



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PERSONA CON
ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES DE:
OXIGENACIÓN, ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN,
ELIMINACIÓN, MOVILIDAD Y BUENA POSTURA.
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

**ANA LAURA PESQUERA BARRANCO
NO. CUENTA 305140924**

TUTOR

LEO. BERTHA CAMACHO VILICAÑA

MÉXICO, D.F. SEPTIEMBRE 2013



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.



AGRADECIMIENTOS.

Llegó el momento de agradecer a los que estuvieron siempre hasta el final, familia, amigos y a todos aquellos que van conmigo en todo momento.

A mis Abuelos:

Alfonso Pesquera Martín y Virginia Ochoa Valtierra.

Toda su fortaleza me la han heredado, cada recuerdo, cada gesto lo llevaré siempre. Monita mi ángel hermoso, humilde, tierno, justo y soñador, llegué, ¡lo logré!, el tan anhelado momento ¡se cumplió!; todas y cada una de tus palabras se están cumpliendo, cada una de ellas son mis enseñanzas del día a día. Me dejaste un legado de vida, me siento sumamente afortunada. Gracias.

“Tito, Monita, aquí está su diploma.”

A mis padres:

Salvador V. Pesquera Ochoa y Julia Barranco.

Un modesto y sencillo homenaje, que supla las noches de esfuerzo, las palabras, las horas, los días en los que pensábamos a la meta no llegar en este largo camino, el cuál no ha sido fácil, gracias a ustedes ahora sé que llegar, significa lucha, entrega y no quebrantar.

Que me brindaron su apoyo incondicional y consejos, en los momentos más difíciles que hemos pasado, me han alentado a seguir adelante. Anhelando que siempre me preparara para enfrentarme a la vida.

Hoy se ven culminados nuestros esfuerzos y mis deseos, iniciándose así una nueva etapa en mi vida en la que siempre estarán en cada uno de mis pensamientos, sentimientos y en cada paso. Papus. Pichu.

Jefe, Nina, Gracias por lo que hemos logrado.



AGRADECIMIENTOS.

Amigos:

Entrañables en cada una de las etapas de mi vida, compañeros, colegas, personas que nos encontramos en algún momento, dejando un pedacito de sí mismos.

“Los de siempre”, amistad de tantos años, por la fortaleza, las palabras, los empujones de ánimo y por tantos momentos. Gracias.

“Cacahuates”, sin su complicidad, sin sus palabras, agradezco el día en que llegué a ustedes, por impulsarme a seguir, donde “F, es la familia con que haces cosas juntos...”. Gracias.

“Niñas”, mi “Bruja”, mi gran amiga, mi hermana, comparte esto conmigo, quizá nuestros caminos cambiaron, pero la distancia nos acerca aún más. Gracias por tanto.

“Champis”, El Servicio Social, me regaló amor, me regaló amigos, seres con una calidad humana impresionante, gracias por tantos momentos en el último año, los llevo siempre.

Pero que hubiera sido sin mis profesores, maestros, asesores, que me acompañaron y me llevaron de la mano al camino del conocimiento.

Mi tutor académico, LEO. Bertha Camacho Villicaña, sin usted, sin su motivación, nada de esto hubiera sido posible.

Gracias por todo su apoyo.

Gracias Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Gracias a mi Universidad Nacional Autónoma de México

“Por mi raza hablará el espíritu”

Ana Laura Pesquera Barranco



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

“Les pido centrarse sobre las fuerzas de la vida, movilización de sus recursos vitales en el respeto de la persona y de la humanidad para promover los cuidados y promover la vida.”

Marie Françoise Colliere.

ÍNDICE.

I. INTRODUCCIÓN.	1
II. JUSTIFICACIÓN.	2
III. OBJETIVOS.	3
IV. MARCO TEÓRICO.	4
4.1 Conceptualización de Enfermería.	4
4.2 Modelo de Virginia Henderson.	12
4.3 Proceso de Atención de Enfermería.	23
V. MÉTODO.	30
5.1 Selección y descripción del caso.	30
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.	31
6.1 Descripción del caso.	31
6.2 Antecedentes Generales de la persona.	32

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.	33
7.1 Valoración de enfermería.	43
7.1.1 Jerarquización de problemas.	48
7.2 Diagnósticos de enfermería.	49
7.3 Planeación de los cuidados.	50
7.4 Ejecución.	50
7.5 Evaluación.	50
7.6 Plan Alta.	59
VIII. CONCLUSIONES.	64
IX. SUGERENCIAS.	65
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	66
XI. ANEXOS.	70
11.1 Revisión de la Patología.	71
11.2 Consentimiento Informado.....	88



I. INTRODUCCIÓN.

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda, si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”¹.

A manera personal en este trabajo entrego todos mis conocimientos, habilidades, experiencias, que he adquirido a lo largo de mi formación, motivo por el cual es mi opción a titulación.

Es elaborado bajo el método sistemático, dinámico e interdisciplinario conocido como Proceso Atención Enfermería (P.A.E.), en base a la aplicación asistencial correspondiente al Servicio Social, en el programa: Atención de Enfermería al paciente neurológico, neuro-quirúrgico y neuro-psiquiátrico, realizado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez.

Para la aplicación, se tomará en cuenta como referencia, el modelo teórico de Virginia Henderson, debido a que se considera ser selectivo, en base a la importancia de satisfacer las necesidades humanas en su totalidad.

Este Proceso Atención de Enfermería se ve dirigido a una persona con alteración en las necesidades de Oxigenación, Alimentación e Hidratación, Eliminación, Movilidad y buena Postura.

Para planificar cuidados personalizados, dirigidos a mayor bienestar de la persona, el Proceso Atención de Enfermería es aplicado con su metodología sistemática y dinámica en sus etapas de Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, dentro del contexto de enseñanza-aprendizaje, en la relación, profesional de enfermería - paciente/persona - familia, en el que se identificará y se trabajará en sus necesidades afectadas, con actividades e intervenciones, basado en un plan de cuidados, evaluación del proceso y el diseño de un plan de alta. Así lograr una evolución positiva del estado de salud de la persona.

¹ Henderson, Virginia, citado de Marriner. T. Modelos y Teorías de Enfermería. 2ª Ed. Edit. Mosby, División de Times Mirror. España 2001. Pág. 87.



II. JUSTIFICACIÓN.

Los cuidados que brinda el profesional de enfermería, mediante un proceso, metodológico, sistemático y dinámico, sustentando en un modelo teórico, la toma de decisiones, el actuar con eficiencia y eficacia en la práctica diaria, permite nuevos campos de habilidades y conocimientos.

Cuidar en enfermería, implica conocimiento propio de cada persona, familia o grupo comunitario; es darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de los conocimientos que se tienen sobre la salud y/o enfermedad. Por otra parte, requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo afectivo.

A partir de esto, la enfermería, en su carácter de disciplina cuenta con el respaldo de conocimientos propio, pero también se concibe a sí misma como un arte, por que busca encontrar significado en hallazgos, establecer un vínculo significativo con el otro, realiza actividades con estética, conducir a través de la ética, la práctica, dejar fluir sentimientos y da valor a la creatividad para poder cuidar.

El impacto que tiene la profesión de enfermería en la sociedad es vital. El actuar con eficacia, eficiencia y efectividad, con las mejores intervenciones, las más adecuadas y las que se adapten a cada persona de forma específica, con una valoración impecable, permite que el progreso de la enfermedad cambie su curso, con mínimas complicaciones posibles.

Es por ello que pretendo mostrar, como egresada de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Nacional Autónoma de México, que cuento con estas habilidades y conocimientos adquiridos a lo largo de mi formación profesional, en el presente trabajo que ha sido elegido como opción a titulación.



III. OBJETIVOS.

Objetivo General:

A partir de la presentación del Examen Profesional, bajo la modalidad de opción a titulación por Proceso Atención de Enfermería, adquirir el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Objetivos Específicos:

- ∞ Aplicar un Proceso Atención de Enfermería a una persona, basado en el modelo de Virginia Henderson de las catorce necesidades humanas fundamentales.
- ∞ Realizar una valoración completa de identificación de la persona.
- ∞ Establecer diagnósticos de enfermería de acuerdo a una previa jerarquización de las necesidades afectadas de la persona.
- ∞ Diseñar un plan de cuidados personalizado.
- ∞ Implementar los cuidados establecidos.
- ∞ Descubrir y maximizar los recursos de la persona y familiares, tanto los personales, como los externos y así obtener el conocimiento acerca de su estado de salud, que les permitan manejar un desarrollo óptimo, de bienestar e independencia.
- ∞ Evaluar los resultados obtenidos.



