles intermedio y profesional, y experimentar modelos de preparación de personal”, gestionado por la mesa directiva de la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería y apoyado por los rectores de las Universidades Juárez del estado de Durango, Autónoma de San Luis Potosí, Autónoma Benito Juárez de Oaxaca y Universidad de Guanajuato, también por las Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES), el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).”⁵

De 1992 a 1998, Leticia Moriel Corral asume la presidencia e interviene como representante en las negociaciones del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, inicia la organización de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES SALUD), para evaluar la enfermería en México fueron cambiados de programas prácticos a programas teórico-prácticos dentro del Programa de Mejoramiento de Profesoras, y se iniciaron las gestiones para el proceso de acreditación de la educación en enfermería.

Posteriormente de 1998 a 2001 asume la presidencia de la FENAFEE María Elena Espino Villafuerte, quien legaliza el primer consejo directivo de la FENAFEE, requisito solicitado por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES).

⁵ Ibídem. pág. 33

Actualmente la enfermera incursiona en Estudios de Especialización, Doctorado y Maestría en las diferentes áreas de Enfermería, situación que fomenta la investigación, gran contribución para los avances científicos y tecnológicos del cuidado de la persona, un ejemplo es la creación de la primera unidad de investigaciones en enfermería con el fin de guiar el conocimiento científico y humanístico de esta profesión, de esta manera la enfermera es capaz de atender las necesidades de salud de la población. A pesar de eso aún queda mucho por hacer, pues existe un gran déficit de enfermeras profesionales que hagan frente a la demanda de atención que existe en nuestro país.

CAPÍTULO CUATRO

IV.MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de Enfermería

En este trabajo se hace mención de las diferentes conceptualizaciones que se le han hecho a la enfermería con el objetivo de abrir un panorama de este campo científico y justificar su carácter como ciencia.

“En el año de 1988 Woods y Catanzaro refieren que la enfermería es una disciplina y una profesión. Como profesión consideran que las acciones de enfermería contribuyen a mejorar el bienestar de los seres humanos, así determinan que es una disciplina porque su razón de ser es el conocimiento que explica la esencia del cuidado y la salud fenómenos que surgen de un proceso en el cual, los seres humanos tienen problemas reales o potenciales de salud, identificados a través de las respuestas humanas.”⁶

Es necesario conocer la estructura disciplinar de enfermería para poder comprender por qué es vista como tal, está conformada por la ciencia que es el cuerpo de conocimientos científicos que brindan un enfoque hacia la práctica y los fundamentos profesionales, bases sólidas derivadas de hechos históricos y filosóficos.

Donalson y Crowley (1978), plantean que la enfermería está constituida por dos estructuras; una sustantiva compuesta por las conceptualizaciones propias que se encuentran dentro de la perspectiva de la disciplina y una estructura sintáctica que se refiere a los criterios y metodologías científicas que se utilizan para justificar la aceptación de conceptualizaciones y postulados verdaderos de la disciplina.

Realmente la conceptualización de enfermería es muy variada y con enfoques muy diferentes, pues algunos autores la vislumbran como una ciencia, disciplina o profesión, elementos que entre si son totalmente diferentes. Florence Nightingale fue la primera persona en definir a la enfermería y la diferenció como profesión independiente de la medicina, con metas propias, cabe señalar que enfermería duró casi setenta años en el oscurantismo conceptual.

Durante este tiempo su definición se transformó en algo metafórico asimilado, a la imagen de maternidad por lo tanto enfermería era sinónimo de nutrir, cuidar, consolar, reconfortar.

⁶ ANTOLOGÍA ELABORADA POR ACADÉMICAS DE LA ENEO, “Teorías y Modelos de Enfermería”.1ª ed junio 2006.México. pp.13

La imagen de maternidad, que continúa como concepción universal.

Las definiciones de enfermería se deben interpretar y tienen importancia si se analiza a través del periodo histórico. Nightingale conceptualiza a la enfermería de la siguiente forma: “Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre de alguna enfermedad a vivir; lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad”, definición que posteriormente fue despreciada y olvidada por la comunidad de enfermería.⁷

Esta primera definición despreciada y olvidada por la comunidad de enfermería en años posteriores.

“En 1960 Virginia Henderson definió enfermería como “la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna), y que las podría ejecutar el paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo y el conocimiento”.⁸ Esta definición tiene punto de comparación con la que realizó Nightingale porque incluye elementos nuevos como son el de educación en salud, la capacidad y el conocimiento de aspectos de desarrollo físico y emocional del paciente también de forma particular el aspecto preventivo, que se le dio muy poca importancia hasta años recientes.

“Leininger (1988) define a enfermería como una ciencia y un arte humanística, aprendida, que tiene como fundamento el cuidado personalizado y transcultural (individual o de grupos) de comportamientos, funciones y procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de conductas saludables o a la recuperación de la enfermedad cuando ésta tiene significado físico, psicocultural o social para quien es sujeto de cuidado.”⁹

Leininger utiliza aspectos muy importantes para definir a la enfermería los cuales aportan un gran significado a la práctica enfermera, pues satisfacen a la persona de forma holística.

Anteriormente se tomaron en cuenta diferentes definiciones de teóricas extranjeras, que imprimen un sello muy particular, de igual forma comparten semejanzas al expresar sus ideas, pues el eje para conceptualizar a la enfermería, es el cuidado y la persona.

⁷ Ibídem. Pág. 36

⁸ Ibídem. Pág. 37

⁹ Ibídem. Pág. 38

Otras teoristas incluyen aspectos como la promoción y mantenimiento de conductas saludables, lo que también comparte significado con la educación para la salud, por lo tanto se puede establecer que “La enfermería es la interacción del ambiente, persona y enfermera, quien aplica el cuidado basado en conocimientos previamente adquiridos con un sustento teórico-práctico.”

Finalmente en este trabajo se toma la definición de enfermería de Dorothea E. Orem (2001) con la finalidad de desarrollar el contexto de este estudio de caso: la enfermería es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser presentadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.”¹⁰

4.2 Metaparadigma

Las enfermeras intentan entender el contexto de su disciplina para aplicarlo en su quehacer profesional y así poder describir los fenómenos que están a su alrededor.

Algunos autores como Fawcett o Fernández Ferrín y las profesoras Morán y Mendoza plantean cuatro elementos: la persona, el entorno, la salud y la propia enfermería.¹¹

La disciplina enfermera ha de comprender la descripción de estos elementos lo que se denomina paradigma enfermero; es decir, aquellos conceptos que identifican el fenómeno de interés de la disciplina y las proposiciones generales que describen las relaciones entre ellos, esta relación se denomina matriz disciplinar (Kuhn).

Otra manera de denominar al paradigma con un enfoque filosófico es la siguiente: “Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, principalmente por el filósofo Jun y el físico Capra.”

Dentro del lenguaje enfermero también se utiliza la palabra metaparadigma definido como el nivel de conocimiento más abstracto de todos. Describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina. Hace muchos años la persona, el entorno, la salud y la enfermería se proponían tanto como fenómenos de la enfermería como los

¹⁰ MARRINER. Tomey Ann, et al. “Teorías y modelos de enfermería”. Elseiver. Barcelona. 2007. Pág. 271

¹¹ MORÁN Aguilar, Victoria, et al. “Proceso de Enfermería sobre la interacción terapéutica”. Trillas. México. 2006. Pág. 13

primeros conceptos de enfermería del metaparadigma, y continúan teniendo vigencia como principales conceptos para la disciplina y profesión.

Powers y Knapp afirmaron: “Hay un consenso general de que el metaparadigma de la enfermería consta de los conceptos centrales de persona, entorno, salud y enfermería”.

“Siles propone tres tipos de paradigmas, con miras de explicar la problemática existente entre la dicotomía entre la teoría y la práctica.”¹²

Paradigma racional-tecnológico: En éste la enfermera interacciona con la persona, con la aplicación de su conocimiento el cual comprende el uso de técnicas, observación, la persona vista como un receptor del cuidado. El método más utilizado es la investigación experimental, con presencia de las pruebas estandarizadas, la estadísticas, entre otros.

Paradigma interpretativo: Dominado por la subjetividad de la relación de la persona y la enfermera, en la que ésta es un agente de comunicación y un intérprete de la realidad de la persona.

Las herramientas para tener una apreciación de la persona son la etnografía, la fenomenología y las narrativas.

Paradigma crítico: Se caracteriza por que la enfermera incursiona en la investigación. La enfermera es un agente de cambio sociosanitario y la persona es el eje de la investigación.

Puede decirse que, siguiendo la idea de los elementos del paradigma, los hechos sobre los que las enfermeras pretenden actuar y ejercer dominio profesional son de tres tipos:

Las realidades humanas. Presentes en las personas que necesitan un cuidado profesional en primer lugar, pero también las propias enfermeras, que actúan disciplinadamente para brindar un servicio. Estas dos situaciones tienen elementos físicos bien conocidos, pero también psicológicos, culturales, de valores personales y colectivos.

Las realidades sociales. Aunque se viven individualmente situaciones relacionadas con el dolor, la salud, la enfermedad, la muerte, la economía, son circunstancias en las que la enfermera aporta una visión.

¹² Ibídem. pág. 11

Las realidades del entorno. También pueden considerarse como sujetas a observación y son capaces de influir en la génesis del conocimiento enfermero: la sociedad, su estructura y de la investigación o los propios sistemas en los que la enfermería desarrolla su actividad y a los que se dirige en muchas ocasiones, antes que a los individuos.

También Newman, Sime y Corcoran-Perry proponen los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.

Paradigma de la categorización: En este paradigma los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos.

Aplicado al campo de la salud, este paradigma dirige el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Por ejemplo se analiza una enfermedad infecciosa aislando al tipo de bacteria, procedimiento que tiene como efecto detectar los signos y síntomas precisos que resultan de la enfermedad en el ser humano.

El paradigma de la categorización es aplicable en la profesión enfermera, centrado en la salud pública y también orientado a la práctica médica. Florence Nightingale hizo aplicaciones al campo de la salud pública durante la guerra de Crimea de la siguiente manera, acompañada de cuarenta enfermeras laicas y religiosas, intenta dar a los hospitales las condiciones de higiene más elementales. Recopila las estadísticas relacionadas con las mejoras sanitarias y las tasas de mortalidad.

Paradigma de la integración: Reconoce a la persona en el momento que experimenta cambios negativos en su salud, en particular analiza de manera profunda a su entorno.

El paradigma de la integración se interesa en primer lugar en la persona. Un testimonio de la orientación a la persona, fue la crisis económica de los años de 1930 y de la Segunda Guerra Mundial, donde la tendencia del mundo occidental fue la de crear un sistema de seguridad social. Escritos sobre la psicología individual (Adler, 1935), sobre la terapia orientada hacia el cliente (Rogers, 1951) y sobre la teoría de la motivación (Maslow 1943), confirman un reconocimiento de la importancia del ser humano en el seno de la sociedad. Esta evolución social marca la diferencia entre la disciplina enfermera con la disciplina médica.

La importancia de la persona en este paradigma se toma a través del cuidado pues va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social.

La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas, entonces la enfermera se vuelve una promotora de la salud.

Paradigma de la transformación: Es la base de la apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, de igual forma representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Este paradigma tiene una ideología semejante al que propone Siles en el Paradigma crítico.

Un hecho histórico ejemplo de la apertura hacia el mundo ocurre en 1978 con la Conferencia Internacional sobre los Cuidados de Salud Primarios donde destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), autora de la declaración de Alma-Ata, reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social.

Finalmente se comprende que gracias a estos paradigmas la enfermera puede relacionar los hechos que ocurren en su quehacer diario y convertir a la enfermería en profesión.

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

Al hablar de la teoría de enfermería se deben comprender dos interrogantes ¿cómo surge la teoría enfermera? y ¿qué importancia tiene para la enfermería cómo profesión? En la etapa del currículo la pregunta obligada se basaba en qué deberían estudiar y aprender las estudiantes para convertirse en enfermeras.

A medida que la enfermería iba buscando un mejor nivel educativo, comenzó a surgir lo que se conoce como la era de la investigación. Esta llegó cuando muchas enfermeras realizaban una formación superior y llegaban a la concepción común de la edad científica, así se abrió pauta a la ideología de que la investigación era el camino hacia el nuevo conocimiento. Las enfermeras empezaron a participar en la investigación y a formar parte de cursos de investigación en los programas de formación de enfermería.

La era de la investigación fue seguida por la era de la educación superior durante la segunda mitad del siglo XX. En este tiempo surgen programas de Máster en enfermería para cubrir la necesidad de enfermeras con una formación más especializada. Muchos de estos programas incluían un curso de investigación en enfermería y, hacia finales de esta etapa la mayoría consideraban un curso en teoría de enfermería o modelos conceptuales de enfermería donde se presentaba a los estudiantes las primeras teorías de la enfermería y el proceso del desarrollo de la teoría.

La era de la teoría es un hecho que revolucionó a la enfermería pues gracias a ella es reconocida como una disciplina académica con un cuerpo sustancial de conocimiento.

La profesión de enfermería es privilegiada porque posee una gran historia en la cual muchas teóricas aportaron sus conocimientos basados en experiencias y así se forman los pilares de la ciencia enfermera, es así como las teorías que se basan en los conocimientos teóricos resultan benéficas para la persona, ya que proporcionan un enfoque sistemático para la práctica enfermera.

Así pues, favorece la concepción de la enfermería como profesión. Lo más importante es que la teoría de enfermería es una herramienta útil para el razonamiento crítico y la toma de decisiones para la práctica enfermera, por lo que el presente estudio de caso está orientado bajo “La teoría enfermera del déficit de autocuidado” de Dorothea E. Orem.

Antecedentes

“Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland. Su padre era un constructor a quien le gustaba pescar y su madre era ama de casa a quien le gustaba leer. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D.C.”¹³

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario).

En el año de 1969 se publican sus primeras reflexiones formales sobre la enfermería, en 1971 edita el libro sobre “La teoría del déficit de autocuidado”, con la cual en 1996 obtiene el título honorífico de Doctora en Ciencias, gran parte de sus reflexiones surgieron de la intuición que tuvo acerca de por qué las personas necesitan ayuda de enfermería y cómo son auxiliados por los profesionales de la disciplina; a partir de ello retoma la experiencia de otras pensadoras de esta disciplina como Henderson, King, Rogers, Nightingale y de otras disciplinas médicas y humanísticas como Bertalanfy, Selye, entre otros.

Dorothea E. Orem realizó una conceptualización dentro de su teoría en función de la disciplina enfermera dando margen a los Metaparadigmas: Para Orem el cuidado es el campo del conocimiento y servicio humano, que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y la acción de reforzar sus capacidades de autocuidado. Mientras que la persona representa un ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y además desviaciones de la salud. La salud es el estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento, siempre bajo la influencia de un entorno que tiene factores externos que influyen en el ejercicio del autocuidado.

¹³ MARRINER Tomey Ann, et al. “Teorías y modelos de enfermería”.Elseiver. Barcelona. 2007. Pág. 189

Teoría del déficit de autocuidado

Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar al agente, y la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.

Los principales componentes de esta teoría son:

Autocuidado

“El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están en etapa de desarrollo, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento sano y continuar con el desarrollo personal y de bienestar.”¹⁴

Orem menciona que el hombre necesita de tres elementos para poder cuidarse:

- ❖ Voluntad
- ❖ Intención
- ❖ Conciencia

Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende:

- 1) El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
- 2) La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado.

¹⁴ OSTIGUÍN Meléndez, Rosa, “Teoría General del Déficit de autocuidado”. El manual moderno. México 2001. Pág. 2

Son las razones por las que se emplea el autocuidado; las que expresan los resultados deseados (los objetivos del autocuidado).

Requisitos de autocuidado universales

“Objetivos requeridos universalmente que deben alcanzar mediante acciones humanas que se produzcan a partir de las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y funcionamiento del ser humano, integrado por ocho elementos.”¹⁵

- 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- 2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- 4.- La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
- 5.- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- 6.- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- 7.- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- 8.- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Expresiones más específicas y particulares de la persona que se derivan de una condición (p, ej. el embarazo) o están asociados a un acontecimiento de la vida (p, ej. la muerte) y de estos hay dos grupos:

Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos.

- ❖ Vida intrauterina
- ❖ Vida neonatal: parto a término / pretérmino
- ❖ Lactancia
- ❖ Infancia y adolescencia
- ❖ Adulto joven
- ❖ Adulto
- ❖ Embarazo

¹⁵ MARRINER Tomey, Ann. Op.cit. Pp. 191-192

Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales.

- ❖ Privacidad educacional
- ❖ Problemas de adaptación social
- ❖ Pérdida de familiares y amigos
- ❖ Pérdida de trabajo
- ❖ Cambio de estilo de vida
- ❖ Enfermedad terminal
- ❖ Muerte
- ❖ Peligros ambientales

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

Estos requisitos existen sólo para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades pero, además, están bajo diagnóstico y tratamiento médico.

Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos.

Necesidades de autocuidado terapéutico

“Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- ❖ Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- ❖ Cubrir elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión) (Orem 2001).”¹⁶

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: 1) describe los factores del paciente o el entorno que hay mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar de la persona, y 2) tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

¹⁶ Ibídem. pág.193

Déficit de autocuidado

Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la acción de la persona en la que las capacidades de cuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente.

Una vez valorados los requisitos se identifica el déficit de autocuidado, para ello se consideran tres elementos:

Agente de autocuidado: *Es uno mismo, porque cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales, como bañarse, vestirse, comer, entre otros.*

Agente de cuidado dependiente: *Es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos por ejemplo, un hijo dependiente de sus padres.*

Agencia de enfermería: *Busca satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado universal, desarrollo o desviación de la salud.*

La enfermera representa al agente de autocuidado terapéutico, llamada así porque entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico cuando se sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos de salud.

Subteorías de La teoría enfermera del déficit de autocuidado

Teoría del déficit de autocuidado

“Antes de conocer el déficit de autocuidado es necesario valorar los requisitos de autocuidado universal, del desarrollo y de autocuidado en la desviación de la salud; y posteriormente reconocer los elementos que participan en ellos; agentes de autocuidado, agente de cuidado dependiente y agencia de autocuidado.

Por otra parte, el déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos.”¹⁷

¹⁷ MARRINER Tomey Ann, et al. “Teorías y modelos de enfermería”. Elsevier. Barcelona. 2007. Pp. 272-273

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por sí solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina, éste se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo y los resultados del cuidado de los otros.

Antes de hablar de la Teoría de sistemas es importante definir los Sistemas enfermeros:

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes.