IV. MARCO TEÓRICO.

4.1 Conceptualización de Enfermería.

La historia de la enfermería profesional empieza con Florence Nigthingale; fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en que no desempeñaban algún trabajo formal en los servicios públicos, con la creación de una escuela de enfermería en el Hospital de St.Thomas de Londres, fijó el nacimiento de la enfermería moderna.

A mediados de siglo XIX, Nigthingale expresó su firme convicción de que el conocimiento de enfermería era distinto; describió que la función propia de una enfermera era el hecho de llevar a la persona a sus mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre ella.

Implementando la idea de que la enfermería se basaba en el conocimiento de los principios y tradiciones que sobrevivían mediante la educación del aprendizaje, el juicio del sentido común, que llegaba con los años de experiencia.

Las actividades pioneras de Nigthingale, en la práctica enfermera, sus escritos posteriores sobre enfermería, sirvieron como guía para establecer escuelas de enfermería en Estados Unidos a principios de siglo XX.

Aunque algunos líderes de enfermería aspiraban a que llegara a convertirse en una profesión y/o una disciplina académica, la práctica de enfermería continuó reflejando una herencia vocacional más que una visión profesional.

A mediados de 1970, tras más de 25 años de investigación en enfermería, aún se carecía de conexiones conceptuales, de marcos teóricos. La toma de conciencia, la necesidad del desarrollo de conceptos de una teoría coincidió con la aparición de dos columnas importantes en la evolución de la enfermería.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



A medida que las enfermeras iban buscando más y mejor educación, comenzó a surgir lo que se conoce como la era de la investigación. Ésta llegó cuando muchas enfermeras realizaban una formación superior, desarrollaban una concepción común de la edad científica, como un cambio hacia el nuevo conocimiento.

La era de la investigación fue seguida por la educación superior, programas de máster en enfermería, para cubrir la necesidad de enfermeras con una formación especializada, un conocimiento con visión de desarrollo de la investigación y lograr el avance de la enfermería como ciencia.

En el avance contemporáneo, el énfasis se realiza en la aplicación de la teoría en la práctica. La enfermería basada en la evidencia científica y en el desarrollo continuo de la misma.

La visión de la enfermería de Nigthingale sentó precedentes para el desarrollo de la teoría de la enfermería, la que ha evolucionado de manera rápida durante las últimas décadas y que le ha llevado finalmente al reconocimiento de la enfermería como disciplina académica, con una taxonomía y un cuerpo de conocimientos propio.

En primera línea, fueron transformados los programas educativos de enfermería, considerando las condiciones epidemiológicas de la población y sus necesidades en salud; un ejemplo que permitió el inicio de estos cambios fueron las recomendaciones de organizaciones como la de National League for Nursing.

La transición de oficio a profesión fue un giro de gran importancia para la enfermería mexicana, fue uno de los aspectos determinantes donde influyó la evolución educativa y que en la actualidad supone la piedra angular para la disciplina. Con el desarrollo en la teoría de la enfermería se comenzó a transformar los paradigmas prevalentes, que incidieron en el fortalecimiento de distintas perspectivas para la práctica, la administración, la educación, la investigación y el desarrollo posterior de teorías y al interior de estas se identifican el meta-paradigma y los modelos de enfermería.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Los modelos de enfermería engloban los conceptos de persona, salud y enfermería y dirigen el cuidado determinando el desarrollo de la enfermería de una manera sistemática que vendrá a mejorar la comprensión y desarrollo de nuevos conocimientos, lo que sitúa los trabajos de las teóricas en un contexto más amplio y facilita la comprensión del conocimiento de la ciencia enfermera.

El meta-paradigma es el nivel de conocimiento más abstracto de todos y describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como la finalidad de una disciplina².

La teoría de la enfermería guía el pensamiento y la acción de la práctica, es por ello, que la formación del profesional de enfermería debe de tener como pilar fundamental del conocimiento de cada una de las teorías en enfermería.

El desarrollo de la teoría y su aplicación en la práctica, coincide con la importancia del desarrollo de nuevos conocimientos y la investigación en este sentido es pieza clave para la evolución de nuestra profesión hacia la construcción de la ciencia enfermera.

En un principio, la persona, el entorno, la salud y la enfermería se proponían como los primeros conceptos de la enfermería y continúan vigentes como los principales sujetos de estudio para la profesión.

Existen otros trabajos teóricos de la enfermería, que pueden clasificarse como filosofías; son los trabajos de los enfoques filosóficos de la enfermería, considerando a la filosofía como el siguiente nivel de conocimiento. El trabajo de Nightingale es un claro ejemplo, de una filosofía de la enfermería.

² Cutcliffe, J.; McKenna, H.; Hyrkäs K. Modelos de Enfermería. 3ª Ed. Edit. El manual Moderno. México 2005. Pág. 103.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Los modelos conceptuales o paradigmas suministran un marco amplio de referencia para los enfoques sistemáticos de los fenómenos que se encargan de la disciplina. Ofrecen distintos puntos de vista de la enfermería según las características de cada modelo³.

El término conocimiento, sugiere la comprensión adquirida, a través del aprendizaje o la investigación, de lo que se conoce como la cuestión de un tema en una disciplina. Puede basarse en hechos o en la teoría que es más experimental sujeta a cambio, ya que se compruebe y se desarrolle.

Estos enfoques, incluyen una visión global, un modelo de enfermería, los métodos o instrumentos de investigación, los resultados específicos del modelo de elección, y así una comunidad de profesionales de la salud que contribuyan a la ciencia de la enfermería.

De esta forma, la teoría da sentido al conocimiento para mejorar la práctica describiendo, explicando prediciendo y controlando el fenómeno de estudio de la enfermería que es el cuidado.

Las habilidades del personal de enfermería se incrementan con el conocimiento teórico, ya que los métodos desarrollados sistemáticamente guían el pensamiento crítico y la toma de decisiones en la práctica profesional. Es así como cada uno de los procedimientos aplicados se ve sustentable.

"La providencia nos ha dado el sueño y la esperanza como compensación a los cuidados de la vida."⁴

Actualmente, Enfermería es una de las profesiones del área de las ciencias de la salud, que tiene como propósito, contribuir al mantenimiento del estado de salud de los miembros de la sociedad, para ello, cuenta con una preparación académica, la cual ha venido evolucionando a través del tiempo para adecuarse a las exigencias socioculturales.

³ *Ibíd.* Pág. 75.

⁴ François Marie Arouet Voltaire.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



En este sentido, la educación en enfermería, tiende a formar un profesional, capaz de afrontar las necesidades de salud y enfermedad de los individuos, familias y comunidades, aplicar los cuidados de enfermería pertinentes, teniendo en cuenta los patrones socioculturales y su propio desarrollo personal.

Dentro de este desarrollo personal se espera que el profesional de enfermería, exhiba una conducta marcada por el interés hacia el ser humano que acude en solicitud de su ayuda, es decir se espera la capacidad de comprensión, empatía, respeto y responsabilidad en el acto de cuidar y vocación de servicio, se deben conjugar durante su formación, una estructura de elementos que garanticen el despertar, el desarrollo, el mantenimiento y el fortalecimiento de la orientación humanista.

Entre este conjunto de elementos se pueden mencionar las características de los estudios, la formación y composición del cuerpo profesional, influyendo así en la ejecución de tareas y procedimientos a la calidad de los cuidados futuros.

“...el valor de una enfermera es una función de su productividad, es decir de su capacidad de proporcionar servicios de calidad y obtener resultados sanitarios positivos gracias a su formación y educación específicas⁵...”

Existen múltiples definiciones de lo que es y de lo que hace la enfermería; la mayoría de sus exponentes señalan que es el cuidado de los individuos sanos y/o enfermos, pero esta concepción abarca una amplia gama de actividades, dejando una pauta para que el profesional de enfermería las asuma en práctica.

Dentro de estas actividades se pueden señalar características tales como la responsabilidad, respeto por la dignidad, autonomía, y en cierta forma, definir cada una de estas cualidades.

Otro punto a señalar es que la adquisición de conocimientos intelectuales, éticos, distintas técnicas y el manejo de las relaciones interpersonales, lo harán capaz de ejercer la profesión a un nivel social.

⁵ Fernández, M; Castañedo, C.; Del Rio, F., 1995 España



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Sobre la comunicación y el crecimiento de las relaciones interpersonales en el cuidado es indispensable para pensar cómo está siendo consolidada y qué elementos son necesarios para ser efectiva, conduciéndose para una real interacción profesional de enfermería – persona/paciente.