Teoría de sistemas

“La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción diseñados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación entre la acción del paciente y de la enfermera.”¹⁸

¹⁸ Ibídem. pág. 273

Sistema completamente compensador: la acción de la enfermera es cumplir con el autocuidado terapéutico de la persona, además de compensar su incapacidad de comprometerse a desempeñar un autocuidado.

Sistema parcialmente compensador: la acción de la enfermera es desarrollar algunas medidas de autocuidado para la persona de manera que se compensen sus limitaciones en este rubro la acción de la persona es desempeñar algunas medidas de autocuidado de acuerdo con sus posibilidades de ejecución así mismo acepta el cuidado y la ayuda de la enfermera.

Sistema de apoyo educativo: hay una interacción de la enfermera y la persona, la acción de esta última es cumplir con el autocuidado y regular el ejercicio y el desarrollo de este.

Finalmente La teoría enfermera del déficit de autocuidado tiene diversas aplicaciones en el mundo de la salud; el primer uso documentado de la teoría de Orem como base para estructurar la práctica se encuentra en descripciones de clínicas dirigidas por enfermeras en el Johns Hopkins Hospital 1973. Desde entonces, ha habido descripciones del uso de la teoría de Orem en una gran variedad de población clínica y grupos de edades, desde neonatos hasta adultos mayores, para la promoción de la salud y cuidado para los enfermos.

Los artículos de investigación sobre el uso de la TEDA (Teoría enfermera del déficit de autocuidado) o sus componentes en la práctica clínica incluyen la docencia del autocuidado a las personas con diabetes mellitus y con insuficiencia renal avanzada, hemodiálisis y diálisis peritoneal, y trasplante de riñón. La valoración y el control del dolor es otra área que utiliza Orem. La oncología ha utilizado la TEDA para la prevención de cáncer y para mantener el autocuidado después haberse diagnosticado cáncer.

La teoría de Orem se ha utilizado para definir y describir diversos papeles de la enfermería en múltiples casos. Está documentado que el papel clínico de la enfermera especialista, el papel de gestor de casos, el papel de práctica avanzada y el papel de cuidados básicos han obtenido un gran significado gracias a la aplicación de la teoría.

4.4 MÉTODO ENFERMERO

Antecedentes históricos

“El proceso de atención enfermería hoy llamado método enfermero, a lo largo de la enseñanza contemporánea de esta profesión ha sido considerado una herramienta metodológica para realizar el cuidado, sin embargo poco se ha reflexionado sobre su origen y los esfuerzos por sistematizarlo, así como los alcances y dimensiones a considerar en cada una de las fases.

A partir de su estado embrionario en la década de los cincuenta, el Proceso de Enfermería ha llegado a convertirse en una actividad organizada.”¹⁹

En la década de los 60, Orlando, I.J habla de “la relación dinámica enfermera paciente en dónde la primera tiene acciones deliberadas”, resaltando que la enfermería no se ejercía solo por acciones incidentales y automáticas, sino que existía todo un proceso de asistencia sanitaria, término procedente del proceso de Atención de Enfermería.

Para 1966 Louis Knowles presenta una descripción del modelo que contenía las actividades de los profesionales de la enfermería: descubrir, investigar, decidir, actuar, discriminar; fases que sin duda dieron pie a las conocidas actualmente.

En 1967 un comité norteamericano definió el Proceso de Enfermería como la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente, en este mismo año la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

“A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mudinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases” (Iyer 1997:9). Es así como surge el Proceso de Atención de Enfermería, terminó que aparecería 15 años después en México y que actualmente tiende a ser desplazado por el Método de Trabajo Enfermero o Método Enfermero.”²⁰

¹⁹ OSTIGUÍN Méendez Rosa, et al. “Método Enfermero”, Desarrollo científico Enfermería, vol. 9 N°6. julio 2001, México pág. 175

²⁰ RODRÍGUEZ Sánchez, Bertha Alicia. “Proceso Enfermero”. Cuellar.México. 2000. Pp. 29,31

Concepto de método enfermero

“Es un método sistemático y organizado, de administrar cuidados de enfermería individualizados, orientados a la identificación de las respuestas humanas.” (Alfaro 1995).

La palabra método se deriva del griego meta, con, y odon, camino. Es el arte de encontrar la verdad, de construir enunciados de relación. El método es el camino hacia el desarrollo del conocimiento científico.

El método enfermero tiene una serie de características que ayudan a la enfermera (o), a organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios. Las cualidades que ésta posee, posibilitan la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

❖ **Sistemático**

Está conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

❖ **Humanista**

El hombre es considerado como un ser holístico que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

❖ **Intencionado**

Se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo valora los recursos, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).

❖ **Dinámico**

Está sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

❖ **Flexible**

Es universal en la aplicación de los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptación a cualquier teoría y modelos de enfermería.

Etapas del Método Enfermero

Valoración

“Etapa inicial del método enfermero que permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

La valoración que realiza la enfermera del usuario (s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.”²¹

Características de la valoración

Existen dos tipos de valoración, la básica que se desarrolla durante la entrevista y la valoración focalizada que se realiza para explorar un aspecto de particular interés.

La valoración requiere de diversos métodos para la recolección de los datos: una de ellas es la entrevista, que se define como la comunicación planificada o una conversación planificada y la exploración física, entendida como el reconocimiento de los procesos biológicos indispensables para la conservación de la vida; ambas en momentos permanentemente vinculados.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario permitiendo emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

1. Recolección de la información.
2. Validación de la información.
3. Registro de la información.

²¹ Ibídem. pp. 35,40

Recolección de la información

“Da inicio desde el “primer encuentro con el usuario, y continúa en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona se da de alta”, (Alfaro 1999:30) por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que esté el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.”²²

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos.

La recolección de datos del usuario puede ser general y específica (focalizada); así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica. Durante la valoración el profesional recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

Validación de la información

“Una vez reunida la información del usuario tiene que ser validada para estar seguros de que los datos obtenidos sean correctos.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas” (Alfaro 1998:53).”²³

Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera(o) que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario / familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

²² Ibídem. pp.40,41

²³ Ibídem. pág. 46, 51

Registro de la información

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Los objetivos que persigue el registro de la información son: “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería” (Iyer 1997:81).

Diagnóstico

El diagnóstico es una “función intelectual compleja”, (Iyer 1997:3) porque requiere de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre las respuestas humanas de un individuo, familia y comunidad.

Además permite analizar los datos para determinar problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados.

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales:

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Razonamiento diagnóstico

“Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas (...)” (Alfaro 1999:88). La enfermera (o) durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales e integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir un juicio clínico.”²⁴

Pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico:

- 1.- Realizar un listado de todos los datos significativos.
- 2.- Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que creé que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.

²⁴ Ibídem. pág. 52

3.- Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados / riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A (North American Nursing Diagnosis Association).

4.- Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.

5.- Determinar si la enfermera (o) tiene “la autoridad para hacer diagnóstico definitivo y ser el principal responsable (...)”, (Alfaro 1999:89) de la predicción, prevención y tratamiento del problema (cuando la respuesta es SI es un diagnóstico enfermero, si la respuesta es NO es un problema interdependiente).

6.- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes).

7.- Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).

Formulación de diagnósticos enfermeros

“Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.”²⁵

Para realizar diagnósticos de enfermería es de importancia conocer la clasificación de los diagnósticos enfermeros:

Diagnóstico enfermero real: Describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la experiencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos), además de tener factores relacionados.

Diagnóstico enfermero de riesgo (potencial): Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias, solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

²⁵ JUALL Carpenito, Lynda.”Manual de diagnósticos de Enfermería”. McGraw-Hill, España. 2003. Pp38-30

Diagnóstico enfermero de salud: Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

Los diagnósticos de enfermería reales se integran por tres partes: 1ª parte Etiqueta diagnóstica, 2ª parte factores relacionados (etiología), 3ª parte características definitorias (signos y síntomas) de la persona.

La presencia de signos y síntomas importantes (características definitorias) valida la presencia de un diagnóstico real. No es posible tener una tercera parte para diagnóstico de riesgo o posible porque no existen signos y síntomas.

Enunciados en una parte

Los diagnósticos de enfermería de bienestar se escribirán como enunciados de una parte: potencial para mejorar, por ejemplo, Potencial para mejorar el rol parental. En los diagnósticos de enfermería de bienestar no se encuentran factores relacionados porque todos serían los mismos: motivado para conseguir un mayor nivel de bienestar. Los diagnósticos de síndrome, como el síndrome traumático de violación, no tienen de “relacionado con”.

Enunciados de dos partes

“Los diagnósticos de enfermería de riesgo y los posibles tienen dos partes, la validación de un diagnóstico de enfermería de riesgo es la presencia de factores de riesgo. Los factores de riesgo forman la segunda parte, como en: Diagnóstico de enfermería de riesgo relacionado con factores de riesgo. Los diagnósticos de enfermería posibles son de sospecha debido a la presencia de ciertos factores. La enfermera tiene entonces que descartar o confirmar la existencia de un diagnóstico real o de riesgo.”²⁶

²⁶ JUALL Carpenito, Lynda, Op. Cit. Pp.38

Validación

“Durante el razonamiento diagnóstico se pueden cometer numerosos errores que conducen a juicios clínicos falsos y deficientes, éstos en su mayoría obedecen a la recolección incorrecta o incompleta de datos, por la falta de una metodología durante la valoración, barreras en la comunicación, ocultación de información por parte del usuario, distracciones e interrupciones y carencia de habilidades para la entrevista y examen físico; también se deben a la interpretación incorrecta de los datos al hacer deducciones prematuras con poco sustento en datos significativos y por involucrar prejuicios personales; asimismo, la falta de conocimientos y de análisis son obstáculos para un razonamiento diagnóstico confiable por lo tanto es recomendable realizar la validación de datos y búsqueda de asesoría.”²⁷

Registro de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Para realizar el registro de diagnósticos enfermeros la enfermera se basa en la taxonomía NANDA o formato PES (Problema etiología, signos y síntomas). El diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera (o) tiene autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio el problema interdependiente se orienta en las respuestas fisiopatológica, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento.

La realización de diagnósticos de enfermería exactos exige conocimientos y práctica. Si la enfermera utiliza un enfoque sistemático para la validación de los diagnósticos de enfermería, aumentará la precisión. El proceso de realización de diagnósticos de enfermería es difícil, pues lo que las enfermeras intentan es diagnosticar respuestas humanas. Los seres humanos son exclusivos, complejos y cambiantes, por lo que los intentos de clasificación de estas respuestas han sido difíciles.

²⁷ Ibídem. pág. 53

Planeación

“Etapa que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes., y que consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo (...)” (Iyer 1997: 157).²⁸

- ❖ Establecer prioridades
- ❖ Elaborar objetivos
- ❖ Determinar acciones de enfermería
- ❖ Documentar el plan de cuidados

Establecimiento de prioridades

Un ejemplo de priorización sigue la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Cáliz y resulta fácil cuando la enfermera (o) sigue el orden señalado por Alfaro: (1999: 116).

- Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas (...)”
- Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y protección. (...)”
- Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia. (...)”
- Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima (...)”
- Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales (...)”

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a qué prioridad pertenecen, lo que permite brindar atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

²⁸ RODRÍGUEZ Sánchez, Bertha Alicia. “Proceso Enfermero”. Ed Cuellar. México, 2006. Pp. 73

Elaboración de objetivos

Son necesarios para medir la efectividad de la asistencia de enfermería, cuando la persona no progresa hacia la consecución del objetivo o empeora, la enfermera debe de evaluar de nuevo la situación.

Los problemas en colaboración tienen objetivos de enfermería que representan su responsabilidad: detectar las alteraciones precoces y actuar conjuntamente con los médicos.

Determinar acciones de enfermería

“Las acciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona a conseguir los objetivos” (Iyer 1997: 186) y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

Documentación del plan de cuidados

Es el registro que la enfermera (o) realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera (o) procede a escribir el diagnóstico enfermero / problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación; estandarizados, en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera (o) realice anotaciones particulares del usuario; y los computarizados, que surgen de “planes creados por ordenador” (Iyer 1997: 210), que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen:

- ❖ El problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente).
- ❖ Objetivos
- ❖ Acciones de enfermería y evaluación

Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente); y las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Ejecución

Esta etapa es la puesta en práctica de la o las intervenciones y las actividades programadas con la persona, familia y comunidad, en el plan de cuidados dirigido a obtener objetivos positivos.

Pasos para la ejecución:

1.- Fase de preparación

Las acciones deben estar de acuerdo con las características del usuario y ser compatibles con la profesión sanitaria. Se realiza una revaloración de los conocimientos y habilidades del personal profesional de enfermería para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.

Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada intervención de enfermería.

Contar con el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención en un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.

2.- Fase de intervención

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes planeadas, que incluyen: la valoración; “la preparación de los cuidados para conseguir los objetivos (Iyer 1998:231; la educación; del usuario, familia y comunidad, y “la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria” (Iyer 1998:231). Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

3.- Fase de documentación

En esta fase la enfermera (o) realiza un registro en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario / familia; ser “base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados” (Alfaro 1996: 166).

Evaluación

Es la etapa final del proceso enfermero y a la vez es una exigencia en todas las actividades de enfermería, es continua y formal y está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

La aplicación del proceso enfermero necesita evaluarse con las siguientes preguntas:

¿La información estuvo completa y la información fue validada?

¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?

¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta?

¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas planteados?

¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: “determinar el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan de cuidados o modificarlo o darlo por finalizado”.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe revisar cada una de las etapas del proceso

para localizar posibles errores y proceder a corregirlos. Para el desarrollo de esta actividad “la enfermera y el paciente” deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia el cumplimiento de sus metas” (Leddy 1989:263) en forma conjunta con la acción de identificar obstáculos y estrategias.

Por lo tanto se puede concluir que la evaluación es una etapa compleja del proceso enfermero, pero puede facilitarse por ser sistemática y continua, ya que proporciona una base cognoscitiva, práctica y autónoma (...)” (Leddy 1989:266) de la enfermería y requiere de relación con el usuario y la familia.

4.5 CAVERNOMA

“Las malformaciones cavernosas, también llamadas angiomas cavernosos o cavernomas, son anomalías vasculares que se caracterizan por la presencia de capilares sinusoidales. Estos capilares se localizan adyacentes unos a otros, por lo cual se encuentra escaso o nulo parénquima cerebral en ellos.”²⁹

“Estas malformaciones han sido estudiadas desde la mitad del siglo XIX por Luschka en 1854 y Virchow en 1863, la primera exposición quirúrgica se hizo en 1880 por Giordano.”³⁰

Estas lesiones vasculares han recibido varios nombres: hematoma, angioma, hemangioma y aneurisma arteriovenoso.

La terminología actualmente en uso fue establecida por Zülch en 1957 y McCormick en 1966 dividiéndolo en cinco grupos:

- 1.- Telanquectasias o angiomas capilares
- 2.- Váriz
- 3.- Angioma cavernoso o Cavernoma
- 4.- Malformaciones arteriovenosas
- 5.- Angioma venoso

El Cavernoma es una neoformación rojiza de 2 a 3 cm de diámetro de aspecto polilobulado, cuyo límite con el parénquima cerebral adyacente es bien definido, aunque en general no posea una cápsula. El Cavernoma puede ser de volumen reducido o al contrario tener varios centímetros. Su vascularización arterial es asegurada por arteriolas visibles únicamente con microscopio de operaciones.

De forma microscópica el Cavernoma está hecho de cavidades o septaciones que comunican entre ellas y que están unas junto con otras, separadas por tejido colágeno tapizado de endotelio.

La sangre circula en las cavidades a baja presión, explicando la frecuencia de la trombosis intracavitarias que evolucionan espontáneamente hacia fibrosis y la calcificación.

Epidemiología

Alrededor de un individuo por cada 200 es portador de un Cavernoma, la lesión que se puede manifestar en todas las edades de la vida (25% de los casos se observan en el niño), sin preferencias de sexo.

²⁹ DE FONT Réaulx, Enrique. “Cuidados Neuroquirúrgicos”. McGraw-Hill. México 2002. Pág.65

³⁰ W Peterson, Paul. “Neurología y Neurocirugía”. Prado. México 2000. Pág. 306

Incidencia

“En estudios post mortem se encontró que el 9,6% de los procesos expansivos cerebrales correspondían a hematomas vasculares y los cavernomas representaban entre 0.39 y 0.53%.

En opinión de ciertos autores los angiomas cavernosos ocurren mayormente en hombres algunos señalan que son más frecuentes en mujeres y otros no encuentran diferencias entre ambos sexos.

Se manifiestan en cualquier época de la vida, pero una mayor incidencia se observa entre la tercera y quinta década. Alrededor de la cuarta parte ocurre en menores de 15 años.”³¹

³¹ Artículo de Revisión, Autor José Ignacio Moretti. Revista de Neurocirugía. Vol. 13 (2), México 2008

**Estudio epidemiológico realizado por Dr. Sarwar y el Dr. Otten
Cavernomas -incidencia**

Serie de autopsias		
Autores	Sarwar	Otten
Número de exámenes	4000	24535
% de cavernomas	0.4%	0.53%
Series in vivo (IRM)		
Autores	Robinson	Del Curling
Números de exámenes	8131	14035
% de cavernomas	0.4%	0.47%

FUENTE: Estudios realizados por el Dr. Sarwar y Dr. Otten en el año de 1970.
Estudios realizados por el Dr. Robinson y Dr. Curling en el año de 1970.

Cavernomas – incidencia de los hematomas cerebrales

	Serie de autopsia Sarwar-Mc Cormick (1978) 4069 cerebros	Serie en vivo Garner (1981)-8200 IRM
AV	105	50
MAV	24	17
Cavernomas	16	33
Telangectasias	28	

FUENTE: Estudio realizado por el Dr. Sarwar en al año de 1978

Etiología

El 20% de los casos los angiomas cavernosos son familiares y se transmiten de forma autósomica dominante.

El análisis clínico y neurorradiológico detallado de aproximadamente 50 familias, permitió precisar las características de estas formas familiares, las cuales se caracterizan por la multiplicidad de las lesiones en el 80% de los pacientes y por la frecuencia muy grande de forma genética entre individuos que presentan casos aparentemente esporádicos y afectados por cavernomas.

Se ha localizado 3 genes CCM en 7q, en 7p y 3q sólo el gen CCM1 ha sido identificado hasta hoy el cual codifica la proteína Krit1. El análisis de más de 100 familias afectadas por angiomas cavernosos ha demostrado, que aproximadamente el 40% de ellas eran portadoras de dicho gen.

Esas mutaciones producen aparición de un codón de detención prematura en el gen, lo que sugiere fuertemente, que el origen de esta afección es una pérdida de la función Krit1, si bien las funciones de esta proteína son todavía desconocidas.

Fisiopatología de los cavernomas

El comportamiento o "fisiopatología" de estas lesiones consiste en el paso lento de sangre (microhemorragias) desde la lesión al parénquima circundante, resultando un "anillo periférico" de hemosiderina y gliosis. La historia de epilepsia refractaria al tratamiento médico es frecuente, probablemente secundaria a la irritación crónica de los derivados hemáticos y al depósito de hierro. Las lesiones presentan con alta frecuencia trombosis al interior de una o más de sus cavidades, provocando una expansión súbita de la lesión en el parénquima circundante.

Sitios de localización

"En la región supratentorial, los cavernomas se encuentran más frecuentemente localizados en los hemisferios cerebrales (75% de los casos), generalmente en situación subcortical y la protuberancia es el sitio de elección de las localizaciones subtentoriales de este tipo de lesión. En realidad se pueden encontrar cavernomas en cualquier región del encéfalo (sistema ventricular, núcleos grises, cerebelo) pero también en quiasma óptico y áreas extraaxiales (ángulo pontocerebeloso, seno cavernoso). Las formulas múltiples no son excepcionales (15%)."³²

³² Extraído de la página electrónica www.neurocirugía.com, febrero de 2008

Clasificación

Cavernomas epileptógenos

Alrededor de $\frac{3}{4}$ partes de los cavernomas se manifiestan por crisis convulsivas de evolución más o menos prolongada.

Éstas pueden presentarse clínicamente de manera muy diversa en función del sitio de la lesión (crisis parciales o generalizadas).³³

Cavernomas hemorrágicos

En aproximadamente 20% de los casos el Cavernoma, se manifiesta por una hemorragia intracraneal, que se observa en sujetos jóvenes. Puede tratarse de una hemorragia cerebral eventualmente mortal (en 28% de los casos reportados por Simard, el diagnóstico fue hecho por autopsia).

Por otra parte, el Cavernoma es responsable de una hemorragia subaracnoidea. En ciertos casos, el paciente puede presentar hemorragias cerebrales o subaracnoideas múltiples (20% de los casos de Simard).

Los cavernomas hemorrágicos se calcifican menos frecuentemente (4 de 40 casos).

Cavernomas seudotumorales

Una hipertensión endocraneal puede llevar a descubrir la existencia de un Cavernoma: éste es el caso de los cavernomas que provocan una hemorragia cerebral subaguda o de algunos de los que se encuentran en los ventrículos cerebrales.

Por otro lado, algunos signos focales orientan al clínico: mencionamos en particular el Cavernoma del tallo cerebral que asocia el compromiso de las vías largas y de uno o varios nervios craneales.

³³ DECK, Karavel, et al, "Neurocirugía", Editores, México 1999, pág. 541

Manifestaciones clínicas

Aunque probablemente la mayoría constituyen hallazgos, existen 3 formas principales de presentación: convulsiones, síndrome de hipertensión intracraneana y déficit focal. Las convulsiones fluctúan entre 38% y 50% pueden ser focales, generalizadas o ambas, algunas veces difíciles de controlar con la terapia tradicional.

“El síndrome de hipertensión intracraneana se debe fundamentalmente a la ruptura del angioma venoso con la constante hemorragia intracerebral lo que se observa entre el 12.5 y el 23.5%.

Entre un 15% y un 38.5% ocurren inicialmente déficit neurológico focal, comúnmente de representación interhemisférica: hemiplejía, hemihipoestesia, afasia etc.”³⁴

Los síntomas de las malformaciones arteriovenosas son de dos tipos básicos: **no focales**, relacionados con el efecto general del aumento de la PIC (Presión intracraneal), y **focales** específicos de cada localización y atribuibles a alteraciones funcionales de la zona de tejido cerebral afectada.

“Las elevaciones de la PIC son responsables de muchos de los síntomas inespecíficos producidos por las MAV (Malformación arteriovenosa). **La cefalea** es uno de los síntomas que con mayor frecuencia las acompaña, que tiende a empeorar con el esfuerzo y en conjunto la náusea y el vómito.”³⁵

Síntomas focales específico por afectación de estructuras neuroanatómicas

- ❖ Corteza motora – hemiparesia contralateral.
- ❖ Corteza sensitiva – alteración de funciones sensoriales.
- ❖ Lóbulos frontales y temporales – afectación de la memoria, el juicio y la personalidad.
- ❖ Lesiones occipitales – hemianopsia contralateral homónima.
- ❖ Las MAV de fosa posterior – afección de cerebelo con pérdida de la coordinación homolateral (hemisferio cerebeloso) y ataxia (vermis cerebeloso).
- ❖ Lesión hipotálamo y la hipófisis – trastornos neuroendocrinos.
- ❖ Las lesiones que afectan al seno cavernoso producen parálisis de los nervios craneales que pasan a través de él (III, IV, y VI). Las MAV ubicadas en la fosa posterior pueden dar lugar a anestesia facial (nervio V), debilidad facial

³⁴ Extraído de la página electrónica www.e-flan.org febrero de 2009.

³⁵ ALLAN H Rooper, “Principios de Neurología”. McGraw-Hill. China 2005. Pp324-328

(nervio VII), alteraciones auditivas (nervio VIII) y dificultades para la deglución (nervio IX, X).

Diagnóstico

En ausencia de un signo patognomónico, el diagnóstico de Cavernoma puede ser simplemente una hipótesis y puede ser abierta la discusión diagnóstica en tres circunstancias principales:

1. Frente a una lesión intraparenquimatosa hemisférica calcificada epileptógena, es necesario discutir la existencia de un glioma de bajo grado de evolución lenta, en particular un oligodendroglioma calcificado.
2. En presencia de una hemorragia cerebral sin relación con la hipertensión arterial, particularmente en el sujeto joven: se ha mencionado el cavernoma, que no es visible en arteriografía, pero también un tumor que sangró (10% de los casos).
3. La hemorragia subaracnoidea plantea el problema de su etiología: los aneurismas arteriales y/o arteriovenosos son más a menudo responsables de éstas que los cavernomas.

Estudio contrastado TAC

Las malformaciones aumentan su densidad tras la inyección de un medio de contraste, debido a que son áreas ocupadas por vasos sanguíneos. Es típico el realce del nido malformativo y de las grandes venas de drenaje, mientras que las áreas de infarto y gliosis tienden a no captar. Típicamente, la apariencia en la TAC es una región del cerebro isodenso que resalta marcadamente después de una infusión de contraste intravenoso.

RM de cavernoma

“La resonancia magnética (RM) es el examen de elección. Lo típico es un moteado central de hiperseñal en la secuencia T1 y T2. La hiperseñal es debida a la presencia de la metahemoglobina dentro de las cavernas. A menudo está asociada con hiperseñal, lo que podría significar calcificaciones. El contorno presenta un área de hiposeñal, sobre todo visible en imágenes de T2, y que es debido a la presencia de hemosiderina mejor visualizada en campo de alta intensidad, aplicando distintas modalidades (fundamentalmente el Eco gradiente) establece un valor evolutivo.

Su importancia es primordial para el estudio de los cavernomas y ayuda en la discusión de las indicaciones operatorias. Un resonador de campo 1.5 Tesla pone en evidencia los cavernomas más pequeños. Es así como se ha demostrado la existencia de formas múltiples (observadas en particular en las formas familiares del padecimiento).”³⁶

Exámenes complementarios

Después de hacer una TAC (Tomografía axial computarizada) simple, que pueda mostrar la malformación arterio-venosa, su ubicación, tamaño y presencia eventual de un hematoma a su alrededor se debe realizar una angioresonancia cerebral para precisar mejor otras lesiones asociadas. Posteriormente se procede a realizar una panangiografía cerebral que es el examen complementario más importante con fines pronósticos y terapéuticos, y permite confirmar la presencia de la malformación arterio-venosa con sus características anatómicas y hemodinámicas.

La panangiografía cerebral permite identificar la lesión como una imagen vascular con pedúnculos arteriales múltiples o únicos dilatados y las venas de drenaje precoces (visibles en el tiempo arterial de la arteriografía) la arteriografía permite precisar la topografía de la lesión, tamaño, pedículo aferentes y eferentes, nidos vasculares y la intensidad del flujo sanguíneo (alto o bajo flujo).

Tratamiento

Para iniciar el tratamiento es importante considerar el riesgo de sangrado se ha estimado en 0.25% a 2.3% por año 7.22 aumentando a 4.5% cuando existe una hemorragia previa. En aquellos localizados en troncoencéfalo, el beneficio de la extirpación es controvertido, tanto en prevenir resangrado, como en disminuir del déficit neurológico.

El tratamiento de los cavernomas actualmente es controversial, determinado porque la conducta de esta malformación va desde una actitud conservadora si el paciente se le puede controlar las crisis convulsivas con medicamentos.

La decisión de qué tratamiento se le debe ofrecer a un paciente con una malformación depende del propio riesgo, relacionado con la evolución de la lesión, y el riesgo relacionado con cada modalidad de tratamiento en particular.

³⁶ GARCÍA Fernández, Rosalba. “Medicina Nuclear”, McGraw-Hill, México 1999, pág. 25

En 1986, Spetzler y Martin propusieron un sistema de gradación basado en el tamaño, la elocuencia del cerebro y el patrón de drenaje venoso.³⁷

Clasificación de Spetzler Martin para MAV

Tamaño	Puntos
< 3 cm	1
3 – 6 cm	2
>6cm	3
Elocuencia adyacente	
No elocuente	0
Elocuente	1
Patrón de drenaje venoso	
Superficial	0
Venoso	1

Esta clasificación permitió la confirmación del riesgo quirúrgico para los pacientes con malformaciones.

Otras alternativas terapéuticas incluyen tratamiento endovascular, abordaje microquirúrgico directo, radiocirugía en casos seleccionados o combinaciones de todas estas modalidades por ejemplo:

Microcirugía vascular: abordaje directo y exéresis de la malformación en uno o varios tiempos.

Tratamiento endovascular: con procedimientos endovasculares en uno o varios tiempos, utilizando la técnica de Seldinger con microcatéteres que son conducidos por los pedúnculos aferentes a la proximidad del nido. Ellos permiten la embolización, con materiales diversos (coils, polímeros) que llegan al nido de la malformación bloquean el flujo aferente lo que lleva a una trombosis de la malformación.

³⁷ RÉAULX Rojas, Enrique de Font, "Cuidados Neuroquirúrgicos", Ed McGraw-Hill Interamericana, México 2002, pág. 254

Radiocirugía: este método radioterapéutico consiste en irradiar la malformación a nivel del nido en una sección por rayos de alta intensidad a un sitio predeterminado, este método esclerosa la malformación en 2 años y está indicado preferiblemente a malformaciones de tamaño menor de 4 cm. de diámetro. Este procedimiento produce esclerosis del nido de la malformación la cual se trombosa posteriormente algunas veces es necesario repetir el procedimiento.

Las malformaciones pueden ser tratadas por uno o varios métodos antes descritos. Dependiendo de las crisis comiciales, cefalea, déficit sensitivo motor por isquemia sin hemorragia. La decisión del tipo de tratamiento depende del tamaño y sitio de la M.A.V.

Una M.A.V pequeña, en una zona poco elocuente es más propicio a ser tratada por los procedimientos ya descritos. En aquellas M.A.V grandes de alto flujo y ubicadas en zonas funcionales importantes deben revisarse cuidadosamente las indicaciones de cualquier procedimiento invasivo por las secuelas neurológicas que puedan resultar por los mismos. En estos casos es recomendable una conducta conservadora expectante.

Pronóstico

Los cavernomas resultan con un alto riesgo de hemorragias y con la exacerbación de los síntomas.

Los datos observados en resonancias repetidas han permitido demostrar que el cavernoma por diversos mecanismos es una lesión frecuentemente evolutiva. El principal mecanismo es la hemorragia (la hemorragia puede sobrevenir en el cavernoma mismo produciendo un aumento global de su volumen, destruyéndolo parcialmente en ciertos casos, o al contrario en el parénquima cerebral pericavernomatoso), en conclusión el curso de esta patología es catastrófico por el aumento de lesiones precedidas a la hemorragia.

Complicaciones secundarias a la patología y tiempo de hospitalización

La estancia prolongada en un hospital afecta de manera perjudicial el estado de salud de la persona, a continuación se hace mención de las principales complicaciones:

Desnutrición proteicocalórica

“La DPC (desnutrición proteicocalórica) es una enfermedad grave, a menudo mortal. Se manifiesta mediante distintos síndromes clínicos, todos ellos caracterizados por un aporte dietético de calorías y proteínas insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.”³⁸

Es importante recordar que, desde el punto de vista funcional, existen dos compartimientos proteicos en el cuerpo: el de las proteínas somáticas, representado por los músculos esqueléticos, y el de las proteínas viscerales, constituido por las reservas proteicas en las vísceras, fundamentalmente en el hígado. Estos dos compartimientos se regulan de manera distinta, entonces el compartimiento somático se afecta con mayor gravedad.

El diagnóstico de DPC en personas hospitalizadas se establece a través de la comparación del peso y la talla determinada con tablas normales: también son útiles otros parámetros, tales como la evaluación de las reservas de grasa, la masa muscular y las proteínas plasmáticas. Cuando se pierde grasa, disminuye el espesor de los pliegues cutáneos (que incluyen piel y tejidos subcutáneos). Si se catabolizan las proteínas del compartimiento somático, la disminución resultante de la masa muscular se reflejará en una reducción de la circunferencia de la parte media del brazo.

Las determinaciones de las concentraciones séricas de proteínas (albúmina, transferrina y otras) proporcionan información sobre el estado del compartimiento proteico visceral.

Un dato importante que aporta el compartimiento proteico visceral, que es más preciso y decisivo para la supervivencia, sólo consume de forma parcial, por lo que la concentración sérica de albúmina es normal o sólo desciende ligeramente. Además de las proteínas musculares, la grasa subcutánea también se moviliza para aprovecharse como fuente de energía. Con estas pérdidas de músculo y

³⁸ VINAY Kumar, et al. “Patología Humana”. Elseiver. España. 2004. pp. 291-292

grasa subcutánea, las extremidades están emaciadas y, en comparación, la cabeza parece demasiado grande para el cuerpo.

Finalmente se observan otras consecuencias como anemia y manifestaciones de carencias multivitaminicas y hay signos de deficiencia inmunitaria, sobre todo de la inmunidad celular T.

Tormenta neurovegetativa

“Es un estado agudo de estimulación simpática sostenida que causa combinaciones variables de anomalías en la presión arterial y frecuencia cardiaca, temperatura corporal, respiración y transpiración. Sus causas son lesiones cerebrales y medulares; toxinas y fármacos; neuropatías neurovegetativas.

Las lesiones que afectan el diencéfalo tienen mayor tendencia a manifestarse con disautonomía, pero la situación más constante de catástrofe intracraneal aguda de magnitud y rapidez suficientes para inducir una oleada catecolimínérgica masiva. Este embate puede causar convulsiones, edema pulmonar neurógeno y daño miocárdico. Las manifestaciones incluyen fiebre, taquicardia, hipertensión, taquipnea, hiperhidrosis, midriasis y rubor.”³⁹

Neumonía nosocomial por Klebsella

“La neumonía nosocomial o intrahospitalaria se define como una infección pulmonar adquirida durante un ingreso hospitalario. El espectro de neumonía nosocomial supone una enorme carga a los crecientes costes de la asistencia sanitaria. Las infecciones nosocomiales son frecuentes en los pacientes con trastornos subyacentes graves, inmunodepresión, tratamiento con antibióticos prolongados o instrumentaciones agresivas (, como catéteres intravasculares). Las personas sometidas a ventilación mecánica constituyen un grupo de riesgo especialmente y las infecciones que surgen en estos casos reciben el nombre de neumonía asociada al respirador.

Las neumonías nosocomiales suelen estar causadas por diferentes microorganismos, incluyendo *Staphylococcus aureus* y *Klebsella*.

La *klebsella pneumoniae* es la causa más frecuente de neumonía por bacterias gramnegativas, los esputos son densos y gelatinosos son característicos de esta enfermedad, pues el microorganismo produce gran cantidad de un polisacárido capsular viscoso que puede ser difícil de expulsar con la tos.”⁴⁰

³⁹ J Jameson, Larry. “Harrison principios de medicina interna”. McGraw Hill. China. 2009. Pág. 2581

⁴⁰ *Ibidem*. pp 482,484

Inmunodeficiencias secundarias

“Las inmunodeficiencias secundarias pueden aparecer en personas con malnutrición, infecciones, cáncer, nefropatías. Algunas de estas inmunodeficiencias secundarias se deben a una síntesis insuficiente de inmunoglobulinas resultado de malnutrición o una carencia de linfocitos (por fármacos o infecciones graves).

Clínicamente, las personas con inmunodeficiencias muestran una mayor susceptibilidad a las infecciones. El tipo de infección de cada persona depende del componente del sistema inmunitario que se encuentra afectado. Los que tienen defectos en las inmunoglobulinas, el complemento o las células de la fagocitosis suelen contraer infecciones de repetición por bacterias piógenas; por otra parte, los que tienen defectos de la inmunidad celular tienden a adquirir infecciones debidas a virus, hongos y bacterias intracelulares.”⁴¹

Anemia ferropénica

Es la forma más frecuente de anemia en las personas hospitalizadas, su forma de aparición se debe a deficiencia nutricional, mal absorción, hemorragia crónica que puede tener lugar en el aparato digestivo (p, ej., úlcera péptica, cáncer de colon, hemorroides etc).

Cualquiera que sea la causa, el desarrollo de la deficiencia es insidioso. Al principio se agotan las reservas de hierro, lo que se manifiesta por una disminución de la ferritina sérica y desaparición del hierro tingible en la médula ósea. Posteriormente desciende el hierro circulante, con la caída de la concentración de hierro sérico y aumento de la capacidad de la transferrina sérica para captar el metal. Por último, el defecto afecta a la Hb, la mioglobina y otros compuestos de hierro.

Úlcera gástrica aguda

Una úlcera se define como una solución de continuidad en la mucosa del aparato digestivo que sobrepasa la muscular de la mucosa y alcanza la submucosa o las capas más profundas.

Los defectos focales y agudos que afectan a la mucosa gástrica pueden aparecer tras un estrés intenso de cualquier naturaleza (de ahí el término úlceras por estrés). En general, se encuentran lesiones múltiples localizadas

⁴¹ Ibídem. pág 147-409

fundamentalmente en el estómago y, a veces, en el duodeno. Las úlceras por estrés aparecen fundamentalmente en las siguientes situaciones:

Traumatismos graves, incluidas las intervenciones quirúrgicas importantes, la septicemia y enfermedades graves de cualquier tipo.