De la misma forma la importancia del uso de todos los órganos de los sentidos, cuando nos queremos comunicar con una persona, muestra como cada uno se manifiesta para comprenderlos, obteniendo a su vez, un sólido y estrecho establecimiento del cuidado.

Uno de los aspectos necesarios es una visión holística, y enfatizar que el ejercicio de cuidar debe enfocarse a la respuesta humana a las condiciones de salud y enfermedad y del hombre, en relación con su entorno⁶.

La Enfermería es una profesión dedicada al servicio de la humanidad, considerada como la única ciencia que trata la totalidad de la persona.

Para abordar esta totalidad, se necesita de los aspectos humanísticos y en cierto modo científico, sirvan a la concepción de la respuesta humana hacia la salud, ante constantes cambios sociales, políticos, ideológicos, que cada individuo tiene de acuerdo a su cultura.

Los profesionales de enfermería, como miembros de una disciplina joven, viven y han vivido cambios acelerados en su proceso de formación, modificaciones que se han precipitado y que se han acelerado en los últimos años, y en que son producto en la generación de tecnologías, el incremento de la demanda de los servicios de salud y enfermería, así como el avance científico en general y en especial en el campo de la salud.

La población pareciera estar cada vez más consciente de que los profesionales están éticamente obligados y comprometidos a ofrecer lo mejor de sí mismos, ante problemáticas de las necesidades y del cuidado humano.

⁶ Cutcliffe, J. Op. Cit. Pág. 97



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



“Uno de los principales objetivos de la formación enfermera es el desarrollo de actitudes dirigidas al establecimiento de relaciones humanas eficaces en los diversos contextos en los que se desarrolle la actividad profesional, basándose en la comprensión, el respeto mutuo, la consideración positiva y la autenticidad”⁷.

Para lograr este objetivo, la educación en enfermería ha de darle cabida a otras perspectivas. De manera que indagando sobre el cuidado, es como se podrá aprender sobre la salud de una persona. Es aquí cuando vinculamos estos términos que refieren que cuidar es la explicación para la salud y el bienestar, combinar cuidar-sanar, específicamente el cuidar con la salud y el bienestar con acciones e intervenciones.

Diferentes paradigmas han explicado la generación de conocimientos en enfermería, entre los cuales tenemos: el de Integración y el de la Transformación.

En primer término toma en cuenta la experiencia y datos subjetivos, los fenómenos son vistos con múltiples partes que se interrelacionan en un contexto específico. El segundo paradigma representa un cambio significativo, ya que se ve el fenómeno como un campo unitario, y una apertura de la enfermería hacia el mundo.

Todas estas perspectivas paradigmáticas han generado conocimiento en el área de enfermería. Sin embargo el paradigma de la Transformación⁸, es esencial para la total explicación de la disciplina, por lo que concluyen que el enfoque de la enfermería es el estudio del cuidar en la experiencia humana de salud.

El cuidado va más allá del problema de su definición; es un amplio concepto que podría incluir un conjunto de comportamientos basados en el interés, la compasión, la preocupación, el compromiso con la persona, el ser minucioso y estar atento a los detalles, el responder con sensibilidad a la situación en la que se encuentra el otro, el escucharle y otras características aún por identificar.

⁷ Rose Marie, Caring, 1981

⁸ Susanne Kerouac, Pensamiento enfermero, Corrientes del pensamiento, 2ª Ed., Edit. Elsevier España. 1996 pág. 96



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



La práctica del cuidado de la vida humana, es un proceso dinámico e integral de desempeño que las personas ponen en marcha para mantener la vida y la salud de sí mismo y de los demás en cualquier contexto.

Para poder cuidar la vida humana es necesario que el hombre pueda tomar conciencia, de una nueva manera de pensar y así ya no exista un desorden. Este proceso requiere de valores y explicación de la realidad y un desempeño basado en procedimientos y estrategias creativas y responsables.



4.2 Modelo de Virginia Henderson.

Durante la primera Guerra Mundial, Virginia Henderson empezó a interesarse por la enfermería. En 1918, ingresó en la Amy School of Nursing de Washington D.C. y se graduó en 1921. Después, aceptó un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 Henderson empezó a dar clases de enfermería en el Cortell College de la Universidad de Columbia, donde ascendió como profesora de enfermería y donde posteriormente realizó un máster en Enfermería.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. En 1939 rescribió la cuarta edición del libro de Bertha Harmer Textbook of the Principles and Practice of Nursing, la quinta edición de este libro fue publicada en 1955, ya incluía la definición de enfermería de Henderson. En 1960 se tradujo a más de 20 idiomas. Colaboró durante cinco años con Leo Simmons para elaborar un estudio en Estados Unidos, sobre investigación enfermera, que se publicó en 1964. Durante la década de 1980, Henderson continuó su labor como investigadora honoraria, asociada en la Universidad de Yale. Gracias a cada uno de sus logros y a su influencia en la profesión enfermería, fue nombrada Doctora Honoris causa en más de nueve ocasiones.

En 1983 recibió el premio Mary Tolle Wringht Founders de la Sigma Theta Tau International por su liderazgo, uno de los honores más altos que concede esta asociación. En la convención de la American Nurses Association (ANA) de 1988, recibió una mención honorífica especial con sus contribuciones a la investigación, la educación y la profesionalización de la enfermería.

Henderson incorporó principios fisiológicos, psicológicos en su concepto personal de enfermería. Durante la época que estudió en el Teachers College.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



El principio de Claude Bernard, el cual menciona que la salud depende del constante mantenimiento de la linfa dentro de la célula. A partir de esta idea Henderson llegó a la conclusión de que una definición de enfermería debe incluir el principio de equilibrio fisiológico.

Gracias a este principio Henderson descubre la medicina psicosomática y sus implicaciones para la enfermería. Las catorce necesidades básicas de Henderson, que van desde las necesidades físicas y también cubriendo las necesidades psicológicas, pueden observarse una correlación con la jerarquía establecida por Abraham Maslow y su teoría de la motivación humana⁹.

De acuerdo a la definición de enfermería de Virginia Henderson nos dice que “la principal función del personal de Enfermería, es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyan a la realización de su salud, a la recuperación de la misma o a una muerte pacífica, estas tareas la persona las llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y/o el conocimiento necesario”. De esta manera con las intervenciones realizadas a la persona, el objetivo prioritario es llevarla a adquirir independencia lo más rápido posible.

Las funciones del personal de enfermería se clasifican en tres áreas, comenzando por las actividades Independientes, en las que el personal de enfermería está capacitado para atender a la persona, incluyendo los campos de diagnóstico y tratamiento de enfermería. Las actividades Interdependientes se desarrollan en una labor de equipo Interdisciplinario y así en conjunto abordar a la persona para su beneficio. Por último las actividades dependientes, son las que el personal de enfermería efectúa, de acuerdo a las indicaciones médicas.

⁹ Maslow Abraham. Teoría motivacional de un psicólogo humanista, 3ª Ed., Edit. Kairós, Madrid España 1968.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Los conceptos básicos del meta-paradigma en la filosofía de Virginia Henderson se define:

◆ Persona:

Unidad corporal, física mental, que está construida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

Individuo que requiere la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.

Tanto el individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia y realizar las actividades de una vida sana.

◆ Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye a la comunidad y a su responsabilidad de proveer cuidados; Henderson cree que la sociedad requiere de personal de enfermería que proporcione un servicio para aquellos individuos que tengan la incapacidad de ser completamente independientes, y también que contribuyan a la educación u orientación para la salud para su mantenimiento.

Los factores que pueden afectar a la salud son: Los factores personales como la edad, el entorno, cultura, capacidad física y cognitiva. Los factores físicos como el aire, temperatura desempeñan un papel en el bienestar de la persona.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



◆ Salud:

Es la cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano. Habilidades de la persona para realizar sin ayuda los catorce componentes del cuidado de enfermería. Henderson considera un estado de independencia o satisfacción cuando estos componentes son cubiertos de manera adecuada.

◆ Enfermedad:

Es un estado de dependencia, motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades básicas.

El rol de la enfermera es un rol de suplencia. Suplir para Virginia Henderson, significó hacer por la persona, aquello que él mismo podría hacer, si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos.

Las intervenciones de la enfermera apuntan especialmente hacia la independencia, en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y lo más rápido posible.

Las fuentes de dificultad de Henderson, se definen como una falta de fuerza, no solo de fuerza física, sino también moral, para tomarse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud. La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual se ve limitado por la falta de recursos económicos o factores socioculturales.