Lesiones traumáticas o quirúrgicas del sistema nervioso central o hemorragias intracerebrales.

Exposición crónica a fármacos irritantes gástricos, en especial AINES (Antiinflamatorios no esteroideos) y corticoides.

La mayoría de las úlceras producen un dolor constante, ardor o molestias sordas.

Una minoría significativa cursa con complicaciones tales como hemorragia o perforación. La complicación más importante es la hemorragia, que surge en una de cada tres personas y puede ser mortal.

Tromboembolismo pulmonar

“El tromboembolismo es el estado en el que se produce el bloqueo de un vaso sanguíneo por un émbolo arrastrado por la corriente sanguínea desde su punto de formación. El área irrigada por el vaso obstruido se torna fría, entumecida, cianótica y paréstica. Un émbolo en los pulmones produce un repentino y violento dolor torácico o abdominal, disnea, tos intensa, fiebre y hemoptisis.”⁴²La obstrucción de la arteria pulmonar o alguna de sus ramas puede ser rápidamente fatal. En más del 95% de los casos, la tromboembolia se origina en las venas profundas de la pierna por encima de la rodilla.

“La persona con antecedente de un tromboembolismo pulmonar presenta un alto riesgo de sufrir nuevas embolias.

Casi todas las embolias pulmonares (60% a 80%) son clínicamente asintomáticas, debido a su escaso tamaño. Con el tiempo, se organizan e incorporan a la pared vascular; en algunos casos, la organización de la tromboembolia deja como secuela una delicada red fibrosa.

Cuando la embolia obstruye el 60% o más de la circulación pulmonar, puede producirse una muerte súbita, una insuficiencia ventricular derecha (cor pulmonale) o un colapso cardiovascular.

Con el tiempo, la repetición de las embolias puede provocar hipertensión pulmonar con insuficiencia ventricular derecha.”⁴³

⁴² Ibídem. pág. 95

⁴³ Diccionario de Medicina Océano Mosby, Océano. España. 2002. Pág. 1254

Trombocitopenia

Se caracteriza por hemorragias espontáneas, un tiempo de hemorragia prolongado y TP (Tiempo de protombina) y TTP (Tiempo de trombo plastina) normales. Se considera que existe Trombocitopenia cuando el recuento de plaquetas es inferior a 100.000/MI, aunque las hemorragias espontáneas no aparecen de manera franca hasta que la cifra desciende por debajo de los 20.000/mL. Los recuentos plaquetarios intermedios 20.000 y 50.000 pueden producir hemorragias postraumáticas. La Trombocitopenia se asocia a hemorragias en vasos de pequeño calibre. A menudo surgen petequias y equimosis extensas en la piel y las mucosas digestivas y urinarias, pero pueden producirse en cualquier localización. La hemorragia en el sistema nervioso central constituye uno de los principales peligros para las personas con recuentos plaquetarios bajos.

Causas de Trombocitopenia

Disminución de la producción de plaquetas

- ❖ Enfermedad generalizada de la médula ósea
- ❖ Anemia aplásica: congénita o adquirida
- ❖ Infiltración medular: leucemia, cáncer diseminado
- ❖ Alteración selectiva de la producción de plaquetas
- ❖ Inducida por fármacos: alcohol, tiacidas, citotóxicos
- ❖ Acortamiento de la vida de plaquetas

Destrucción inmunológica

- ❖ Asociación a fármacos: quinidina, heparina, sulfamidas.

Destrucción no inmunitaria

- ❖ Coagulación intravascular diseminada
- ❖ Hemangiomas gigantes
- ❖ Anemias hemolíticas microangiopáticas

CAPÍTULO CINCO

V. METODOLOGÍA

5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN EN EL ESTUDIO DE CASO

“Un estudio de caso es una investigación a fondo sobre un individuo. El investigador que los lleva a cabo trata de analizar y comprender las variables importantes para los antecedentes, desarrollo o cuidado del sujeto o del problema del sujeto. Como se trata de un análisis intensivo, su objetivo es determinar la dinámica del pensamiento del sujeto de investigación para comprender por qué se comporta o se desarrolla de determinada manera y no en qué consiste su estado, progreso, acciones o pensamientos. Las investigaciones de este tipo por lo general requieren estudios detallados durante tiempo razonable.”⁴⁴

Estos datos de comportamiento del sujeto se pueden obtener a través de herramientas o estrategias de investigación las cuales dan pauta al conocimiento del sujeto que se está estudiando.

En primer lugar se buscan estrategias que introduzcan a estudiar determinada situación en este estudio de caso se analiza a una persona con un cavernoma pineal, como primer paso se hace uso de la entrevista directa con el familiar, revisión del expediente clínico, revisión bibliográfica y revisión de artículos vía electrónica.

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Durante el primer semestre de la Especialización de enfermería neurológica, se realizó una práctica clínica en el INNN (Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía) Manuel Velasco Suárez, en servicios de baja especialidad con la intención de tener un primer acercamiento con la persona con riesgo y daño neurológico.

Este período sirvió para iniciar la selección de una persona para realizar un estudio de caso, que se llevo a cabo en el mes de septiembre de 2008 en el servicio de Neurocirugía.

⁴⁴ F Polit Denise, “Investigación científica en ciencias de la salud”. Interamericana. México. 1994. Pág. 214.

La observación permitió seleccionar y detectar un deterioro neurosensorial y motor progresivo, además de un diagnóstico médico aún no definido, por estos motivos surgieron dudas que generaron interés y por estas causas se inició la realización de este estudio de caso.

Las fuentes de información para la realización de este estudio de caso fueron directas e indirectas. Las fuentes directas primarias utilizadas (persona, valoración focalizada), algunos datos se recopilaron con ayuda de la mamá de Julián porque él no se encontraba en condiciones de contestar la entrevista, en algunas ocasiones se proporciono información vía telefónica.

También se hizo uso de las fuentes indirectas (expediente clínico), se realizaron consultas durante las siguientes fechas 5 de septiembre, 12 de septiembre, 14 de octubre, 27 de noviembre de 2008.

Posteriormente en el mes de enero y marzo de 2009.

De manera complementaria se realizaron consultas en fuentes bibliográficas, en libros de Neuroanatomía funcional, Neurología clínica y Neurocirugía en conjunto con la revisión de páginas electrónicas.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El aspecto clave para brindar una atención integral de calidad es hacerlo a través de la conciencia ética de enfermería. Es obligación de la enfermera asegurarse de que las decisiones y acciones realizadas en beneficio de las personas se ejecuten éticamente.

“La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe de hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.”⁴⁵

Como bases éticas para la realización de este estudio de caso se tiene El código de ética para las enfermeras y enfermeros en México y el Consentimiento informado. Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

⁴⁵ Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Comisión Interinstitucional de Enfermería. México, 2001. Pp. 2,4

En enfermería es imprescindible contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que denote los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE).

La ley reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México.

Por último se hace mención del consentimiento informado documento que no sólo es aplicable a la investigación y al trasplante de órganos, sino también a todos los procedimientos médicos y de enfermería que aplican al paciente.

Todo ser humano en etapa adulta y con la capacidad mental completa tiene el derecho de aprobar lo que se realizará en su propio cuerpo; un cirujano que lleva a cabo una operación sin el consentimiento del paciente incurre en una violación, y será responsable de los daños. (Cardoza, 1914).

“El concepto de consentimiento informado, queda en dos cuestiones vitales. En primer lugar ¿qué se entiende exactamente por consentimiento informado? Y, segundo, ¿qué ocurre con aquellas personas que no son capaces de dar su consentimiento informado?

Si el proceso para obtener el consentimiento informado es dar explicaciones honestas y claras, entonces el paciente debe tener la capacidad de comprender esta información. Existe una clara diferencia entre el consentimiento informado y el consentimiento educado. El primero se relaciona con recibir información y el segundo con entender la información para tomar una decisión racional.

La información debe darse al paciente en un lenguaje que tome una decisión educada.”⁴⁶

Personas que no son capaces de autorizar el consentimiento informado

En pacientes con problemas de aprendizaje o daño cerebral se han puesto en tela de duda, por ejemplo, los experimentos realizados en la Alemania Nazi. Si se comienza bajo la premisa de que las personas con dificultades para el aprendizaje son seres humanos y, por tanto, tienen todos los derechos a que son acreedoras las personas en virtud de ser humanas, entonces es posible contar con un conjunto de criterios morales. Los dos principios básicos deben ser:

- 1) Tratar con el respeto debido a cualquier ser humano.
- 2) Asegurarse de que estén protegidos contra cualquier daño.

⁴⁶ GRAHAM Rumbold. “Ética en enfermería”. McGraw Hill. México. 2003. Pp. 118,119

“Si se considera que el paciente es incapaz de dar un consentimiento validado, las normas indican que cualquier tratamiento propuesto debe discutirse con su familiar más cercano”.

En la realización de este estudio de caso la persona no se encontraba en condiciones de aceptar la aprobación para el consentimiento informado, por lo tanto el familiar responsable (en este caso su mamá) aceptó firmar el consentimiento informado.

(Ver anexo 1. Consentimiento informado).

CAPÍTULO SEIS

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

Julián de 22 años, es hijo único, vive con su madre y reside en la ciudad de México DF., actualmente estudia ciencias genómicas. Inicia en el mes de julio de 2008 con cefalea súbita en región occipital, náusea, vómito, fotofobia y visión doble.

El 16 de julio ingresa al INNN y es hospitalizado en el servicio de neurocirugía, se realizan estudios de imagen TAC (Tomografía axial computarizada), los cuales determinan hidrocefalia obstructiva y una posible tumoración, por este motivo se coloca un SDVP (Sistema de derivación ventriculoperitoneal de presión media).

Es dado de alta el 29 de julio por dificultad para realizar exéresis de la lesión.

El 12 de agosto ingresa al INNN con datos de neuroinfección por *Staphylococcus aureus*, se hace retiro de SDVP y se establece un diagnóstico de cavernoma pineal, (es en este periodo cuando se tiene el primer contacto con el caso de Julián) presenta un deterioro neurológico progresivo, se observa disfagia, afasia, parálisis de miembros torácicos y pélvicos, espasticidad e hiperreflexia, recibe oxígeno por mascarilla apoyada a nebulizador continuo.

El 2 de septiembre ingresa a quirófano para exéresis de la lesión, la cirugía se suspende porque Julián presenta datos de embolismo pulmonar e hipertensión arterial. Ingres a la UCI (Unidad de cuidados intensivos) se recoloca SDVP, recibe ventilación mecánica y NPT (Nutrición parenteral total).

El 24 de septiembre se coloca gastrostomía, días después presenta hipertermia, asociada a un cuadro de peritonitis, es trasladado al Hospital General de México para lavado quirúrgico, y en los cultivos se encuentra pseudomona posteriormente presenta evisceración de herida.

El 17 de de noviembre ingresa al INNN al servicio de terapia intermedia, con una traqueostomía apoyada a ventilador sólo cuando tenía una SPO2 del 85%, Julián se encontraba somnoliento, con parálisis de los nervios craneales tercero, cuarto y sexto, abundantes secreciones, taquipnea y en ocasiones presentaba disnea, durante este tiempo desarrolla infección respiratoria por *Klebsiella*, crisis diencefálicas de difícil control, es medicado con Largactil.

Julián necesita que se cubran las necesidades de autocuidado terapéutico por lo tanto la Sra. Esquivel adopta el rol de cuidador primario, manifiesta estar agotada y preocupada por la larga estancia de Julián.

VII. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO

7.1 Instrumento a trabajar

El presente estudio de caso se utilizó un formato de valoración de Enfermería Neurológica, previamente sujeto a revisiones y proporcionado por el área de coordinación de la Especialización en Enfermería Neurológica.

7.1.1 Valoración

Valoración focalizada

(Ver anexo 2. Formato de valoración).

Requisitos de autocuidado universales

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Julián se encuentra con apoyo ventilatorio, con traqueostomía asistida a ventilador, con una FiO₂ al 60%, abundantes secreciones densas y viscosas, taquipnea, y en ocasiones períodos de apnea y alcalosis respiratoria.

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Julián tenía ausencia de la deglución, se observaron mucosas orales deshidratadas, se encuentra con apoyo parenteral con una solución fisiológica de 1000 ml con 40 meq de Cloruro de potasio 2 gr de SO₄Mg infundidos 120 cc por hora y NPT (Nutrición parenteral total), sodio Na de 153 meq/L.

3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Se detectó alteración de los nervios craneales IX, X y XII, lo cual impide que Julián pueda deglutir, ha tenido pérdida de peso significativa y disminución de las reservas musculares, piel seca, una talla de 1.80 m y peso de 59 Kg se realiza el cálculo de IMC dando como resultado 17.90 índice igual desnutrición. Recibe NPT y suplemento inmunex por sonda de gastrostomía.

4.- La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.

Julián tiene un sistema colector de orina que drena volúmenes urinarios que fluctúan entre 200 ml y 350 ml por hora, obteniendo un gasto urinario de 3150 ml. Se ausculta peristaltismo intestinal, evacua de 1 a 2 veces al día heces formadas y de color café.

5.- Mantenimiento entre la actividad y el descanso.

Julián mantiene periodos de somnolencia, despierta solamente cuando se realizan estímulos como hablarle y tocarlo. Julián tiene espasticidad y parálisis en músculos de miembros pélvicos y torácicos.

6.- Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.

Julián tiene dificultad para comunicarse debido a lesiones del sistema reticular ascendente y corteza sensitiva, sin embargo sólo puede mover su mano izquierda con debilidad para comunicarse.

7.- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Julián tiene hidrocefalia obstructiva e infecciones de repetición del SDVP. Inmunológicamente su sistema es deficiente pues presenta infecciones de repetición relacionadas a la desnutrición, leucopenia (recuento leucocitario de 3700/mm³) y procedimientos invasivos y crisis diencefálicas.

8.- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Julián depende totalmente de la atención de enfermería y de su mamá por el deterioro neurológico progresivo, además atraviesa por un período traumático por cambio de entorno.

Su mamá refiere cansancio y estrés por la tarea extenuante de prestar cuidados y en algunas situaciones no tener el control de la situación.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Julián se encuentra en la etapa de adulto joven y a causa de la enfermedad crónica progresiva ha dejado sus actividades de la vida diaria.

El progreso de su enfermedad coloca a Julián en una dependencia total de los cuidados de enfermería y de su mamá.

7.1.2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

I Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

- ❖ Disnea
- ❖ Taquipnea
- ❖ Apnea
- ❖ Disminución de la SPO₂ =85%
- ❖ Alcalosis respiratoria (Hipocapnia PCO₂ = 22 mmHg pH 53)
- ❖ Abundantes secreciones densas y viscosas
- ❖ Infección respiratoria por Klebsella

II Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

- ❖ Hipernatremia Na de 153 meq/L

III Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

- ❖ Disfagia
- ❖ Pérdida de peso
- ❖ Mala absorción intestinal

IV Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación

- ❖ Decúbito prolongado.
- ❖ Cateterismo vesical prolongado
- ❖ Gasto urinario de 3150 ml

V Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso

- ❖ Prolongados períodos de somnolencia
- ❖ Falta de movilidad
- ❖ Espasticidad en músculos de miembros torácicos y pélvicos

VI Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad

- ❖ Ausencia del lenguaje

VII La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

- ❖ Edema cerebral
- ❖ Crisis diencefálicas
- ❖ Neuroinfección
- ❖ Infección abdominal por pseudomona
- ❖ Leucopenia (recuento leucocitario de 3700/mm³)
- ❖ Evisceración de herida

VIII La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

- ❖ Agotamiento del cuidador primario
- ❖ Temor a hechos futuros
- ❖ Estrés del cuidador primario

7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnósticos reales

Requisito I Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

“Diagnóstico 1”

Deterioro del intercambio gaseoso R/C alteración de la membrana alveolocapilar
M/P hipocapnia, disnea y taquicardia.

“Diagnóstico 2”

Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C imposibilidad para la expectoración M/P
disnea y producción de esputo viscoso.

Requisito II Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

“Diagnóstico 3”

Alteración del equilibrio hidroelectrolítico R/C hipertermia y poliuria M/P
hipernatremia.

Requisito III Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

“Diagnóstico 4”

Alteración de la deglución R/C afección de los nervios craneales IX, X y XII M/P
incapacidad para tragar y ausencia de movimientos de la lengua.

“Diagnóstico 5”

Alteración de la nutrición por defecto R/C disfagia M/P piel seca, disminución de
las reservas musculares e IMC (índice de masa corporal) = 17.9

Requisito IV Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.

Requisito V Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso

“Diagnóstico 6”

Deterioro de la movilidad física R/C lesión de la neurona motora superior M/P espasticidad e hiperreflexia.

Requisito VI Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad

“Diagnóstico 7”

Deterioro de la comunicación verbal R/C lesión del sistema reticular ascendente M/P ausencia del lenguaje.

Requisito VII La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

“Diagnóstico 8”

Perfusión tisular cerebral inefectiva R/C edema cerebral M/P somnolencia y presión perfusión cerebral de 66 mmHg.

“Diagnóstico 9”

Alteración de las funciones nerviosas autónomas R/C lesión del diencefalo M/P taquicardia, hipertensión e hipertermia.

“Diagnóstico 10”

Capacidad adaptativa intracraneal disminuida R/C aumento de la presión intracraneal M/P vómito en proyectil y crisis convulsivas.

“Diagnóstico 11”

Dolor agudo R/C efecto de masa intracerebral M/P diaforesis y gesticulaciones.

“Diagnóstico 12”

Protección inefectiva R/C leucopenia M/P infecciones multiórganicas y retraso en la cicatrización de heridas.

Requisito VIII La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

“Diagnóstico 13”

Sobreesfuerzo en el rol del cuidador R/C la necesidad de prestar cuidados implacables M/P estado de ánimo deprimido y verbalización de cansancio.

Diagnósticos de riesgo

Requisito I Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

“Diagnóstico 1”

Riesgo de deterioro de la respiración espontánea R/C fatiga de los músculos respiratorios.

“Diagnóstico 2”

Riesgo de infección nosocomial R/C ventilación mecánica.

“Diagnóstico 3”

Riesgo de respuesta disfuncional al destete del ventilador R/C somnolencia y reservas energéticas limitadas.

Requisito II Mantenimiento de un aporte suficiente agua

“Diagnóstico 4”

Riesgo de déficit de volumen hídrico R/C estado hipermetabólico.

Requisito III Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

“Diagnóstico 5”

Riesgo de alteración de la nutrición por defecto R/C disfagia.

Requisito IV Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación

“Diagnóstico 6”

Riesgo de infección del tracto urinario R/C con cateterismo vesical prolongado.