El desconocimiento existe en los mecanismos de acción en el desarrollo de enfermedades, de los recursos de la salud, de los cuidados que se deben de tener cuando se presentan la enfermedad para evitar la evolución desfavorable, en general lo que refiere a la prevención, curación y rehabilitación.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Una fuente de dificultad generalmente es la causa de dependencia del individuo, es decir cualquier impedimento en mayor o menor grado para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales, puede ser concebida de cuatro maneras:

- Orden físico, atentada la integridad física de la persona debido a la insuficiencia intrínseca y extrínseca del organismo, que provoquen un desequilibrio y la carga sea mayor en el mismo.
- Orden psicológico, afectando la integridad del Yo.
- Orden sociológico, se ve reflejado en la relación con el medio el entorno.
- Por último el factor de conocimiento, cuando este es insuficiente en relación al medio.

Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe de satisfacerlas, para poder ascender a las demás áreas.

La filosofía de Virginia Henderson y las catorce necesidades básicas de salud, agrupan datos sobre el modelo de Maslow, las cuales, se jerarquizan en cinco niveles, las filosóficas, sociales, de seguridad, autoestima, logro intelectual y espiritual, también conocida como la teoría de la motivación en la cual explica las relaciones entre las motivaciones y los niveles de las necesidades humanas.

Refiriéndonos específicamente al modelo de Virginia Henderson, lo hace desde una filosofía humanista, pues considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales; que buscan y tratan de lograr la independencia, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades en forma continua, se realiza con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Concepto que la autora incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos, identificados en la satisfacción de las catorce necesidades humanas fundamentales que componen los cuidados enfermeros. A continuación se menciona y se define a cada una de ellas en la Tabla 1.

Tabla 1. DEFINICIONES DE LAS NECESIDADES BASADAS EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON¹⁰.	
NECESIDAD.	DEFINICIÓN.
Oxigenación.	Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y para eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular.
Alimentación e Hidratación.	Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de los tejidos. Además de proporcionar energía indispensable para su buen funcionamiento.
Eliminación.	Necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, también por la transpiración y la espiración pulmonar. Igualmente la menstruación.
Movimiento y Mantener buena postura.	Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas, permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea favorece por los movimientos y las actividades físicas.

¹⁰ Marriner., Óp. Cit. Pág. 152



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Descanso y sueño.	<p>Dormir y descansar es una necesidad para todo ser humano, que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente, a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.</p> <p>El sueño también libera al individuo de sus tensiones, tanto físicas como psicológicas.</p>
Vestido.	<p>Vestirse y desvestirse es una necesidad del individuo. Este debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día, actividades) para proteger su cuerpo del rigor de clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos. Si la ropa permite asegurar y proteger la intimidad sexual de los individuos, representa también pertenecer a un grupo, a una ideología o a un status social.</p>
Termorregulación.	<p>Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales es una necesidad para el organismo.</p>
Higiene.	<p>Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección natural contra cualquier agente externo.</p>
Evitar peligros.	<p>Evitar peligros es una necesidad humana de supervivencia. Debe protegerse de toda agresión intrínseca o extrínseca, para mantener así su integridad física y psicológica.</p>



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Comunicación.	La necesidad de comunicar es una obligación que tiene el ser humano, de intercambio con sus semejantes. Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas dar a conocer sus sentimientos, opiniones y experiencias.
Creencias y valores.	Actuar según sus creencias y valores es una necesidad para todo individuo, hacer actos conformes a su noción personal del bien, del mal y de la justicia.
Realización.	<p>El realizarse es una necesidad para todo individuo; éste lleva a cabo actividades que le permiten desarrollar su sentido creador, para utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe una vez realizadas sus acciones, es la de sentirse útil a los demás y puede llegar, a una total plenitud.</p> <p>Esta necesidad implica la autonomía del individuo, la toma de decisión consciente, meditada y la aceptación de las consecuencias de las decisiones.</p>
Recreación.	Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable, con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
Aprendizaje.	Aprender es una necesidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de los comportamientos, con el objetivo de mantener o recobrar la salud.



Postulados.

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista de la persona que recibe los cuidados del profesional de enfermería. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta las catorce necesidades fundamentales y el rol consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

- ♣ Necesidad fundamental: necesidad vital es decir todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.
- ♣ Independencia: capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas. De acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.
- ♣ Dependencia: ausencia o insuficiencia de las actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de cubrir sus necesidades básicas, por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- ♣ Problema de dependencia: cambio desfavorable de orden bio-psico-social, en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en la persona.
- ♣ Manifestación: signos saludables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en relación de la satisfacción de sus necesidades básicas.
- ♣ Causas de dificultad: Limitaciones personales o del entorno que dificultan al individuo satisfacer sus propias necesidades.



Niveles de dependencia.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas cuando es independiente, pero cuando esta se ve disminuida por la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo que surgen los problemas de salud y es cuando la persona comienza a verse dependiente.

Es entonces cuando el personal de enfermería tiene que ayudar, suplir, atender las necesidades para que la persona pueda mejorar estas situaciones de dependencia.

Pueden aparecer por causa de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimiento.

Independencia significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza, la voluntad, que son necesarias para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o para recuperar la salud.

Afirmaciones teóricas.

Las afirmaciones teóricas que se identifican en la obra de Henderson tienen que ver con las diferentes relaciones que establece la enfermera con diferentes actores de la atención así como la que se establece con el paciente.

- Relación enfermera-paciente.

Pueden identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente que van de una dependencia mayor a menor.

- ✓ Enfermera como sustituto del paciente.
- ✓ Enfermera como ayudante del paciente.
- ✓ Enfermera como compañera del paciente.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



La enfermera es el sustituto de todo lo que el paciente necesita para sentirse completo o independiente y que éste no puede conseguir por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento.

Henderson reflejó esta opinión en su afirmación, "La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción para un bebe, la sabiduría y la confianza para una joven madre, la portavoz de aquellos demasiado débiles o que han renunciado a hablar¹¹"

Durante las situaciones de convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir su independencia o a recuperarla. Henderson afirmó "La independencia es un término relativo, todos dependemos de los demás pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable y evitar una dependencia enfermiza".

Supuestos.

Cada individuo es una totalidad compleja, como ser bio-psico-social que requiere satisfacer necesidades fundamentales.

La función propia de la enfermera es orientar su práctica según las directrices del modelo conceptual de identidad profesional más concreta, de no existir esta identidad, delegaría su función primaria en el personal preparado en forma inadecuada.

La sociedad busca y cada vez necesita más este servicio de profesionales en enfermería.

¹¹ Rodríguez, S. Proceso Enfermero Aplicación Actual. 2ª Ed., Edit. Ediciones Cuellar. México 2002. Pág. 73



4.3 Proceso de Atención de Enfermería.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial del profesional en enfermería, es el método conocido como proceso enfermero. Este método permite brindar cuidados en forma lógica, racional y sistemática.

Está compuesto de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Se relacionan entre sí, aunque, el estudio de cada uno de ellos se hace por separado y se mantiene un carácter metodológico. ¹⁰

Objetivo.

El objetivo principal del proceso enfermero es realizar una estructura que pueda cubrir de manera individualizada las necesidades de la persona-familia-entorno.

Ventajas.

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería tiene repercusiones en la persona y en la profesión.

Definiéndose el proceso enfermero como el campo del ejercicio profesional que contiene las normas, estándares e indicadores, la persona es el beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería que serán brindados. Y para el profesional de enfermería se genera la adquisición de nuevos conocimientos y en el ejercicio de la práctica se produce un aumento de la satisfacción por el trabajo realizado, como parte de la formación del profesional.



Características.

- Sistemático. Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Dinámico. Responde a un cambio continuo.
- Interactivo. Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera, paciente su familia y los demás profesionales de la salud.
- Flexible. Se puede adaptar el ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos grupos o comunidades. Sus bases pueden utilizarse sucesiva y conjuntamente.
- Tiene un sustento teórico. El proceso enfermero ha sido concebido a partir de numerosos estudios, conocimientos, que incluyen ciencias y humanidades. Se puede ajustar a cualquier modelo teórico de enfermería.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Etapas.

La **Valoración**, es la primera fase del proceso de enfermería, consiste en la recopilación y organización de datos que conciernen a la relación persona - familia – entorno, que nos permite reunir la información necesaria, con el fin de identificar las respuestas humanas, algún estado de deficiencia, que no cubra en su totalidad a las necesidades fundamentales.

El paciente como fuente primaria, la familia o cualquier otra persona que brinda atención al paciente como el cuidador primario, fuentes secundarias como el expediente clínico, revistas profesionales y textos de referencia.

Criterios de valoración.

Siguiendo un orden céfalo caudal, valoración sistemática de los diferentes órganos, comenzando por el aspecto general de la cabeza hasta las extremidades inferiores, dejando para el final la espalda¹².

☞ Criterio de valoración por aparatos y sistemas.

Se valora cada sistema o aparato de forma independiente comenzando por las zonas más afectadas.

☞ Criterios de valoración por los patrones funcionales de la salud.

La recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo o familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

☞ Valoración inicial.

El profesional de enfermería deberá buscar datos sobre los problemas de salud detectados en la persona y factores de riesgo que contribuyen en los problemas de salud.

¹² Rodríguez, S. Óp. Cit. 75.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



☞ Valoración focalizada.

El profesional de enfermería deberá confirmar los problemas de salud detectados, analizar y comparar el progreso y tomar en cuenta el retroceso de la persona. Determinar la continuidad del plan de cuidados establecidos. Obtener nuevos datos de relevancia que informen acerca del estado de salud del paciente.

El **Diagnóstico**, consiste en el análisis de la información obtenida, para permitir la apertura de un juicio crítico sobre el estado de salud, en la relación entorno – familia – persona¹³.

Además en esta fase el profesional debe identificar los recursos necesarios para las intervenciones enfermeras.

Objetivo.

- Reconocer los problemas de salud.
- Prevenir las posibles complicaciones.
- Iniciar las acciones para asegurar un tratamiento adecuado y a tiempo.

En esta fase se debe diferenciar entre diagnóstico y problemas interdependientes, en relación a que, la intervención de enfermería sea autónoma y por tanto la decisión, la acción y los resultados son totalmente responsabilidad del profesional.

En el caso de ser interdependiente, es decir la decisión se deriva del juicio clínico de otro profesional, pero la acción y los resultados son responsabilidad del profesional que lo realiza.

Diagnóstico real.

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

¹³ Rodríguez, S. Óp. Cit. 81



Diagnóstico de riesgo.

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

Diagnóstico de bienestar.

- Conductas que permiten conseguir mayor nivel de bienestar.

Problemas interdependientes.

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar actuaciones prescritas por indicación médica.

La **Planeación**, siendo el desarrollo del diseño de un modelo de cuidado, donde se establecen objetivos y acciones, encamina a la prevención y al manejo de problemas relacionados con el estado de salud a la relación, entorno – familia – persona¹⁴.

Se determina qué cuidados específicos requiere el paciente para cubrir las necesidades y solucionar los problemas que se han detectado en la etapa anterior. Para ello es necesario determinar qué objetivos se pretenden y cuáles son las actividades para su logro. Criterios de resultado para cada objetivo¹⁵.

Esta etapa se compone de varias fases:

1. Priorización.
2. Determinación de objetivos NOC.
3. Programación de actividades NIC.
4. Registro del plan.

¹⁴ Rodríguez, S. Óp. Cit. 89.

¹⁵ Carpenito, Moyet, L.J. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración 4ª Ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Bogotá. 2004. Pág. 44



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Exige al profesional de enfermería un gran esfuerzo de síntesis y relación para determinar la gravedad o la afectación del problema, de los recursos de los que dispone y del tiempo necesario para lograr la recuperación del paciente.

En muchas ocasiones, se planificarán actividades que logren varios objetivos a la vez y varias actividades para el logro de un sólo objetivo.

La **Ejecución**, consiste en poner en marcha el plan diseñado, mediante acciones que conduzcan al cumplimiento de los objetivos establecidos¹⁶.

En esta etapa es fundamental la competencia técnica, ya que hay que aplicar lo planificado de forma inmediata y eficiente; es decir hay que aplicar los conocimientos, las actividades, la metodología, la técnica de las actividades y los cuidados.

Es el cómo se realizan las actividades.

- Qué orden de intervenciones se realiza ante una situación determinada.
- Qué material se debe utilizar.

Fases.

- Valorar situación actual y garantizar la seguridad.
- Aplicar los protocolos e intervenciones que se han identificado en la planificación aplicando plan de cuidados estandarizado y/o protocolo de actuación inmediata.
- Registrar.

Todas las actuaciones tienen que estar suficientemente justificadas y además corresponder a la situación que hemos detectado. Deben quedar perfectamente registradas para que puedan evaluarse y sobre todo contabilizarse.

¹⁶ Rodríguez, S. Óp. Cit. 89.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



La **Evaluación**, en la relación entorno – familia – persona, permite dar seguimiento, valorar el cumplimiento de los objetivos, con el fin de que la conclusión y el resultado sean favorables o de otra forma hacer las modificaciones necesarias¹⁷.

Determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Se miden los parámetros establecidos, criterios de resultado y de medición.

El grado en qué un paciente está consiguiendo superar el problema o nivel de Intervención de enfermería requerido.

¹⁷ Carpenito, Moyet, L.J. Óp. Cit.



V. MÉTODO.

5.1 Selección y descripción del caso.

Para la aplicación este Proceso Atención de Enfermería, va dirigido a una persona con alteración de las necesidades de Oxigenación, Alimentación e Hidratación, Eliminación, Movilidad y buena Postura, se tomará en cuenta como referencia, el modelo teórico de las necesidades humanas fundamentales de Virginia Henderson, debido a que se considera ser selectivo, en base a la importancia de satisfacer las necesidades en su totalidad.

Para planificar cuidados personalizados, específicos, dirigidos a la atención de la persona, el Proceso Atención de Enfermería es aplicado con su metodología sistemática y dinámica en sus etapas de Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Su realización fue autorizada bajo consentimiento informado (Véase anexos). Se identificará y se trabajará en sus necesidades afectadas, con actividades e intervenciones, basado en un plan de cuidados que será realizado, evaluación del proceso y el diseño de un plan de alta. Así lograr una evolución positiva del estado de salud de la persona.

Se realizará una evaluación final. Y a manera de conclusión y de acuerdo a los resultados obtenidos se revelará la importancia del adecuado manejo realizado.



VI. PRESENTACION DEL CASO.

6.1 Descripción del caso.

Como parte de las rotaciones por servicios y de acuerdo al rol especificado, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez, correspondiente a mi rotación en el Servicio de Urgencias, se realiza la elección de paciente.

El motivo de la elección del paciente para la elaboración de este Proceso Atención de Enfermería fue que, llama mi atención, la importancia que tiene el abordaje de los cuidados específicos, el impacto que tiene en el paciente si se realizan de forma oportuna, adecuada y eficaz, aplicando el juicio clínico, es aquí cuando el criterio del profesional de enfermería se convierte en parte fundamental para que el paciente curse por la evolución de la Enfermedad, de la manera más óptima para reducir complicaciones que agraven su estado de salud.

El tiempo es vital para minimizar el daño Neurológico que la propia enfermedad provoca. Intervenir en el curso natural de la enfermedad hace que cada una de las actividades e intervenciones tomen resultados importantes.



6.2 Antecedentes Generales de la persona.

Nombre: RAM. Sexo: Mujer. Edad: 44 años. Peso: 71 kg. Talla: 161 cm. Fecha de Nacimiento: 15 Diciembre 1967. Ocupación: Ama de casa. Escolaridad: Primaria incompleta. Analfabetismo. Fecha de Admisión al INNN: 11 de Diciembre 2012. Estado Civil: Soltero. Procedencia: Estado de Veracruz, Coatzacoalcos. Fuente de Información: Familiar: RAS (Hermana) y RRJ (Hija). Fiabilidad (1-4): 4. Servicio. Urgencias.

Ingresa el día 11 de Diciembre 2012 al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, a Consultorios de Urgencias, para valoración, ya que es referida del Hospital General Dr. Valentín Gómez Farías, Coatzacoalcos, Veracruz. Al cuál acudió por primera vez el día 28 de Noviembre del 2012 al servicio de Urgencias de dicha Institución. Fue auxiliada por sus familiares, ya que el mismo día presentó Cefalea intensa por la mañana y en el transcurso del día, realizando sus actividades normales sufrió, perdida súbita de la conciencia en la vía pública. Estuvo hospitalizada 12 días en la Institución señalada y fue diagnosticada con Hemorragia Subaracnoidea, Hunt Hess III, a lo cual fue referida para su manejo terapéutico.



VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

6.1 Valoración de enfermería.

Instrumento de Valoración basado en el Modelo de Necesidades Humanas de Virginia Henderson.
Academia de Fundamentos de Enfermería.

Fecha: 18 Diciembre 2012.

Ficha de Identificación.