“Diagnóstico 7”

Riesgo de estreñimiento R/C inmovilidad física.

Requisito V Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso

“Diagnóstico 8”

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física y desnutrición.

Requisito VII Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

“Diagnóstico 9”

Riesgo de infección en sitio de inserción de SDVP (sistema de derivación ventriculoperitoneal) R/C leucopenia.

“Diagnóstico 10”

Riesgo de infección en sitio de estoma de gastrostomía R/C inmunosupresión.

“Diagnóstico 11”

Riesgo de aspiración R/C disminución de la motilidad intestinal y deterioro de la deglución.

Requisito VIII Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales

“Diagnóstico 12”

Riesgo de síndrome de estrés del traslado R/C deterioro del estado de salud y traslado constante de un entorno a otro.

“Diagnóstico 13”

Riesgo de duelo anticipado del cuidador primario R/C inestabilidad emocional.

7.3 PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

Diagnósticos reales

I Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Diagnóstico 1

Deterioro del intercambio gaseoso R/C alteración de la membrana alveolocapilar
M/P hipocapnia, disnea y taquicardia

Objetivo a corto plazo: Mejorará la oxigenación y se reducirán los signos de insuficiencia respiratoria.

Objetivo a largo plazo: Se mantendrá una PaCO₂= 35 y 40 mmHg y un pH 7.35.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

Intervenciones de enfermería

1.- Monitorización respiratoria.

- Valorar la frecuencia, profundidad y esfuerzo respiratorio; si es posible detectar la causa de la hiperventilación; ansiedad, dolor.
- Observar el color de la piel, las membranas mucosas y lechos ungueales, registrando la presencia de cianosis periférica o cianosis central.
- Auscultar campos pulmonares observando zonas de disminución o ausencia de flujo de aire y ruidos respiratorios accesorios: ruidos crepitantes o estertores.
- Evaluar signos de hipoxemia a través de alteración del estado de conciencia: presencia de nerviosismo, irritación, confusión, somnolencia y coma.
- Valorar estado neuromuscular: fuerza, tono, reflejos, sensibilidad y presencia de temblores.
- Si existe hipertermia es necesario mantener una temperatura entre 36.5°C a 37°C.
- Valorar la existencia de signos de edema pulmonar: hipotensión, cantidades copiosas de esputo rosa o sanguinolento, palidez, cianosis, cambios en el nivel de conciencia, disnea intensa e inquietud.

2.- Mantener un ambiente de tranquilidad.

- Hablarle a la persona con un tono de voz bajo y tranquilo.
- Moderar el tono de las alarmas del ventilador.

Interdependientes

- 1.- Valorar resultados de gasometría arterial.
- 2.- Proporcionar sedación/medicación para el dolor.
- 3.- Reducir frecuencia respiratoria y el volumen corriente o añadir espacio muerto adicional (sonda) al respirador mecánico.

EVALUACIÓN: Disminuyeron los signos de dificultad respiratoria, sin embargo esta mejoría no fue permanente porque Julián tenía una Neumonía.

Diagnóstico 2

Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C imposibilidad para la expectoración M/P disnea y producción de esputo viscoso.

Objetivo a corto plazo: Mantendrá la vía aérea permeable.

Objetivo a largo plazo: Mejorará la ventilación.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería

1.- Monitorización respiratoria.

- Valorar el movimiento torácico, frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria.
- Auscultar ruidos respiratorios bilaterales.

2.- Mantener vía aérea permeable.

- Valorar la presencia de obstrucción respiratoria por acumulación de secreciones, tapones mucosos, broncoespasmo o posición de la sonda de traqueostomía.
- Aspirar secreciones cuando se presenten ruidos sibilantes, limitando la duración de la aspiración 10 segundos o menos.
- Fomentar la tos durante la aspiración.
- Colocar a la persona en posición semifowler o fowler elevada (dar cambios de posición cada 2 horas alternando con drenaje postural).
- Proporcionar líquidos dentro de la capacidad individual.

3.- Apoyo educativo

- Enseñar al cuidador primario la técnica de aspiración de secreciones.
- Enseñar al cuidador primario a detectar los signos que indican que se debe de realizar la aspiración de secreciones, así como a realizar los cambios de posición para liberar las vías de secreciones.

Interdependientes

- 1.- Fisioterapia respiratoria: tratamientos con nebulizadores.
- 2.- Valorar radiografías de tórax y lectura de gases arteriales.

EVALUACIÓN: Se logro mantener la vía aérea permeable y mejorar la ventilación.

Requisito II Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Diagnóstico 3

Alteración del equilibrio hidroelectrolítico R/C hipertermia y poliuria M/P hipernatremia.

Objetivo a corto plazo: Mantendrá un sodio de 135 meq/L.

Objetivo a largo plazo: Evitarán complicaciones asociadas a la hipernatremia.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

Intervenciones de enfermería:

1.- Valorar la frecuencia y profundidad respiratoria, así mismo detectar una respiración forzada signo de acidosis metabólica.

2.- Valorar la turgencia de la piel, color, temperatura y humedad de las mucosas.

3.- Mantener una temperatura entre 36.5°C y 37°C.

4.- Valorar signos de alteración del nivel de conciencia como confusión, letargo, convulsiones que pueden progresar al coma.

5.- Mantener un control de la entrada de líquidos.

- Medir volúmenes urinarios cada hora y densidad urinaria.
- Mantener una densidad urinaria entre 1.002 y 1.020.
- Medir pérdidas insensibles.

Interdependientes

1.- Valorar los electrolitos séricos, osmolaridad y gases arteriales.

2.-Restringir la ingesta de sodio y el uso de diuréticos.

EVALUACIÓN: Julián mantuvo niveles de Na + iguales a 135 meq/L, sin embargo la hipertermia fue constante debido a las alteraciones de las funciones nerviosas autónomas y proceso infeccioso.

Requisito III Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Diagnóstico 4

Alteración de la deglución R/C afección de los nervios craneales IX, X y XII M/P incapacidad para tragar y ausencia de movimientos de la lengua.

Objetivo a corto plazo: Mantendrá un aporte de nutrientes por una vía artificial.

Objetivo a largo plazo: Mostrará ausencia de desnutrición.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Intervenciones de enfermería:

- 1.- Colocar una sonda nasogástrica.
- 2.- Planear con la dietista el tipo de dieta y cantidad que se ha de administrar de acuerdo con las características de la persona.
- 3.- Medir y pesar a la persona semanalmente.
- 4.- Durante la alimentación por sonda elevar la cabecera a 45°.
- 5.- Medir residuo gástrico cada 4 horas.
- 6.- Permeabilizar la sonda después de administrar dieta y medicamentos.

EVALUACIÓN: Se inicio el aporte nutricio por medio de sonda nasogástrica, sin embargo por el estrés y altas demandas metabólicas Julián perdió peso, cabe mencionar que el grado de disfagia era irreversible, por lo tanto se realizaron intervenciones que limitaran complicaciones relacionadas a las afecciones de los nervios craneales.

Diagnóstico 5

Alteración de la nutrición por defecto R/C disfagia M/P piel seca, disminución de las reservas musculares e IMC (índice de masa corporal) = 17.9

Objetivo a corto plazo: Mostrará ganancia de peso de forma gradual.

Objetivo a largo plazo: Evitarán complicaciones asociadas a la desnutrición.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería

1.- Iniciar nutrición por sonda de gastrostomía y nutrición parenteral total.

2.-Tomar medidas de seguridad para evitar aspiración de alimentos.

- Levantar cabecera de la cama 45°.

3.-Valorar durante la alimentación signos de respuesta catabólica:

- Los signos de respuesta catabólica son: frecuencia cardiaca > 90 latidos por minuto, temperatura de 36°C o 38°C y un CO₂ < 32 mmHg.

3.-Auscultar borborigmos intestinales antes de iniciar con la dieta, comprobar su ausencia o hipoactividad.

4.- Medir glicemia capilar cada 6 horas.

5.- Pesar semanalmente a la persona y comparar con el peso del ingreso.

6.- Observar las características de la piel, uñas y reservas musculares.

7.- Observar heces, características y cantidad de residuo gástrico.

8.- Mantener permeabilidad de la sonda de gastrostomía enjuagándola antes y después de la alimentación.

Interdependientes (Dietista)

1.- Valorar pruebas de laboratorio: BUN glucosa, pruebas de función hepática, electrolitos, proteínas, albúmina, transferrina sérica, albúmina y prealbúmina.

2.-Valoración de índice muscular.

EVALUACIÓN: La ganancia de peso de Julián durante su estancia en el instituto, fue lenta pero significativa.

Requisito V Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso

Diagnóstico 6

Deterioro de la movilidad física R/C lesión de la neurona motora superior M/P espasticidad e hiperreflexia.

Objetivo a corto plazo: Mejorará la postura funcional, demostrada por la ausencia de contracturas.

Objetivo a largo plazo: Aumentará el arco de movimiento.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería

1.- Cuidado en el reposo en cama.

- Mantener una alineación corporal adecuada con medios de soporte.
- Valorar la circulación, el movimiento y la sensibilidad de los dedos.
- Iniciar fase de rehabilitación.
- Ministran analgésicos prescritos antes de realizar ejercicios.
- Ministran medicamentos prescritos que alivien la espasticidad.
- Realizar ejercicios de amplitud de movimiento pasivos cada 4 horas.
- Apoyar los miembros declives de la persona utilizar dispositivos de inmovilización, no colocar almohadas debajo de las rodillas.
- Monitorizar respiración cada 2 horas.

2.- Educar al cuidador primario.

- Enseñar al cuidador primario a realizar ejercicios de amplitud de movimiento.
- Incorporar la fisioterapia y el cuidado de enfermería a las actividades cotidianas.

Interdependientes

- Mantener comunicación constante con el equipo de fisioterapia sobre la evolución de la persona.

EVALUACIÓN: Julián recupero fuerza en su mano derecha realizaba movimientos con sus dedos, sin embargo no recupero movimiento en las demás extremidades, se limitó el daño secundario a la espasticidad.

Requisito VI Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad

Diagnóstico 7

Deterioro de la comunicación verbal R/C lesión del sistema reticular ascendente M/P ausencia del lenguaje.

Objetivo a corto plazo: Se implementará una forma de comunicación no verbal.

Objetivo a largo plazo: Julián logrará adaptarse a las nuevas formas de comunicación.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería

1.- Valorar el grado de deterioro de lenguaje.

2. - Iniciar un código de comunicación de acuerdo con las estructuras funcionales.

- Indicar a Julián el significado del movimiento del dedo pulgar de la mano derecha: hacia arriba, afirmación y hacia abajo negación.

3.- Apoyo educativo a cuidador primario

- Explicar las causas que condicionaron a Julián a perder la capacidad para comunicarse, utilizando un lenguaje comprensible.
- Estimular al cuidador primario a que tenga una comunicación frecuente con Julián.
- Enseñar las nuevas opciones de comunicación.

EVALUACIÓN: Se logró establecer comunicación con Julián a través del movimiento del pulgar derecho.

Requisito VII Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Diagnóstico 8

Perfusión cerebral inefectiva R/C edema cerebral M/P somnolencia y una presión perfusión cerebral de 66 mmHg.

Objetivo a corto plazo: Mantendrá una perfusión cerebral efectiva.

Objetivo a largo plazo: Mostrará estabilidad en signos vitales y se evitará elevación de la presión intracraneal.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

Intervenciones de enfermería

1.- Valorar estado neurológico.

- Determinar los factores relacionados con la situación individual, la causa de la somnolencia, disminución de la perfusión tisular y elevación de la PIC.
- Valorar estado neurológico cada 15 a 30 minutos.
- Valorar la apertura ocular; espontánea (despierto), abre sólo a estímulos, mantiene los ojos cerrados.
- Observar la presencia de la triada de Cushing: hipertensión, bradicardia e hipertensión irregular.
- Observar patrón respiratorio y el ritmo; periodos de apnea después hiperventilación, respiración de Cheyne-Stokes.
- Observar la respuesta motora a órdenes sencillas de las extremidades y comprobar por separado ambos lados, derecho e izquierdo.
- Valorar simetría pupilar y reflejo fotomotor.
- Determinar el movimiento de los ojos, observando si se encuentran en posición media o desviada lateral o inferiormente. Valorar si la persona presenta ojos de muñeca (reflejo oculocefálico).
- Inspeccionar la presencia o ausencia de reflejos (reflejo de parpadeo, toser, náusea, Babinski).

2.- Monitorización hemodinámica.

- Medir PAM (presión arterial media).
- Medir PIC (Presión intracraneana).
- Mantener una PPC (Presión perfusión cerebral) =80.

3.- Mantenimiento de la perfusión cerebral.

- Controlar la temperatura y regular la temperatura ambiental.
- Mantener drenaje ventricular a nivel del hombro y permeable.
- Controlar el balance hídrico.
- Observar la turgencia cutánea y el estado de las membranas mucosas.
- Mantener la cabeza y el cuello en la línea media o posición neutra 30°.
- Ministración de esteroides y diuréticos osmóticos con prescripción médica.
- Mantener una SPO2 (Saturación de oxígeno) al 92%.
- Evitar la hiperventilación.
- Mantener una PCO2 entre 35 y 45 mmHg.
- Proporcionar periodos de reposo entre las actividades de los cuidados y limitar la duración de las intervenciones.
- Mantener un ambiente confortable.
- Observar si la persona se muestra más inquieto, presenta contractura abdominal.
- Palpar para comprobar la existencia de distensión vesical; mantener la permeabilidad de la sonda urinaria, y si existe estreñimiento.
- Observar si se produce actividad convulsiva y proteger a la persona frente a lesiones.
- Valorar la rigidez de nuca, las contracciones nerviosas, el aumento del nerviosismo, la irritabilidad y el inicio de la actividad convulsiva.
- Evitar maniobra de vasalva.

Interdependientes

- 1.- Valorar datos de gasometría arterial.

EVALUACIÓN: Las medidas terapéuticas disminuyeron los signos de edema de manera intermitente, sin embargo se presentaban cambios súbitos debido al efecto de masa que se encontraba en condiciones irreversibles.

Diagnóstico 9

Alteración de las funciones nerviosas autónomas R/C lesión del diencefalo M/P taquicardia, hipertensión e hipertermia.

Objetivo a corto plazo: Disminuirán los efectos secundarios a crisis diencefálicas.

Objetivo a largo plazo: Se evitarán complicaciones relacionadas a crisis diencefálicas.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería:

1.- Monitorización de signos vitales y ECG electrocardiograma cada 15 minutos.

- Valorar frecuencia cardiaca, presencia de taquicardia ventricular
- Medir presión arterial y PAM (presión arterial media).
- Medir temperatura.
- Realizar curva térmica.
- Observar presencia de hiperventilación.
- Detectar oportunamente signos de tormenta paroxística: hipertensión, taquicardia, taquipnea, hiperhidrosis y postura extensora.

2.- Control de la hipertermia.

- Utilizar medios físicos y químicos (medicación prescrita).
- Realizar curva térmica.

3.- Ministración de medicamentos prescritos para el control autónomo.

- Inducir a la sedación con (Midazolam) previa prescripción médica.
- Control de la conductividad cardiaca con Betabloqueadores (Propranolol) previa prescripción médica.
- Control de la tensión arterial con Prazocin previa prescripción médica.

4.- Reducir estímulos ambientales.

- Evitar realizar procedimientos innecesarios.
- Hablar en voz baja.
- Evitar realizar cambios bruscos de posición.

EVALUACIÓN: Las medidas terapéuticas ayudaron a disminuir los efectos de taquicardia, hipertensión, fiebre y convulsiones, sin embargo las crisis se presentaban frecuentemente.

Diagnóstico 10

Capacidad adaptativa intracraneal disminuida R/C aumento de la presión intracraneal M/P vómito en proyectil y crisis convulsivas.

Objetivo a corto plazo: Mantendrá valores de PIC (Presión intracraneana) en 10 mmHg.

Objetivo a largo plazo: Mantendrá una PPC (Presión perfusión cerebral) = 80 mmHg

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

Intervenciones de enfermería:

1.- Monitorización de signos vitales y pupilas

- Medir tensión arterial y PAM (presión arterial media)
- Observar la presencia de bradicardia.
- Observar respuesta de las pupilas, simetría y tamaño.
- Observar patrón ventilatorio

2.- Control de la presión intracraneal

- Ministran diuréticos osmóticos por prescripción médica. (manitol)
- Ministran corticosteroides por prescripción médica. (Dexametasona)
- Ministran anticonvulsivos previa prescripción médica. (Fenitoína)
- Mantener elevada la cabeza 30°.
- Observar la morfología de las curvas de presión intracraneal.
- Calibrar el sistema de monitoreo en cada cambio de posición, abriendo un extremo de la llave de tres vías al medio ambiente y colocando el monitor en cero.
- Mantener el transductor a nivel del orificio de Monro.
- Mantener un drenaje continuo de LCR.
- Llevar un registro de la cantidad de LCR así como sus características.
- Evitar la hiperextensión, flexión o rotación de la cabeza.
- Evitar la presión abdominal e intratorácica.
- Mantener a la persona normotérmica.

2.- Control de líquidos

- Realizar restricción de líquidos.
- Ministran soluciones hipertónicas.
- Valorar densidad urinaria.

EVALUACIÓN: Se disminuyó edema, además de mantener la PIC en valores de 10 a 12 mmHg.

Diagnóstico 11

Dolor agudo R/C hipertensión intracraneal M/P diaforesis y gesticulaciones.

Objetivo a corto plazo: Disminuirá el dolor.

Objetivo a largo plazo: Mantendrá niveles normales de PIC (presión intracraneal).

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería:

- 1.- Realizar la evaluación del dolor con la escala del 1 al 10.
- 2.-Observar fascies, tensión arterial y frecuencia cardíaca.
- 3.-Mantener concentraciones sanguíneas de analgésicas mediante ministración de analgésicos con horario, previa indicación médica.
- 4.-Reevaluar el dolor 5 minutos después de la administración intravenosa y 20 minutos después de la intramuscular.
- 5.-Mantener la PIC en parámetros normales.
- 5.-Avisar al médico cuando el dolor no mejore.
- 6.-Detectar inquietud, insomnio, irritabilidad y disminución de la actividad.
- 7.-Detectar signos de sobredosis de analgésicos como: hipotensión o bradicardia, frecuencia respiratoria menor a 10.
- 8.-Mantener un ambiente libre de ruidos.
- 9.-Proporcionar medidas confortables; fricción de espalda, ejercicios de postura y estiramiento.
- 10.-Cuando sea necesario movilizar a la persona hacerlo con delicadeza.