Nombre del Paciente: RAM. Registro: 210827. Edad: 44 años. Peso: 71 kg. Talla: 161 cm. Fecha de Nacimiento: 15 Diciembre 1967. Sexo: Mujer. Ocupación: Ama de casa. Escolaridad: Analfabetismo, educación primaria trunca. Fecha de Admisión al INNN: 11 de Diciembre 2012. Estado Civil: Soltero. Procedencia: Estado de Veracruz, Coatzacoalcos. Fuente de Información: Familiar RAS (Hermana) y RRJ (Hija). Fiabilidad (1-4): 4. Servicio: Urgencias.

1. Necesidad de Oxigenación.

Subjetivo. (Información que proporciona el Paciente y/o Familiar.).

Dificultad para respirar, debido a: Tos: Productiva/Seca. Productiva. Características de la Secreciones. Hialinas Abundantes. Dolor asociado con la respiración: Al toser, área del Tórax. Fumador: ✓. Tiempo: Desde hace 10 años. Cantidad de Cigarrillos: 2 por día. ¿De acuerdo a su estado emocional varía la cantidad de Cigarrillos?: ✓.

Objetivo. (Valoración que realiza el entrevistador.).

Presencia de:

Disnea: ✓. Con esfuerzo: ✓. Sin esfuerzo: ._

Tos: Productiva/Seca. Productiva. Características de las Secreciones. Hialinas: ✓ abundantes. Amarillo/Verdosas: ✓. Hemoptisis: ._ Otras: ._ F.R.: 19x' al movimiento llega a 27 x' y tarde en recuperarse. T.A.: 140/100 mmHg. F.C.: 87x' taquicardia a la movilización. Dolor asociado a la Inspiración o Espiración: Inspiración, por



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



movimiento diafragmático. **Tabaquismo:** Positivo/Negativo. **Positivo.** Síndrome de Abstinencia: **-.** **Uso de Oxígeno.** Puntas Nasales: **-.** Mascarilla: **-.** Ventilador: **✓** **Parámetros del Ventilador:** Modo AC., FR 14, VT 6, FiO2 100%, PEEP 5, Flujo a demanda, Curva Constante y Desacelerada. Sat 98%, al movimiento presenta desaturación hasta 87% Presencia de **Cánula Endotraqueal:** **✓.** Coloración de la piel, lechos ungueales y peribucal. **Palidez:✓.** Cianosis: **-.** Rubicundez: **-.** Otros: **Ressequedad, Lesión en labio inferior, ulceración por colocación de tubo endotraqueal.** Llenado Capilar: **2”.**

Observaciones:

Previo a su ingreso, **pasó por episodio de bronquitis, que ya fue tratada con antibioticoterapia, reposo y actualmente tiene tos productiva lo que le ha ocasionado dolor opresivo en el pecho y disnea.**

Fármacos Utilizados para mejorar la Oxigenación: **NB cada 12 hrs. con Convivent.**

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Subjetivo. (Información que proporciona el Paciente y/o Familiar.).

Dieta Habitual. Lo que el paciente estaba acostumbrada a comer en un recuento de 24 hrs. de un día normal.

Horario.	Tiempo.
6:00 hrs. 11:30 hrs.	Agua. Desayuno: Sándwich “Generalmente pollo y jamón. Quesadillas de Queso Canasto. Café con leche.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



17:00/ 18:00 hrs.	Comida: Consomé de Pollo o Pescado. Verduras. Arroz. Guisado variable. Tortillas. Agua de Frutas.
20:00pm	Cena: Café con leche. Galletas.

Presentaba. Número de Comidas: 3. Trastornos Digestivos: Estreñimiento. Opta por la Ingestión de Alimentos altos en Fibra, para la resolución ocasional de éste. Intolerancia Alimentaria/Alergias: Intolerancia a Lactosa. El paciente opta por Alimentos deslactosados. Problemas de Masticación o Deglución: -. Aumento de Peso: -. Pérdida de Peso: -. Realiza Ejercicio: Realizaba Caminata con su Hermana. Uso de Suplementos Alimenticios: -. Uso de Fármacos: -. Ingestión de Sustancias que reducen el Apetito: -. Otros: -.

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.) Actualmente.

Coloración de la Piel. Ictérica: -. Pálida: ✓. Grisácea: -. Estado de la Piel. Turgente: -. Hidratada: -. Seca: ✓. Estado de Mucosas. Integras: -. Hidratadas: -. Deshidratadas: ✓. Constitución. Ectomórfica: -. Endomórfica: ✓. Mesomórfica: -. Características de Cabellos y Uñas. Cabello: Corto, Castaño Oscuro. Resequedad del Cabello y Cuero Cabelludo. Presencia de lesión por Sistema de derivación Ventrículo Peritoneal. Válvula parieto-occipital izquierda el 13/12/12. Uñas: presencia de micosis.

Aspecto de Dientes y Encías. Adoncia: -. Encías inflamadas. Lesión en labio inferior, ulceración por colocación de tubo endotraqueal.

Dieta Especializada por Sonda Nasogástrica a 8cc/hr. 5:1



3. Necesidad de Eliminación.

Subjetivo. (Información que proporciona el Paciente y/o Familiar.) Anteriormente. Hábitos Intestinales. 1 o 2 veces al día. Características de las heces: Normal, Café, Sólido. Hábitos Urinarios: Ausencia de Micción. Características de la Orina: -. Uso de Laxantes o Substancias que favorecen la Orina. Dieta Alta en Fibra en Presencia de Estreñimiento. Presencia de Hemorroides: -. Dolor al Evacuar: -. Prurito: -. Sangrado: -. Dolor al Orinar. -. Otros: Estreñimiento ocasional.

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.) Actual.
Características del Abdomen: Presencia de Herida Quirúrgica Ventrículo Peritoneal flanco izquierdo o cuadrante superior izq. Ruidos Intestinales: Peristaltismo Lento, continuo, no acelerado. Estomas: -. Palpación de Vejiga Urinaria: Sin dolor a la palpación, ni presencia de globo vesical. Volumen Urinario: 750 cc durante el turno. Características de la Orina: ✓ Color: Amarillo claro. Olor: no fétido. Turbidez. -. Características de las heces: Evacuación semiblanda, escasa. Presencia de Edema: -. Catéteres de Drenaje: ✓ Ventrículostomía para drenaje de LCR., Sonda Foley permanente a derivación.

4. Necesidad de Termorregulación.

Subjetivo. (Información que proporciona el Paciente y/o Familiar.)
Adaptabilidad a los cambios de temperatura: ✓. Temperatura ambiental que le es agradable: Clima Templado.

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.)
Temperatura Corporal: 36.8 °C. Características de la Piel. Fría: -. Caliente: ✓. Húmeda: -. Transpiración: Presencia Abundante. Condiciones del entorno físico: Cálido en la estancia Hospitalaria.

Fármacos Utilizados: Paracetamol IV, C/8 hrs. PRN.



5. Necesidad de Movimiento: Moverse y Mantener buena Postura.

Subjetivo. (Información que proporciona el Paciente y/o Familiar.).

Anteriormente. Capacidad física cotidiana: ✓. Funcionamiento Neuro-Muscular-Esquelético: ✓. Ejercicio (Tipo y Frecuencia): Caminata Matutina con su hermana.
Uso de Prótesis y Ortesis: No presenta.

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.). Actualmente.

Estado de Conciencia: Somnolencia. Estado del Sistema Neuro-Muscular-Esquelético: Comprometido. Fuerza: 2/5 MTI, 1/5 MPI, 4/5 MTD, 2/5 MPI.. Tono: Hipotonía de MP. Motricidad: Disminuida, casi nula. Sensibilidad: ✓. Postura: Asistida, totalmente dependiente. Ayuda para la de ambulación: Reposo Absoluto. Presencia de temblores: No presenta. ¿Cómo influyen las emociones en la movilidad y postura? No valorable. Patrón de rehabilitación específico de acuerdo al caso.

Se le brinda movilización a la persona. Coordinación, Equilibrio, Marcha, Movimientos ausentes. Reflejos patológicos, Babinsky izquierdo. Signos Meníngeos, Rigidez de nuca. Indiferente al medio. Sin presencia de edema. Sin presencia de UPP, ligero enrojecimiento en piel por puntos de presión. Dolor a la movilización. Sin fascias de dolor en decúbito dorsal.

6. Necesidad de Descanso y Sueño.

Subjetivo. (Información que proporciona el Paciente y/o Familiar.).