Apoyo educativo

- 1.-Enseñar a la persona y cuidador primario, técnicas de relajación, visualización, relajación muscular progresiva y ejercicios de respiración.

EVALUACIÓN: Se logró mantener niveles de PIC en parámetros normales, y con la terapéutica de la analgesia sirvió como medio paliativo para disminuir la cefalea, sin embargo cuando iniciaban las crisis diencefálicas los signos de dolor se agudizaban.

Diagnóstico 12

Protección inefectiva R/C leucopenia M/P infecciones multiórganicas y retraso en la cicatrización de heridas.

Objetivo a corto plazo: Se fortalecerá sistema inmunológico.

Objetivo a largo plazo: Mostrará cicatrización de heridas y disminuirá la aparición de nuevas infecciones.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería:

1.- Control de infecciones

- Insistir en y mostrar técnicas correctas de lavado de manos.
- Mantener una técnica estéril para los procedimientos cruentos.
- Realizar diariamente higiene de la persona.
- Fomentar frecuentes cambios de posición.
- Preparar de forma aséptica las soluciones parenterales y las fórmulas enterales para su administración.
- Mantener un esquema de antibioticoterapia.
- Inspeccionar frecuentemente sitios de inserción de sondas y catéteres.
- Notificar al médico si se observan signos de infección. Seguir el protocolo para la obtención de muestras adecuadas para cultivos y cambios de sondas.
- Evitar manipular heridas innecesariamente.

2.- Terapia medicamentosa

- Administrar inmunomodulador terapéutico (factor de transferencia), previa prescripción médica.
Ministrar antioxidantes vitamina C y E, previa prescripción médica.

3.- Terapia nutricional

Mantener comunicación con el equipo multidisciplinario para elegir el tipo de nutrición de acuerdo con las carencias nutricionales de la persona y el tipo de padecimiento.

Interdependientes:

Valorar biometría hemática.

EVALUACIÓN: Julián tuvo como complicación peritonitis, por lo tanto fue necesario realizar un lavado quirúrgico, se realizó una incisión de 20 cm, la herida permaneció abierta y contaminada, y el tiempo de cicatrización fue de más de dos meses.

Requisito VIII La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Diagnóstico 13

Sobreesfuerzo en el rol del cuidador R/C la necesidad de prestar cuidados implacables M/P estado de ánimo deprimido y verbalización de cansancio.

Objetivo a corto plazo: El cuidador identificará una fuente de apoyo.

Objetivo a largo plazo: El cuidador comunicará un plan de cuidados para reducir la tensión emocional y el cansancio.

Sistema de enfermería: Educativo

Intervenciones de enfermería:

Independientes

1.- Valorar los efectos etiológicos.

- Observar el nivel de satisfacción entre el cuidador y la persona en relación con los cuidados realizados.
- Valorar la competencia de roles (trabajo) y solvencia económica.
- Determinar la presencia de aislamiento social.
- Valorar la organización de tiempo del cuidador.

2.- Ofrecer empatía y favorecer la sensación de competencia.

- Comentar los efectos del plan de cuidados y las responsabilidades actuales sobre la salud física, estado emocional y las relaciones con la persona.
- Fomentar la expresión de sentimientos por parte del cuidador.

3.- Ayudar a identificar actividades para las que se desea ayuda.

- Orientar y aclarar dudas sobre cuidados que necesite la persona.
- Reforzar un plan de alta estructurado principalmente a las necesidades de la persona, elaborado con un lenguaje comprensible para el cuidador.

4.- Mantener comunicación con la familia.

- Comentar con familiares la importancia de reconocer periódicamente la carga de la situación para el cuidador y así mismo brindar apoyo emocional.

5.- Identificar todas las fuentes posibles de ayuda voluntaria: familia (hermanos).

6.- Enseñar al cuidador técnicas de relajamiento.

- Orientar al cuidador a realizar ejercicios de respiración 3 veces al día.

7.- Fomentar la aceptación del cuidador para recibir terapias psicológicas.

Interdependientes

1.- Realizar interconsulta con psicólogos para que el cuidador reciba terapias.

EVALUACIÓN: La Sra. Gabriela mejoró su respuesta ante la sobrecarga de cuidados, se mostró más relajada y comunicó sus sentimientos.

Logró una adaptación al plan de cuidados para Julián y aplicó de manera positiva las actividades incluidas en el mismo.

DIAGNÓSTICOS DE RIESGO

Requisito I Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Diagnóstico 1

Riesgo de deterioro de la respiración espontánea R/C fatiga de los músculos respiratorios.

Objetivo a corto plazo: Se mantendrá un patrón respiratorio eficaz libre de cianosis y ruidos respiratorios.

Objetivo a largo plazo: Se mantendrá una expansión pulmonar completa.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

Intervenciones de enfermería:

1.- Monitorización respiratoria.

- Valorar la frecuencia y profundidad respiratoria
- Registrar el esfuerzo respiratorio; presencia de disnea, uso de músculos accesorios, ensanchamiento nasal.
- Auscultar los ruidos respiratorios, valorar regiones con disminución o ausencia de ruidos cardiacos y presencia de ruidos accesorios; crepitaciones o estertores.
- Valorar el movimiento del pecho, observar si se produce una disminución de la expansión o falta de simetría en las oscilaciones.
- Observar las características de la tos y de la producción de esputo.
- Inspeccionar la piel y las membranas mucosas por si hay cianosis.
- Elevar la cabecera de la cama a 45°.
- Aumentar el tiempo fuera de la cama, sentar a la persona en reposet.
- Enseñar a la persona a realizar ejercicios de respiración profunda.
- Reforzar la postura del pecho con almohadas durante el sueño, respiración, tos.
- Recomendar una ingesta mínima de líquidos dentro de la reserva cardiaca.
- Ministran analgésico prescrito antes de realizar ejercicios respiratorios.
- Registrar la respuesta a los ejercicios de respiraciones profundas u otros tratamientos respiratorios.
- Auscultar ruidos respiratorios antes y después del tratamiento.
- Observar la existencia de insuficiencia respiratoria, disminución o ausencia de ruidos respiratorios, taquicardia, agitación intensa, caída de la presión arterial.

Interdependientes

1.- Revisar placas de tórax, gasometría arterial y concentración de hemoglobina.

Diagnóstico 2

Riesgo de infección nosocomial R/C ventilación mecánica.

Objetivo: Se disminuirá el riesgo de contraer infección nosocomial en vías respiratorias con las medidas de asepsia adoptadas.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería:

1.- Realizar un correcto lavado de manos del personal de enfermería y del cuidador primario.

2.- Mantener libre de secreciones el sistema de aspiración.

3.- Observar el color, aspecto del esputo y el drenaje alrededor de la sonda de traqueostomía.

4.- Mantener la piel circundante del estoma libre de secreciones.

5.- Dar cambios de posición cada 2 horas o valorar si es prudente realizar el cambio de posición.

6.- Detectar ruidos respiratorios que indiquen presencia de roncus o sibilancias.

7.- Enseñar al cuidador primario la importancia de realizar cuidados bucales y la eliminación de secreciones.

8.- Valorar las características del estoma de traqueostomía, color y la presencia de secreciones.

9.- Mantener una nutrición e hidratación adecuadas

10.- Reducir el riesgo de aspiración gástrica.

- Mantener en una posición de semifowler cuando se realice nutrición por sonda de gastrostomía.

Interdependientes

- 1.- Usar soluciones estériles en humidificadores y nebulizadores.
- 2.- Eliminar el condensado en los corrugados de los respiradores evitando el refluo a los reservorios.

Diagnóstico 3

Riesgo de respuesta disfuncional al destete del ventilador R/C somnolencia y reservas energéticas limitadas.

Objetivo a corto plazo: Se restablecerá una respiración espontánea.

Objetivo a largo plazo: Demostrará mayor tolerancia a la actividad y disminuirá los signos de insuficiencia respiratoria.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

Intervenciones de enfermería:

1.- Valorar los factores físicos incluidos en la desconexión; frecuencia/ ritmo cardiaco y tensión arterial estable, ruidos respiratorios limpios, temperatura, estado nutricional y resistencia muscular.

- Determinar la disposición psicológica.
- Proporcionar periodos de reposo / sueño sin interrupciones.
- Evitar realizar procedimientos o situaciones estresantes no esenciales.
- Valorar el progreso de la persona, observar inquietud, cambios de presión arterial, frecuencia cardíaca, uso de músculos accesorios, respiración incoordinada con el respirador.
- Valorar la respuesta cardiopulmonar a la actividad.

Interdependientes

1.- Consultar con el equipo de apoyo nutricional para ajustar la composición de la dieta.

2.- Valorar biometría hemática completa, albúmina y prealbúmina séricas, transferrina, capacidad total de fijar hierro y electrolitos (en especial potasio, calcio y fósforo).

3.- Valorar radiografías de tórax y gasometría arterial.

Requisito II Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Diagnóstico 4

Riesgo de déficit de volumen hídrico R/C estado hipermetabólico.

Objetivo a corto plazo: Se mantendrá un equilibrio hídrico evidenciado por signos vitales estables, pulsos palpables, turgencia cutánea normal, mucosas húmedas, diuresis adecuada de acuerdo al peso, conservación de la función renal y entrada de líquidos.

Objetivo a largo plazo: Se mostrará ausencia de oscilaciones de peso bruscas pérdida o ganancia.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería:

1.- Valorar posibles fuentes de pérdida o ingesta de líquidos; sondas, drenajes, apoyo con nutrición parenteral total e hipertermia.

- Observar mucosas, peso, turgencia de la piel, ruidos respiratorios, excreción urinaria y gástrica, cantidad y extracción de sangre.
- Registrar la excreción urinaria por hora, oliguria menos de 100 ml por hora, más de 360 ml por hora poliuria y establecer un volumen normal entre 200 y 350 ml por hora.
- Medir densidad urinaria y observar color de la orina, mantener una densidad urinaria de 1.005 a 1.025.
- Medir PVC y valorar que se mantenga en niveles de 8 a 12 cm de agua.
- Administrar soluciones isotónicas y electrolitos prescritos a través de dispositivos de control (bomba de infusión).
- Mantener una ingesta de líquidos de acuerdo a la capacidad cardiaca y respuesta fisiológica de la persona.

2.- Orientar al cuidador primario sobre signos de deshidratación y la importancia de los mismos.

Interdependientes:

- 1.- Valorar resultados de laboratorio de hemoglobina, hematocrito, BUN (Nitrógeno ureico urinario), densidad urinaria y electrolitos séricos.

Requisito III Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Diagnóstico 5

Riesgo de alteración de la nutrición por defecto R/C disfagia.

Objetivo a corto plazo: Se mantendrá un peso hacia el ideal con IMC = a 18.

Objetivo a largo plazo: Se mostrará ausencia de signos de desnutrición.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería

1.- Terapéutica nutricional.

- Valorar el peso de la persona al ingreso y hacer una comparación semanalmente.
- Auscultar borborigmos, indicando su disminución, ausencia o hiperactividad.
- Mantener la permeabilidad de la sonda nasogástrica.
- Ministrar suplemento alimenticio enterex por sonda nasogástrica.
- Tomar medidas para que la alimentación se haga con seguridad, levantar la cabecera de la cama mientras se realiza alimentación con sonda.
- Observar las características y la cantidad de drenaje gástrico.
- Proporcionar una higiene bucal con frecuencia, incluso aplicar vaselina en los labios.
- Orientar al cuidador primario sobre los cuidados a la sonda nasogástrica y precauciones al realizar la alimentación por sonda.

Interdependientes

1.- Valorar con el equipo de apoyo dietético resultados de laboratorio: albúmina transferrina, perfil de aminoácidos, hierro, BUN, pruebas de balance de nitrógeno, glucosa, AST (aspartato aminotransferasa) y ALT (alanino-aminotransferasa).

2.- Administrar la alimentación por los medios adecuados; iniciar alimentación por nutrición parenteral total.

Requisito IV Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación

Diagnóstico 6

Riesgo de infección del tracto urinario R/C cateterismo vesical prolongado.

Objetivo a corto plazo: Julián disminuirá el riesgo de infección.

Objetivo a largo plazo: Se mantendrá un PH urinario = 5.

Intervenciones de enfermería:

1.- Higiene del meato urinario y perianal.

- Realizar limpieza diariamente con jabón neutro y agua.
- Secar suavemente sin frotar.
- Cuidados de la sonda vesical.
- Realizar limpieza perianal durante el baño y después de cada evacuación.

2.- Realizar cuidados a la sonda vesical.

- Valorar periódicamente la permeabilidad de la sonda y mantenerla libre de acodaduras.
- Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.
- Fijar el tubo de drenaje a la pierna de la persona calculando la movilidad de la misma para evitar tracciones.
- Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo drenaje de la sonda, nunca el catéter.
- Prevenir movimientos y tracción uretral.
- Realizar cambio de sonda vesical en caso de obstrucción, roturas y estancia prolongada de la misma.
- Desinfectar los sitios de unión del catéter vesical y conexión con bolsa colectora cuando sea necesaria su desconexión
- Vaciar regularmente la bolsa colectora usando un recipiente limpio y evitar que el extremo de la bolsa colectora no debe tener contacto con el recipiente.
- Favorecer el consumo de líquidos 2.000 ml en 24 horas.
- Ministrar medicamentos prescritos que contengan ácido ascórbico.
- Realizar cambio de bolsa colectora con técnica aséptica.
- Valorar la presencia de fiebre, escalofríos, dolor flanco suprapúbico, orina turbia con dolor desagradable y hematuria.

- Observar si en el sitio de inserción de sonda vesical aparece secreción y documentar sus características.
- Realizar cambio de bolsa colectora con técnica aséptica.
- Valorar la presencia de fiebre, escalofríos, dolor flanco suprapúbico, orina turbia con dolor desagradable y hematuria.
Observar si en el sitio de inserción de sonda vesical aparece secreción y documentar sus características

Diagnóstico 7

Riesgo de estreñimiento R/C inmovilidad física.

Objetivo a corto plazo: Disminuirá el riesgo de estreñimiento.

Objetivo a largo plazo: Mantendrá un patrón intestinal normal, Julián evacuara de 2 a 3 veces al día.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería

1.- Realizar terapia de intestino.

- Efectuar masaje al marco cólico en sentido de tránsito intestinal posprandial.
- Dar cambios de posición cada 2 horas.
- Valorar la presencia de fecalomas.
- Realizar un aporte suficiente de líquidos 2.000 ml en 24 hrs.
- Aportar una dieta rica en fibra.

2.- Detectar signos de alarma

- Valorar distensión abdominal y auscultar borborigmos intestinales.
- Valorar la frecuencia de deposiciones, color y consistencia.
- Valorar la presencia de cefalea, sangrado a la defecación y fisuras en la región perianal.

3.- Brindar educación para la salud al cuidador primario

- Enseñar al cuidador primario a realizar el masaje al marco cólico.
- Explicar cómo es el patrón intestinal normal.

Requisito V Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso

Diagnóstico 8

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física y desnutrición.

Objetivo a corto plazo: Se mantendrá la piel integra.

Objetivo a largo plazo: La señora Gabriela aprenderá como realizar los cuidados a la piel.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería

1.- Promover higiene de la piel.

- Lavar la piel con jabón neutro, enjuagar y secar sin frotar con una toalla suave.
- Proporcionar un suave masaje a la piel.
- No realizar masaje en áreas de la piel lesionadas.
- Mantener estomas libres de secreciones.
- Lubricar la piel con crema libre de alcohol.
- Recortar uñas de pies y manos.
- Evitar usar colchones mal ventilados y cubiertos con plástico o material impermeable.

2.- Promover hidratación y nutrición.

Brindar una dieta nutritiva con óptimas cantidades de proteínas, vitaminas y hierro.

3.- Brindar orientación al cuidador primario.

Enseñar al cuidador primario la importancia de una buena nutrición, hidratación, actividad, cambio de posición y evitar, cizallamiento, fricción y humedad.

4.- Liberar puntos de presión.

- Dar cambio de posición cada 2 horas.
- Colocar dispositivos como anillos de flotación, en talones, almohadillas para codos y botines para los pies.
- Utilizar colchones de presión alternante.

5.- Cuidado de reposo en cama.

- Mantener los segmentos corporales alineados.
- Observar la circulación, el movimiento y la sensibilidad de los dedos frecuentemente.
- Realizar ejercicios de amplitud de movimiento; primero, pasivos y luego activos.
- Mantener la ropa de cama limpia y libre de arrugas.

6.- Valorar sondas, vías centrales, drenajes, vendajes y brazaletes de presión arterial, evitando la presión constante.

7.- Valorar los riesgos de aparición de lesiones con la escala de Nova, realizar esta valoración cada 7 días. (Ver anexo 3. Escala de Nova).

Riesgo VII prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Diagnóstico 9

Riesgo de infección en el sitio de inserción del sistema de derivación ventriculoperitoneal R/C leucopenia.

Objetivo a corto plazo: Disminuirá el riesgo de desarrollar infección en el sitio de SDVP.

Objetivo a largo plazo: Se mantendrá la funcionalidad del sistema de derivación.
Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

Intervenciones de enfermería

Independientes

1.- Precauciones de protección al SDVP.

- Extremar las condiciones de asepsia del personal previo a su manipulación.
- Realizar curación de la piel en sentido de salida del catéter de ventriculostomía con clorexidina cada 24 horas, cubrir con gasa estéril y colocar un parche de micropore.
- Colocar un campo estéril al SDVP.
- Cerrar el SDPV frente a cambios de posición de la persona, para evitar colapso ventricular.

2.- Control de la hidrocefalia.

- Cerrar y regular el SDVP cada 6 horas y dependiendo el funcionamiento del sistema.
- Registrar el volumen drenado y características del LCR aspecto y color.
- Tener la precaución de que el drenado no supere más de 20 ml/h.

3.- Valorar signos de infección y mal funcionamiento del SDVP.

- Observar si la persona presenta alteración del estado de conciencia, déficit neurológico focal, convulsiones no explicadas por otra causa, rigidez de nuca, fiebre sin otro foco evidente.
- Tomar cultivo de LCR del catéter con previa indicación médica.
- Valorar la existencia de obstrucción y desconexión del SDVP.

Interdependientes

1.- Realizar una tomografía para observar la posición del catéter.

Diagnóstico 10

Riesgo de infección de estoma de gastrostomía R/C inmunosupresión.

Objetivo a corto plazo: Disminuirá el riesgo de infección en el estoma.

Objetivo a largo plazo: Se mantendrá la funcionalidad de la sonda de gastrostomía.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería:

1.- Mantener el estoma en condiciones asépticas.

- Realizar curación del estoma y piel circundante cada 24 horas con clorexidina, realizando movimiento rotatorios.
- Mantener el estoma cubierto con una gasa estéril.
- Observar que el estoma no presente enrojecimiento, inflamación, drenaje purulento, ni dolor a la palpación y salida de líquido gástrico.

2.- Cuidados de la sonda

- Limpiar diariamente la parte externa de la sonda con una gasa limpia con agua tibia y jabón.
- Infundir 50 ml de agua tras cada administración de alimentos y medicamentos.
- Girar diariamente la sonda en sentidos horario y antihorario.
- Cerrar el tapón de la sonda cuando ya no vaya a ser usado.
- Valorar diariamente que el soporte externo no oprima la piel de la persona. En caso de que así sea, aumentar la distancia entre éste y el estoma.
- Cambiar diariamente la cinta adhesiva y el lugar de sujeción de la sonda.

3.- Apoyo educativo

- Enseñar al cuidador primario todas las intervenciones anteriormente mencionadas.
- Pedir retroalimentación de las medidas enseñadas.

Diagnóstico 11

Riesgo de aspiración R/C disminución de la motilidad intestinal y deterioro de la deglución.

Objetivo a corto plazo: Julián mostrará vías respiratorias permeables sin signos de aspiración.

Objetivo a largo plazo: Disminuirá el riesgo de aspiración.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería

Interdependientes

1.- Prevención de la aspiración

- Valorar la colocación de las sondas de alimentación, determinar la posición de la sonda en el estómago mediante radiografía, auscultación de aire inyectado antes de las alimentaciones intermitentes.
- Mantener las precauciones de aspiración durante la alimentación;
- Mantener la cabecera de la cama a 45 ° durante la alimentación y al menos 1 hora después de la misma.
- Ministrar medicamentos procinéticos como la Metoclopramida.
- Inflar el manguito de traqueostomía durante la alimentación intermitente y hasta 1 hora después de la misma.
- Interrumpir la alimentación continua cuando la persona se encuentra en decúbito prono.
- Valorar los residuos gástricos antes de la alimentación. Si el residuo superior a 150cc suspender alimentación.

2.- Apoyo educativo

- Enseñar al cuidador primario las medidas de prevención para impedir la aspiración y pedir la retroalimentación de las mismas, además de motivarlo a comunicar sus dudas.

Requisito VIII Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales

“Diagnóstico 12”

Riesgo de síndrome de estrés del traslado R/C deterioro del estado de salud y traslado constante de un entorno a otro.

Objetivo a corto plazo: Julián afrontará la situación de forma realista.

Objetivo a largo plazo: Julián mostrará un aspecto relajado.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería

Independientes

1.- Disminución de agentes estresantes y preparación del ambiente hospitalario.

- Proporcionar a la persona o allegados una “Carta de derechos del paciente” y revisarla con ellos. Explicar las normas del centro hospitalario.
- Determinar la actitud de la persona y allegados sobre el ingreso en el centro y las expectativas de futuro.
- Valorar las constantes vitales y el nivel de orientación antes del traslado.
- Reducir las diferencias ambientales entre el lugar anterior y el nuevo; procurar la continuidad de la asistencia en el nuevo ambiente.
- Antes del traslado, retirar progresivamente el equipo de monitorización.
- Preparar una visita de presentación con la enfermera de la unidad previa al traslado de la persona, en la unidad posterior al traslado.
- Ayudar al cuidador primario y allegados a que sean honestos con la persona sobre su ingreso. Hablar con claridad sobre acciones y sucesos.
- Identificar las personas de apoyo importantes para la persona e incluirlas en las actividades de cuidados, comidas.
- Valorar el grado de ansiedad de la persona y explicar los motivos en caso posible.
- Desarrollar una relación enfermero – persona.
- Reconocer la realidad de la situación y los sentimientos de la persona. Aceptar las expresiones de ira a la vez que se limita la conducta agresiva o exagerada.
- Identificar los puntos fuertes y conductas de afrontamiento eficaces, e incorporarlos en la resolución de problemas.
- Aportar la información anterior de forma escrita o también audiovisual.

- Observar la conducta, la presencia de sospecha o paranoia, irritabilidad, estar a la defensiva. Comparar con la descripción de los allegados de las respuestas habituales.

2.- Mantener comunicación con el cuidador primario.

- Animar al cuidador primario a comentar las percepciones que tiene del traslado de su familiar de un lugar a otro.
- Explicar la importancia que tiene mantener comunicación con la persona durante su estancia en otros centros hospitalarios.

Interdependientes

- 1.- Remitir a servicios sociales u otras instituciones, adecuadas para ayuda.

“Diagnóstico 13”

Riesgo de duelo anticipado del cuidador primario R/C inestabilidad emocional.

Objetivo a corto plazo: La Sra. Gabriela expresará sus sentimientos.

Objetivo a largo plazo: La Sra. Gabriela aceptará el hecho próximo a la muerte.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio y educativo.

Intervenciones de enfermería

Independientes

1.- Facilitar el duelo

- Valorar el estado emocional, creencias culturales y expectativas.
- Escuchar al cuidador y fomentar la expresión libre de los sentimientos de desesperanza y negación ante la muerte.
- Permitir el llanto para liberar energía.
- Identificar las preocupaciones espirituales, comentar los recursos disponibles y fomentar la participación en actividades religiosas según necesidades.
- Comenzar con la resolución de problemas sencillos y avanzar hacia la aceptación.
- Fomentar la autoestima a través del refuerzo positivo.
- Fomentar el proceso de duelo con cada respuesta, de negación, aislamiento, depresión, cólera, culpa, temor entre otras.
- Ofrecer apoyo y después esforzarse para favorecer la aceptación progresiva (cuando la persona indica estar preparada para ello).
- Escuchar y dedicar el tiempo designado a la familia y la persona.
- Ayudar al cuidador a resolver problemas sencillos y avanzar hacia la aceptación.
- Investigar los métodos de afrontamiento de la persona y la familia.
- Tener precaución con la utilización de sedantes y tranquilizantes, que pueden evitar o retrasar las expresiones emocionales o la pérdida.
- Aumento de la confianza en sí mismo y establecimiento de objetivos.
- Animar a la persona a compartir la percepción de la situación; facilitar las expresiones de cólera y rabia.
- Favorecer la cohesión familiar.

Interdependientes

- Realizar interconsulta con psicólogos y especialistas en tanatología.

7.4 EVALUACIÓN DEL PROCESO

El plan de cuidados de enfermería fue elaborado con diagnósticos reales y de riesgo e intervenciones que pretendían disminuir el daño o riesgo a la salud de Julián.

Durante la hospitalización se obtuvieron respuestas positivas a las intervenciones de enfermería realizadas, por ejemplo: se logró destetarlo de la ventilación mecánica, obtuvo una ganancia de peso gradual, mantuvo piel íntegra y en general se trató de mantenerlo en las mejores condiciones pese a que sólo se realizaban cuidados paliativos.

Es de vital importancia resaltar el hecho de que la piel de Julián se mantuviera íntegra desde su ingreso al Instituto hasta el momento en que fue dado de alta, así como también en su estancia domicilio, durante el tiempo que permaneció con vida, lo cual indica que el plan de cuidados de enfermería fue adecuado.

Otro de los méritos de este trabajo fue el hecho de que antes de que Julián fuera dado de alta su mamá recibió apoyo educativo para realizar los cuidados en casa, proporcionándosele un plan de alta que consistía en cuidados específicos adecuados a los requisitos de autocuidado universales como: el cuidado de la piel, hábitos nutricionales, cuidados a la sonda y estoma de gastrostomía y signos de alarma, considerados de mayor importancia por la vulnerabilidad de Julián a sufrir desviaciones en la salud.

Lamentablemente y muy probablemente por el agotamiento del cuidador primario y por las desviaciones de salud en las que Julián se encontraba, se desarrollan diagnósticos reales que condicionaron una evolución poco satisfactoria, aún con los cuidados proporcionados por el cuidador primario; estos cuidados fueron constantes y aplicados previamente con la orientación brindada por la agencia de enfermería, es importante destacar que se preservó la integridad y dignidad de la persona, sin embargo dos meses después de haber sido dado de alta regresa al Instituto con múltiples complicaciones: Trombocitopenia, anemia, hemorragias profusas por nariz, boca y cánula de traqueostomía, infección respiratoria por Klebsella, gastroparesia, por estas complicaciones Julián fallece.

VIII. PLAN DE ALTA

Cuidados a la traqueostomía

Limpier diariamente el estoma suavemente con clorehexidina y gasas estériles.
Evitar el aire frío y mantener abierto el traqueostoma con una gasa delgada.
Aspirar las secreciones conforme se acumulen, no introducir la sonda por más de 15 segundos.

Medidas dietéticas

Proporcionar 5 comidas al día conforme a los siguientes horarios

- 1.- Licuar 2 lt de agua con semillas de amaranto, 2 latas de prossure y semillas de chíá (7:00 am).
 - 2.- Svelty protect (7:00 am)
 - 3.- Jugo de carne (11:00 am)
 - 4.- Verduras licuadas pueden ser zanahorias y espinacas (2:00 pm)
 - 5.- Gelatina líquida (5:00 pm)
- Taza de té de azahar sin endulzar (11:00pm)

Cuidados a la gastrostomía

Cuidados de la sonda

- Limpiar la parte externa de la sonda con una gasa y jabón.
- Girar diariamente la sonda en sentido a las manecillas del reloj.
- Cerrar el tapón de la sonda cuando ya no vaya a ser usada.

Cuidados del estoma

- Observar diariamente que la zona alrededor del estoma no esté enrojecida o inflamada, ni tenga salida de líquidos.
- Limpiar diariamente con antiséptico y gasa estéril.

Administración de medicamentos por la sonda

No mezclar varios medicamentos.
Limpier la sonda con 30 a 20 ml de agua después de haber pasado los medicamentos.

Cuidados para la función intestinal

- Observar la cantidad de veces que Julián evacua y las características de las evacuaciones, así como también si hay dolor en el abdomen.
- Observar: evacuaciones duras y pequeñas, dolor abdominal son signos de estreñimiento.
- Realizar un masaje 20 minutos después de cada infusión de alimentos, el masaje deberá tener una duración de 10 minutos.
- Con la técnica de 3 min x 4 min x 3 min iniciar con movimientos rotatorios de lado derecho de forma ascendente, hasta llegar al lado izquierdo en forma descendente.
- Proporcionar alimentos ricos en fibra previamente licuados.

Cuidados generales a la piel y mucosas

- ❖ Baño diario con jabón neutro.
- ❖ Lubricar la piel con crema libre de alcohol.
- ❖ Realizar aseo bucal 3 veces al día con agua bicarbonatada.
- ❖ Dar cambios de posición cada 2 horas.
- ❖ Observar puntos de presión diariamente.
- ❖ Comprobar todos los días que el soporte externo de la sonda no oprima la piel de Julián.
- ❖ Después de cada evacuación limpiar con suavidad.

Puntos de presión:

- Oídos
- Cuello
- Hombro
- Espalda
- Espalda baja
- Región glútea
- Codos

Signos de alarma

Acudir de inmediato al médico si observa los siguientes signos:

- Respira muy rápido.
- Hundimiento de costillas.
- Coloración azul de labios y manos.
- No respira.

IX. CONCLUSIONES

Los cavernomas son malformaciones capilares que pueden aparecer en cualquier región del encéfalo, de esto depende el pronóstico de vida de las personas que lo padecen.

Estas malformaciones tienen una evolución rápida por la ruptura de capilares debido a la lenta circulación, lo que provoca: hidrocefalia obstructiva, crisis convulsivas por irritación del tejido neural, daño de los núcleos grises, cápsula interna y nervios craneales bajos y crisis comiciales, lo que desencadena un deterioro neurológico progresivo irreversible. Otra situación desfavorable es el difícil acceso quirúrgico para la exéresis de la lesión, relacionado al sitio de elocuencia y tamaño de la malformación.

Por estas razones, la persona perdió funciones como: la movilidad, la capacidad para comer y comunicarse con su entorno, alteraciones en el estado de vigilia, desnutrición y deficiencias inmunológicas agregadas a procedimientos invasivos y una estancia hospitalaria prolongada, eventos que generaron la participación del equipo multidisciplinario a brindar una atención integral a la persona.

La actuación de la enfermera fue imprescindible en conjunto con sus intervenciones, con el objetivo de mantener a la persona en óptimas condiciones y evitar el daño relacionado a secuelas y limitaciones multiorgánicas sobre todo, preservar una estancia tranquila y en su caso una muerte digna, así mismo es necesario fortalecer lasos con el cuidador primario con ayuda de organismos dedicados al apoyo de cuidadores que viven situaciones críticas y que en algún momento sufren agotamiento emocional, esto se refleja en el cuidado de la persona.

Finalmente se concluye que la enfermera tiene el rol de brindar cuidados paliativos, educar al cuidador en situaciones que así lo demanden, proporcionar atención de calidad y acompañar a la persona enferma y familia en la etapa de duelo anticipado y muerte, ya que su intervención podrá repercutir en el rumbo del afrontamiento y/o aceptación de la situación.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. ACADEMICOS DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, México, Noviembre de 2001.
2. ALLAN Rooper, "Principios de Neurología", Ed McGraw-Hill, China 2009, pp. 324-328
3. ALFARO Lefevre, Rosalinda, "Aplicación del proceso enfermero", Ed Elseiver Masson, 5ª ed, España 2007, pp 181-182
4. ANDRADE, María Teresa, "Cuidados Intensivos", Ed McGraw- Hill, México 1999, pp. 288-289
5. ANTOLOGÍA ELABORADA POR LA ENEO, "Teorías y modelos de enfermería", 1ª ed junio 2006, México, pp. 13,38,
6. AFIFI, Adel K, "Neuroanatomía correlativa", Ed El manual moderno, México 2000, pp. 157-158.
7. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México, comisión interinstitucional de enfermería, México 2009, pp. 2-4
8. DE FONT Réaulux, Enrique, "Cuidados Neuroquirúrgicos", Ed McGraw-Hill, México 2002, pp. 65,254
9. DECK, Keravel, "Neurocirugía", 1ª ed, Ed McGraw-Hill, México 1999, pp. 541
10. F, Polit Denise, "Investigación científica en ciencias de la salud", 4ª ed, Ed Interamericana, México 1994, pág 214
11. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS "Definiciones y clasificación 2007-2008", NANDA I, Ed Elseiver, España 2008, pp. 28, 75, 76, 113
12. DICCIONARIO DE MEDICINA, Ed Océano Mosby, España 2002, pág. 1254
13. GARCÍA Fernández Rosalba, "Medicina Nuclear", Ed Interamericana, México 1999, pp. 25
14. GOODMAN Gilman, "Manual de farmacología y terapéutica", Ed McGraw Hill, México 2009, pp. 73-74

15. GRAHAM Rumbold, "Ética en enfermería", Ed McGraw-Hill, México 2003, pp. 118-119
16. JUALL Carpenito, Lynda, "Manual de diagnósticos de Enfermería", 9ª ed, Ed Interamericana, España 2003, pp.30, 38
17. J Jameson, Larry, "Harrison principios de medicina interna", Ed McGraw-Hill, China 2009, pág. 2581
18. LOZA Vidal, "Diagnósticos Neurológicos", 4ª ed, México 2004, "Manual elaborado en el INNN Manuel Velasco Suárez, pp. 72-73
19. MANUAL DE LA ENFERMERÍA, Ed Océano España 2004, pp. 567-568
20. MARRINER Tomey, Ann, "Modelos y teorías en enfermería", 6ª ed, Ed Elseiver Mosby, España 2007, pp. 189, 191, 192, 193, 272, 273
21. MARYLYNN E. Doenges, "Planes de cuidados de enfermería", 7ª ed, Ed McGraw-Hill, México 2008, pp.
22. M Nettina Sandra, "Enfermería Práctica", Vol. 1, Ed McGraw- Hill, México 2000, pp 128-129.
23. MCCLOSKEY Joanne, "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)", Ed Elseiver, 4ª ed, Madrid 2005, pp. 861
24. MORAN Aguilar, Victoria, "Proceso enfermería sobre la interacción terapéutica", Ed Trillas, México 2006, pp. 11, 13, 26
25. OSTIGUÍN Meléndez, Rosa, "Teoría general del déficit de autocuidado", Ed El manual moderno, México 2001, pp. 2, 175
26. ROBERT M Berne, "Fisiología", 3ª ed, Ed Mosby España 2001, pp. 450-452
27. RODRIGUEZ Sánchez, Bertha Alicia, "Proceso enfermero", Ed Cuellar, México 2000, pp. 29, 31, 35, 40, 41, 46, 50, 52, 73
28. STEPHEN G Wasxman, "Neuroanatomía correlativa", Ed El manual moderno, México 2000, pp. 157- 158
29. VINAY Kumar, "Patología humana", Ed Elseiver, España 2004, pp. 291-292
30. W Peterson, Paul, "Neurología y Neurocirugía", Ed Pardo, México 2000, pág. 306

Páginas electrónicas

1. www.neurocirugia.com

Título: Cavernoma cerebral

Autores:

Francisco Jarufe Jorquemura

David Rojas Salazar

Elaborado diciembre de 2007

Fecha de consulta febrero de 2009

2. www.e-flan.org

Título: Cavernoma del encéfalo perspectiva actual

Autor: José Ignacio Moreti

Septiembre 2008

Fecha de consulta febrero de 2009

XI. ANEXOS

ANEXO # 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a 4 de diciembre de 2008

Nombre de la persona: Julián Antonio Esquivel Márquez

Número de expediente: 189572

Por mi propio derecho, en pleno uso de mis facultades y por mi libre decisión otorgo autorización que conforme al derecho corresponda a efecto de que la estudiante: Elsa Hernández Cruz de la Especialización en Enfermería Neurológica, con sede en el INNN Manuel Velasco Suárez, realice una entrevista y exploración física neurológica en presencia de un familiar con el objeto de realizar un estudio de caso.

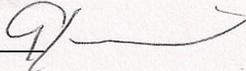
No omito manifestar que se ha proporcionado toda información del motivo por el cual es necesario realizar una entrevista donde se aborden preguntas, sobre aspectos de mi vida personal y que no interfieren en mi tratamiento.

De conformidad con lo anterior, acepto y me comprometo voluntariamente a dar cumplimiento a la entrevista solicitada, y en caso necesario se pondrá en contacto con mi familiar las veces que sean requeridas.

Si autorizo

Nombre Completo y Firma del Paciente.

Nombre Completo y Firma del Tutor Legal.

A. Gabriel Esquivel M. 

Nombre Completo y Firma del Enfermero.