Anteriormente. Horario de descanso: 7 hrs. Horario de sueño: 22- 5:30 hrs. Siesta: Vespertina. Alteración del Sueño: No presentaba. ¿A qué considera que se deba la alteración del sueño? “En este momento por estar en el Hospital y por la enfermedad que tiene”. ¿Se siente cansado al levantarse? “A veces”.



Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.).

Actitud. Ansioso: -. Angustiado: -. Irritable: -. Ojeras: ✓. Atención: -. Bostezo: ✓.
Concentración: -. Apatía: -. Cefalea: -. Respuesta a Estímulos: ✓.
Otros: Indiferente al medio, se duerme fácilmente por somnolencia, a su vez presenta apertura ocular espontánea al estímulo. A la valoración pupilar se observa, anisocoria, por midriasis izquierda con respuesta, derecha normal. Fascias de cansancio. Posición de mayor descanso en decúbito dorsal. Fármacos específicos: -

7. Necesidad de uso de Prendas de vestir Adecuadas:

Subjetivo. (Información que proporciona el Paciente y/o Familiar.).

Elige su vestuario en forma personal: ✓. Necesita ayuda para vestirse y desvestirse: "Ahorita sí". ¿Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos? ✓. ¿Utiliza pañal? "No utilizaba".

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.).

Acepta el Uso de la Bata Hospitalaria: ✓. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Comprometida, totalmente dependiente de ayuda. Otros: -

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

Frecuencia de baño y aseo de cavidades. Baño Diario. ¿Cuántas veces se lava los dientes al día? 2 veces. Aseo de manos (antes y después de comer; antes y después de eliminar): ✓. Frecuencia con que realiza el corte de Uñas: Periódicamente. ¿Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos? Ninguno.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.).

Aspecto general con respecto a su **Higiene: ✓ Baño y aseo de cavidades diariamente.** Olor Corporal: Normal. Presencia de Halitosis: ✓. Higiene y Características de las Uñas: Micosis en uñas de los pies. Estado del Pelo y Cuero Cabelludo: Cabello: Resequedad. Cuero Cabelludo: Resequedad. **Lesiones dérmicas: Micosis inguinal y Pliegues del abdomen. Ulceras por decúbito: No presenta, sin embargo presenta ligero enrojecimiento en puntos de presión, en específico región del sacro y talones.** Intervención Quirúrgica: **Lesión Cefálica por procedimiento de Ventriculostomía de Sistema de derivación Ventrículo Peritoneal, Válvula, Parieto Occipital izquierda. Presencia de Herida Quirúrgica Flanco izquierdo o Cuadrante superior izquierdo.** Micosis Uñas de los pies. Puntos de Presión por Lesiones Oseas: No presenta. Zona de Injerto: :- Lesión por quemadura: :- Otros: :-

9. Necesidad de Evitar Peligros.

¿Vive solo o con su familia? Familia. ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? “Sí”. En caso de ser afirmativo, mencione cuales. Hogar: ✓. Trabajo: ✓. Hospital: ✓. Vía Pública: ✓. Lugares de Recreación: ✓. ¿Realiza controles periódicos de Salud cada año? :- ¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria? (Auto concepto, Autoimagen, Autoestima, Roles): “Trataba de estar tranquila”. Mencione las causas que considere que le pueden provocar peligro. Dificultad para: Escuchar: ✓. Hablar: ✓. Ver: ✓. Desplazarse: ✓. Uso de aparatos ortopédicos: ✓. Otros: :-

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.).

Afecciones corporales detectadas y grados de afección: **Capacidad motora comprometida, totalmente dependiente.** Condiciones del ambiente de la unidad del paciente. Iluminación: ✓. Ventilación: ✓. Humedad de Piso: :- Higiene: ✓. Otros: :-



10. Necesidad de Comunicarse.

Estado Civil: Soltero. Años de Relación: -. Vive con: Familia. Causas de preocupación/estrés: Enfermedad. ¿Manifiesta estas preocupaciones? “sí”. ¿A quién? Familia. Rol en la estructura Familiar: Madre, Hermana. ¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado? ✓. ¿Cuánto tiempo pasa solo? “Muy poco, siempre estoy con mi hermana”. ¿Tiene contactos sociales en la actualidad? ✓. ¿Con qué frecuencia? A Diario y con la familia Cada semana.

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.).

Habla claro: -. Confuso: -. Dificultad en la visión: ✓. Comunicación verbal/No verbal: Comunicación no verbal, con respuesta ocular en algunas ocasiones. Con la familia: -. Otras personas significativas: No valorable.

No articula palabras, indiferente al medio, no puede comunicar sus necesidades, respuesta a estímulos externos y respuesta con movimientos oculares.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Creencias religiosas: Católica. ¿Sus creencias le generan conflictos personales?: “Al contrario”. ¿De qué tipo? : -. Principales valores personales: Honestidad, Respeto. ¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir?: ✓. ¿Qué creencias tiene acerca de la vida y de la muerte?: “Que debemos estar preparados tanto para saber vivir, como para el momento de nuestra partida”.

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.).

Hábitos específicos de vivir (Grupo: Social, religioso): -. ¿Permite la exploración física?: ✓. ¿Tiene algún objetivo indicativo de valores o creencias?: Sus creencias propias como incentivo. ¿Demanda la atención de algún guía espiritual?: -. Otros: -. Imágenes religiosas que le acompañan.



12. Necesidad de realizarse.

Subjetivo. (Información que proporciona el Paciente y/o Familiar.)

Fuente de Ingreso (Jubilado, pensionado, otro): Familia. ¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas?: . ¿Qué actividades le hacen sentirse útil y satisfecha?: “Disfrutar a la familia”. ¿Cómo influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar?: “Pues, influye, pero a la vez, ahorita lo que le hace fuerte es la familia”.

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.)

Estado emocional del paciente. Calmado: . Ansioso: . Enfadado: . Retraído: . **Temeroso: .** Irritable: . Inquieto: . Eufórico: . Otros: .

13. Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo. (Información que proporciona el Paciente y/o Familiar.)

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: “Caminar, ver televisión, películas con la familia.”. ¿Cómo influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación?: “El sentimiento de preocupación , que a veces pues, no la deja disfrutarlos”. ¿Participa en alguna actividad lúdica y recreativa?: “No sólo con mi familia”.

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.)

¿Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas?: . ¿Rechaza las actividades recreativas?: . ¿Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas?: Notables. Otros: **Dependerá completamente de sus familiares.**



14. Necesidad de Aprendizaje.

Subjetivo. (Información que proporciona el Paciente y/o Familiar.) Anteriormente. Grado académico: Analfabetismo. Problemas de aprendizaje: “Ninguno, le gusta aprender”. Limitación cognitiva: Ninguno. Tipo: -. Preferencias: Leer: - Escribir: - Escuchar: ✓. ¿Conoce /Utiliza las fuentes de apoyo de aprendizaje?: ✓. ¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud?: ✓. Otros: -

Objetivo. (Valoración que realiza en entrevistador.)

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje? ✓. Estado de los órganos de los sentidos: ✓ comprometidos. ¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje? Ansiedad: ✓. Dolor: -. Apatía: -. Estado de la memoria reciente: -. Remota: -. Otros: -

El aprendizaje influye directamente en sus familiares, para conocer el cuidado, manejo y atención de la persona.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



NECESIDAD.	INDICIOS.
Oxigenación.	<p>F.R.: 19x', a la movilización, llega a: 27 x' y tarda en recuperarse. Disnea con esfuerzo. Tos Productiva. Secreciones. Hialinas abundantes.</p> <p>T.A.: 140/100 mmHg. F.C.: 87x' Taquicardia a la movilización. Dolor asociado a la Inspiración, por movimiento diafragmático. Tabaquismo: Positivo.</p> <p>Uso de Oxígeno. Parámetros del Ventilador: Modo AC., FR 14, VT 6, FiO2 100%, PEEP 5, Flujo a demanda, Curva Constante y Desacelerada. Sat 98%, al movimiento presenta desaturación hasta 87% Presencia de Cánula Endotraqueal. Coloración de la piel, lechos ungueales y peribucal. Palidez y Resequedad, Lesión en labio inferior, ulceración por colocación de tubo endotraqueal.</p> <p>Llenado Capilar: 2".</p> <p>Fármacos Utilizados para mejorar la Oxigenación: NB cada 12 hrs. con Convivent.</p>