Elsa Hernández Cruz 

Nombre Completo y Firma de un testigo

Patricia Martínez Torbellón 

ANEXO # 2

**VALORACIÓN FOCALIZADA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA NEUROLOGICA**

INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA NEUROLOGICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: J.A.E.M. Edad: 22 Sexo M F Estado civil: Soltero Religión: Católica Escolaridad: Licenciatura
 Ocupación anterior Ocupación actual Estudiante
 Domicilio: Villa Olímpica Departamento 6 Teléfono 56-06-65-07 # de integrantes en la familia 2
 Dx. médico Cavernoma Pineal Tx médico actual: SDVP
 Motivo de consulta: Cefálea bifrontal intensa Derecho a algún servicio de salud SI () NO (x) ¿Cuál? _____
 Persona responsable: Madre Edad: 24 años. Parentesco: Madre.

Desviaciones de la salud		
Factores de riesgo	Si	No
Hipercolesterolemia		x
Obesidad		x
Sedentarismo		
Diabetes mellitus	x	
Hipertensión arterial		
Consumo excesivo de sal		x
Consumo de drogas		x
Anticonceptivos orales		x
Traumatismo craneoencefálico		x
Cuadros gripales (reciente)		x
Infecciones gastrointestinales (reciente)		x

Desviaciones de la salud	
Antecedentes familiares	parentesco
Diabetes mellitus	
Obesidad	
Hipertensión	Abuelo materno
Cardiopatía	
Enfermedad vascular cerebral	
Cáncer	
Migraña	Madre
Epilepsia	

SISTEMAS DE ENFERMERIA

TOTALMENTE COMPENSATORIO: La enfermera realiza el principal papel de cuidadora cuando el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de auto cuidado

PARCIALMENTE COMPENSATORIO: La enfermera participa implicando al paciente en su propio cuidado

DE APOYO O EDUCACIÓN: El paciente es capaz de realizar su auto cuidado

Nota: En cada requisito se determina el sistema de enfermería en la plantación de cuidados.

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Totalmente compensatorio
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

¿Cuándo realiza sus actividades cotidianas lo hace sin fatigarse?: Si () No (X)

¿Cómo considera que son sus actividades cotidianas?: Sedentaria () Activa (X)

¿Usted fuma? Si () No () ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Convive con fumadores? Si () No ()

Presenta:	SI	NO
Anosmia		
Tabique desviado		
Rinorrea		
Obstrucción nasal		
Disnea		
Disnea de esfuerzo		
Disnea paroxística		
Ortopnea		
Respiración sibilante	X	
Alergias	X	
Tos seca		
Tos productiva		
Hemoptisis		
Expectoración	X	
Espasmo bronqueal		
Murmullo o soplo		
Ronquido	X	

FC: 115x' FR: 35x' TA: 140/90 Nivel de conciencia: Coma barbitúrico

T: 39°C

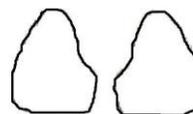
Pupilas: 2mm SCR Glasgow: No valorable.

Signos de Respiración patológica	SI	NO
Cheyne stokes		X
Neurogénica		X
Apneúsica		X
Kuss maul		X
Atáxica		X

Fecha y resultado de la última radiografía de

Tórax:

Fecha: / /



Observaciones:

Coloración de piel	SI	NO
Normal		
Palidez	X	
Cianosis		
Rubicundez		
Otros		

LABORATORIOS

GASES ARTERIALES	RESULTADO	VALORES NORMALES
SaO ₂		93-100
Ph	7.53	7.35-7.45 mmHg
pO ₂	104.3	60-80 mmHg
CO ₂	22.6	28-32 mmHg
Exc. B		-2+5 mmHg
Def. B		-2+5 mmHg
HCO ₂		18-22 mmHg

SPO 2: 92 %. PVC _____ PIC _____ Apoyo ventilatorio: Ninguno () Puntas nasales () Mascarilla () Ventilador (x)

Traqueotomía () Aspiración de secreciones por: _____ Características de secreciones: densas y gelatinosas.

Tipo de catéter: Subclavio. Línea arterial _____ Medicamentos y soluciones: Sol Fi .9%

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Totalmente compensatorio: x
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

A perdido peso últimamente: Si (x) No () Ha ganado peso últimamente Si () No (x)
 Tiene restricciones de líquidos: Si (X) No () Causa: _____ Bebe agua: Potable (X) Hervida ()
 Ingesta de líquidos habitual (cantidad y tipo): 2000 ml anteriormente antes de ser hospitalizado.

PIEL Y MUCOSAS		
Presenta	SI	NO
Mucosas secas	X	
Mucosas hidratadas		
Edema		
Piel hidratada		
Piel tibia al tacto		
Piel fría al tacto		

LABORATORIOS	RESULTADO	VALORES NORMALES
CL	113mmo/L	135-145 mmo/L
Na	153mmo/L	98-106 mmo/L
K	4.7mmo/L	3.5-4.5 mmo/L
Calcio		1.2-1.35 mmo/L
ALT glutamica		10-42 UI/I

a) Sol Fi.9% +1amp KCl
b) Tazocin
c) Dexametasona
d) Metoclorpramida

Observaciones:

Estos medicamentos se agregaron en el momento del alta hospitalaria omeprazol cap. c/24 hrs, fosfocil 500 mg c/8

hrs.

Largactil 100 mg c/12 hrs, carbamacepina 200 mg c/8, prazocin 4 mg c/8, factor de transferencia 3 veces por semana.

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Totalmente compensatorio: x
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación: x

Tipo de alimentación: Enteral () Parenteral (x) Vía: Sonda Nasogástrica () Gastrostomía (X) Otra: anteriormente por sonda intestinal.

La persona se alimenta solo () Con ayuda (x) Tipo de dieta que consume: Normal () Especial (x) _____

¿Cómo es su apetito? Bueno () Regular () Deficiente () Nulo () Cuántas comidas realiza al día: _____

¿Cuántas veces a la semana consume? Carnes (2/7) Harinas (2/7) Verduras (7/7) Frutas (7/7) Lácteos (7/7)

¿Cómo prepara sus alimentos? Fritos () Hervidos (x) Asados () Otros: anteriormente era la frecuencia de cómo se alimentaba.

Preferencias alimenticias: _____ Desagrados alimenticios: _____

Consumo suplementos alimenticios: SI () NO (x) ¿Cuál? _____ Total de ingesta: anteriormente menciona no consumir suplementos.

PRESENTA	SI	NO
Alteraciones al gusto	X	
Lesiones o úlceras en la boca	X	
Dificultad para masticar		
Dificultad para deglutir	X	
Caries		
Prótesis dental		
Infección bucal		
Dolor de garganta		
Nauseas	X	
Vómito	X	
Cambio de apetito		
Dolor abdominal o intestinal		

PRESENTA	SI	NO
Parálisis facial central		
Parálisis facial periférica	X	
Úlcera gástrica	X	
Intolerancia alimenticia		
Polifagia		
Polidipsia		
Indigestión		
Flatulencias		
Acides estomacal		

Peso: 66 Kg. Talla: 1.80 cm

INDICE DE MASA CORPORAL	17.9
Peso ideal	-
Sobrepeso	-
Obesidad	-

Observaciones:

La persona se encuentra en un estado de desnutrición.



Características de la boca

Sensibilidad de lengua: ausente.

Fuerza de lengua: no valorable.

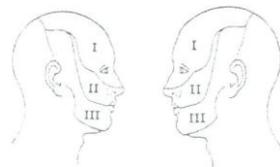
Reflejo nauseoso: ausente

Paladar blando: _____

Úvula: _____

Izquierdo

- I. _____
- II. _____
- III. _____



Izquierdo

- I. _____
- II. _____
- III. _____

LABORATORIOS	Resultados	Valores Normales
Triglicéridos	120	70-200 mg/dl
Bilirrubina directa	.02	.0-.04 mg/dl
Bilirrubina indirecta	1	0.0-1.1 mg/dl
Colesterol	92	80-200 mg/dl
Glucosa	102	36-115 mg%
Urea	22	20-40 mg%
Creatinina	0.9	0.8-1.5 mg%
Acido úrico	3.2	2.1-7.4 mg%
Proteínas totales	7.2	6.3-8.2 gr/dl

IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Totalmente compensatorio: X
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

MICCIONES

¿Cuántas veces orina al día? Sonda vesical
 Orina: Color: paja
 Olor: sui genéris
 Cantidad: 3150 ml gasto urinario

EVACUACIONES

¿Cuántas veces defeca al día? 2
 Heces: Color: café.
 Olor _____

SUDOR

Características: abundante.

Consistencia: pastosa.
 Presencia de sangre: _____
 Presencia de moco: _____

PRESENTA	SI	NO
Disuria		X
Polaquiuria		X
Poliuria		
Oliguria		
Nicturia		
Hematuria		
Dificultad para iniciar la micción		X
Infección de vías urinarias		
Incontinencia		

PRESENTA	SI	NO
Ardor al defecar		X
Dolor al defecar		X
Evacuaciones diarreicas		X
Hemorroides		X
Prurito		X
Disminución de ruidos peristálticos		

LABORATORIOS	Resultado	Valores normales
Examen general de orina		
Densidad	1.015	1.025
PH	5.8	5.0-7.0
Leucocitos	Negativo	Negativo
Glucosa	Negativo	Negativo
Proteínas	Negativo	Negativo
Cristales	Negativo	Negativo
Bacterias	Negativo	Negativo

DRENAJES			
	FECHA DE INSTALACION	PERDIDA INSENSIBLE	BALANCE
Ventriculostomia corta	20 de julio de 2008		
Drenaje de lecho quirúrgico			
Drenaje subdural			
Drenaje epidural			
Sonda nasogástrica			
Ventriculostomia larga			
Sello de agua			
Sonda Foley			

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Totalmente compensatorio: X
 Parcialmente compensatorio: _____
 De apoyo o educación: _____

Problemas para movilizarse: Si (x) No () ejercicios de movilización Si (x) No ()
 ¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si () No (x) ¿cuál? _____ ¿se cansa al moverse? Si (x) No ()
 ¿Sufre de estrés? Si (x) No () ¿Cuántas horas duerme?: _____ ¿utiliza algún remedio para dormir? Si () No (x) ¿Cuál? _____
 ¿Requiere ayuda para movilizarse? Si (x) No () ¿cuál? Bastón () Andadera () Silla de ruedas () Muletas ()

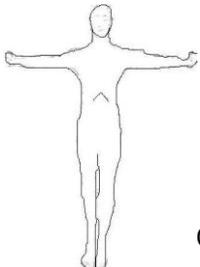
PRESENTA:	SI	NO
Articulaciones dolorosas	X	
Deformación de articulaciones	X	
Espasmos musculares	X	
Monoplejía		
Hemiplejía		
Cuadriplejía		
Monoparecia		
Cuadriparecia	X	
Temblor		

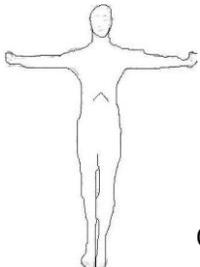
Presenta:	SI	NO
Dolor de cabeza	X	
Vértigo		
Crisis convulsiones	X	
Alteraciones de la memoria	X	
Alteraciones de sueño	X	
Atrofia muscular	X	
Postura inadecuada	X	
Espasticidad	X	
Marcha ataxica	X	
Marcha cerebelosa		
Marcha jacksoniana		

Observaciones:

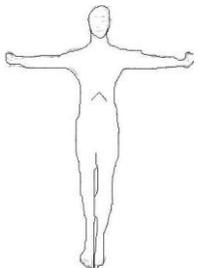
REFLEJOS PATOLOGICOS	SI	NO
Babinsky	X	
Brudzinsky		X
Kerning		X
Hiperreflexia	X	
Hiporreflexia		

Actividad motor

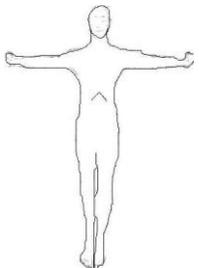
Fuerza 0/5  Fuerza 0/5

Fuerza 0/5  Fuerza 0 -/5

Sensibilidad y Reflejos

Reflejos Sensibilidad  Reflejos Sensibilidad

+ +
 ++ +
 +++ --

Reflejos Sensibilidad  Reflejos Sensibilidad

+ +
 ++ +
 +++ --

Expresión facial



Presentes (+)
 Ausentes (X)
 Frente (x)
 Nariz (x)

VI. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social

Boca (x)

Boca (x)

Totalmente compensatorio:
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

¿Trabaja?: Si () No (x) ¿Con quién convive? Solo () familia (x) Hijos () Pareja () Padres ()

¿Descripción de las relaciones en el núcleo familiar?: buena (x) mala () regular () nula ()

¿Papel que desempeña en el hogar? _____ ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? Satisfecho (x) Valorado () Insatisfecho ()

INTERACCION SOCIAL	SI	NO
Le satisface el rol que desempeña en el hogar	X	
Se ha visto alterado su rol que desempeña por su padecimiento	X	
Se siente satisfecho con su propia vida	X	
Siente ansiedad o temor de estar solo o con otras personas		X
Tiene facilidad para comunicarse con los demás	X	
Tiene facilidad para relacionarse con otras personas	X	
Su familia lo apoya con su enfermedad	X	
Busca ayuda en otras personas cuando tiene problemas	X	
Busca apoyo en su religión		X
Cuenta con alguna persona en quien apoyarse en una situación de crisis	X	
Se siente aislado	X	

Dificultad para comunicarse	SI	NO
Afasia	X	
Alexia		
Apraxia		
Disartria	X	
Anomia		
Perseverancia		

Observaciones:

Vida sexual

Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria: Si () No ()

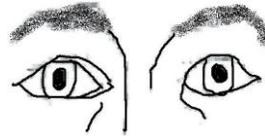
En caso de que su respuesta sea no, ¿le resulta un problema digno de mencionar?: _____

En caso de que sea afirmativa su respuesta, ¿cree que la causa es personal o situacional?: _____

ESTADO EMOCIONAL	SI	NO
Ansioso		
Deprimido	X	
Lábil		
Miedoso		
Agresivo		
Pasivo	X	

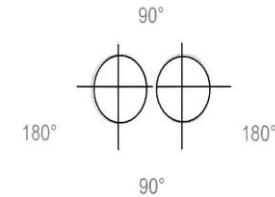
OJOS	SI	NO
Lagrimo excesivo		
Prurito en os ojos		
Partículas flotantes		
Visión doble	X	
Fotofobia	X	
Infecciones frecuentes		
Uso de lentes		
Ptosis palpebral		

Valoración ocular



Movimientos oculares
 Reflejo oculocefálico: ausente.
 Reflejo pupilar
Conservado.
 Reflejo corneal: No valorable

Campos visuales



NOTA: Lesiones visuales marcar el cuadrante visual que este afectado.

Oídos	SI	NO
Tinitis	X	
Secreción ótica		
Vértigo	X	
Sensibilidad auditiva	X	
Infección		
Auxiliar auditivo		

Valoración auditiva: no valorable.



Rinne:
 Resultado + --
 Oído derecho () oído izquierdo ()
Weber:
 Lateraliza X
 Izquierda () Derecho () Central ()

VII. promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano. las limitaciones humanas conocidas v el deseo humano de

Totalmente compensatorio: <u>X</u>
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____

Lleva una vida: Sedentaria () Activa ()
 Autoconcepto de si mismo: no valorable.
 Cual es su situación laboral actual _____
 Con que frecuencia visita al medico _____
 Realiza el aseo bucal: 3 veces (X) 2 veces () 1 vez () ninguno ()

Observaciones

VIII. Prevención de peligros para la vida, el bienestar y el funcionamiento humano.

Totalmente compensatorio:
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

¿Qué hace para cuidar su salud? _____

Vacunación completa () Incompleta (X) Última vacuna aplicada _____

Consumo de alcohol: Si () No (X) frecuencia _____ alergias Si (X) No () A que: penicilina

Toxicómanas Si () No (x) Frecuencia _____

Acude regularmente a las revisiones de salud: Si (x) No () quien le lleva un control de su enfermedad _____

¿Ha presentado cefalea últimamente? Si (x) No () ¿con que frecuencia e intensidad? Diario cefalea intensa.

Realiza algún control adicional	SI	NO
Dieta		X
Ejercicio		X
Control de presión arterial		X
Registro de pulso		X
Registro de respiración		X
Control de glucosa desangre		X
Visión		X
Audición		X
Memoria		X

Factores de riesgo	SI	NO
Suelo encerado		X
Suelo mojado		X
Cables en el piso		X
Suelo a desniveles		X
Falta de iluminación en escaleras		X
Falta de iluminación en habitación		X
Falta de barandales en la cama		X

Conservación del entorno	
Distribución de cuartos que tiene en la casa Cocina: <u>1</u> Habitaciones: <u>2</u> Baño: <u>1</u>	
Cuenta con Agua <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> luz <input type="checkbox"/>	
la casa es: rentada <input type="checkbox"/> propia <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>	
Material de construcción:	
Animales Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Perros: gatos: otros : ¿Están vacunados? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Dónde se encuentran? Fuera de la casa <input type="checkbox"/> dentro de la casa <input type="checkbox"/>	
Comentarios:	

Observaciones

ANEXO # 3

ESCALA DE NOVA VALORACIÓN DE RIESGO

Realizar la valoración según la escala de NOVA 5 de acuerdo a los 5 aspectos considerados

PUNTUACIÓN	ESTADO MENTAL	INCONTINENCIA / MOVILIDAD	NUTRICIÓN INGESTA	ACTIVIDAD
0	Alerta	No /Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional limitada/ Ligeramente incompleta	Ocasionalmente con ayuda	Deambula
2	Letárgico	Urinaria o fecal importante/Limitación Urinaria y fecal/	Incompleta siempre con ayuda	Deambula
3	Coma	Inmóvil ni enteral, ni parenteral a 72h y/o desnutrición previa.	No ingesta oral	No deambula

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la escala se obtienen 4 categorías de riesgo:

0 puntos – Sin riesgo.

De 1 a 4 Puntos - De riesgo bajo.

De 5 a 8 Puntos - De riesgo medio.

De 9 a 15 Puntos - De riesgo alto.

La valoración se realizará al ingreso del paciente en la unidad y con una revisión periódica cada 7 días después de la última, en caso de no observarse cambios relevantes.

Se consideran cambios relevantes:

Una intervención quirúrgica superior a diez horas.

La aparición de isquemia por cualquier causa.

Los periodos de hipotensión.

Las pérdidas de sensibilidad de cualquier origen.

Las pruebas diagnósticas invasivas que requieren reposo de 24 horas, como por ejemplo la arteriografía o el cateterismo cardíaco.

En cualquiera de estos casos se deberá proceder a una nueva valoración.