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



<p>Alimentación e Hidratación.</p>	<p>Piel Pálida. Estado de Mucosas, Deshidratadas. Constitución. Endomórfica Características de Cabellos y Uñas. Cabello: Resequedad del Cabello y Cuero Cabelludo. Uñas: presencia de micosis. Aspecto de Dientes y Encías. Encías inflamadas, Lesión en labio inferior, ulceración por colocación de tubo endotraqueal. Dieta Especializada por Sonda Nasogástrica a 8cc/hr. 5:1</p>
<p>Eliminación.</p>	<p>Abdomen: Presencia de Herida Quirúrgica Ventrículo Peritoneal flanco izquierdo o cuadrante superior izq. Ruidos Intestinales: Peristaltismo Lento, continuo, no acelerado. Evacuación semiblanda, escasa. Catéteres de Drenaje: Sistema de derivación, para drenaje de LCR., Sonda Foley permanente a derivación.</p>



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



<p>Movimiento y Mantener buena postura.</p>	<p>Estado de Conciencia: Somnolencia. Estado del Sistema Neuro–Muscular: Comprometido. Fuerza: 2/5 MTI, 1/5 MPI, 4/5 MTD, 2/5 MPI. Tono: Hipotonía de MP. Motricidad: Disminuida, casi nula. Sensibilidad: ✓. Postura: Asistida, totalmente dependiente. Se le brinda movilización a la persona. Coordinación, Equilibrio, Marcha, Movimientos ausentes. Reflejos patológicos, Babinsky izquierdo. Signos Meníngeos, Rigidez de nuca. Indiferente al medio. Ligero enrojecimiento en piel por puntos de presión. Dolor a la movilización. Sin fascias de dolor en decúbito dorsal.</p>
<p>Descanso y sueño.</p>	<p>Ojeras, Bostezo, Respuesta a Estímulos externos. Indiferente al medio, se duerme fácilmente por somnolencia, a su vez presenta apertura ocular espontánea al estímulo. A la valoración pupilar se observa, anisocoria, por midriasis izquierda con respuesta, derecha normal. Fascias de cansancio. Posición de mayor descanso en decúbito dorsal.</p>
<p>Vestido.</p>	<p>Comprometida, totalmente dependiente de ayuda.</p>



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Termorregulación.	<p>Temperatura Corporal: 36.8 °C. Transpiración Abundante. Condiciones del entorno físico: Cálido en la estancia Hospitalaria.</p> <p>Fármacos Utilizados: Paracetamol IV, C/8 hrs. PRN.</p>
Higiene.	<p>Baño y aseo de cavidades diariamente. Micosis en uñas de los pies. Resequedad. Pelo y Cuero Cabelludo.</p> <p>Lesiones dérmicas: Micosis inguinal y Pliegues del abdomen. Ulceras por decúbito: No presenta, sin embargo presenta ligero enrojecimiento en puntos de presión, en específico región del sacro y talones.</p> <p>Intervención Quirúrgica. Lesión Cefálica por procedimiento de Sistema de derivación Ventrículo Peritoneal, Válvula, Parieto Occipital izquierda.</p> <p>Instalación de Catéter subclavio derecho.</p> <p>Presencia de Herida Quirúrgica Flanco izquierdo o Cuadrante superior izquierdo.</p>
Evitar peligros.	<p>Capacidad motora comprometida, totalmente dependiente.</p>



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Comunicación.	<p>Comunicación no verbal, con respuesta ocular en algunas ocasiones.</p> <p>No articula palabras, indiferente al medio, no puede comunicar sus necesidades, respuesta a estímulos externos y respuesta con movimientos oculares.</p>
Creencias y valores.	<p>Sus creencias propias como incentivo.</p> <p>Imágenes religiosas que le acompañan.</p>
Realización.	<p>Temor, ya que asumía el rol de cabeza de familia.</p>
Recreación.	<p>Dependerá completamente de sus familiares.</p>
Aprendizaje.	<p>Afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje, estado de los órganos de los sentidos comprometidos.</p> <p>El aprendizaje influye directamente en sus familiares, para conocer el cuidado, manejo y atención de la persona.</p>

7.1.1 Jerarquización de problemas y grado de Dependencia.

Necesidad.	Fuerza.	Voluntad.	Conocimiento.
Oxigenación.			
Alimentación. e Hidratación.			
Eliminación.			
Movimiento y Mantener buena postura.			
Evitar Peligros.			
Higiene y Protección de la Piel.			
Descanso y Sueño			
Comunicación.			
Aprendizaje.			
Vestido.			
Realización.			
Recreación.			

7.2 Diagnósticos de enfermería.

Necesidad.	Diagnóstico de Enfermería.		Factores Relacionados		Características Definitorias.
Oxigenación.	R. Limpieza ineficaz de las vías aéreas.	r/c	Vía aérea artificial	m/p	Mucosidad excesiva disnea, producción de esputo y sonidos respiratorios adventicios
	R. Deterioro del intercambio gaseoso	r/c	Cambios de la membrana alveolo capilar	m/p	Aumentos repetidos de la PIC, TA 140/100 mmHg, después de estímulos externos.agitación, disnea y diaforesis
	R. Patrón respiratorio ineficaz.	r/c	Disfunción neuromuscular	m/p	Disnea de esfuerzo, a la movilización, presencia de desaturación hasta 87%y uso de los músculos accesorios para respirar.
Alimentación e Hidratación.	R. Deterioro de la deglución.	r/c	Afección de los músculos de la deglución.	m/p	Incapacidad para ingerir alimentos.
	P. Riesgo de déficit del volumen de líquidos.	r/c	Líquidos restringidos por Vía oral, por el episodio de la enfermedad y por colocación de sonda nasogástrica.		
	P. Riesgo de desequilibrio nutricional.	r/c	Cambio en la alimentación y Disminución del aporte de nutrientes.		
Eliminación.	R. Incontinencia fecal	r/c	Lesión de nervios motores inferiores	m/p	Falta de respuesta a la urgencia de defecar e incapacidad para reconocer la urgencia de defecar.
	R. Deterioro de la eliminación urinaria	r/c	Afección sensitivo motor	m/p	Incontinencia
Movimiento y Buena postura.	Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea	r/c	Disminución de la movilidad física. Inmovilidad.		



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



7.3 Planeación de los cuidados.7.4 Ejecución.7.5 Evaluación.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

<p>Dominio: 11 Seguridad/Protección Clase: 2 Lesión Física.</p> <p>Diagnóstico de Enfermería ETIQUETA (Problema): Limpieza ineficaz de las vías aéreas</p> <p>DEFINICIÓN: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tacto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS (Causas): Vía aérea artificial</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) Mucosidad excesiva disnea, producción de esputo y sonidos respiratorios adventicios.</p>	RESULTADO (NOC).	INDICADOR.	ESCALA DE MEDICIÓN.	PUNTUACIÓN DIANA.
	Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas.	Frecuencia, ritmo, profundidad respiratoria. Disnea en reposo. Tos.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Mantener a: 3 Aumentar a: 4

Objetivo: Mantener libre las vías respiratorias.

Fundamentación: La valoración de secreciones traqueo bronquiales, características, color, cantidad, consistencia, nos permite identificar la permeabilidad de las vías aéreas.

INTERVENCIONES (NIC).

- Permeabilidad de la vía aérea.

ACTIVIDADES.

- Aspirar tráquea y orofaringe.
- Registrando cantidad y características de las secreciones.
- Observar el estado de oxigenación del paciente con pulsioxímetro.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.

EVALUACIÓN.

La persona logró mantener la vía aérea con una mínima cantidad de secreciones.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Dominio: 3 Eliminación e Intercambio
Clase: 4 Función Respiratoria.

Diagnóstico de Enfermería

ETIQUETA (Problema):

Deterioro del intercambio gaseoso

DEFINICIÓN: Exceso o defecto en la oxigenación o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar

FACTORES RELACIONADOS (Causas):

Cambios de la membrana alveolo capilar

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas)

Aumentos repetidos de la PIC, TA 140/100 mmHg, después de estímulos externos. agitación, disnea y diaforesis.

RESULTADO (NOC).	INDICADOR.	ESCALA DE MEDICIÓN.	PUNTUACIÓN DIANA.
Presentará saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales >95%	Saturación de Oxígeno. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria anormales.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido.	Mantener a: 3
Disminuirá la agitación.	Gasometría arterial anormal.	4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Aumentar a: 4

Objetivo: Mantener la saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales.

Fundamentación: La evaluación precoz y repetida y constante de los signos vitales son fundamentales para valorar la gravedad del enfermo. La oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial; para ello la cantidad de oxígeno en el gas inspirado, debe de ser tal que su presión parcial en el alveolo alcance niveles suficientes para saturar completamente a la hemoglobina.

INTERVENCIONES (NIC).

- Administrar oxígeno suplementario, de acuerdo a indicaciones.

ACTIVIDADES.

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema de humidificación.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial).
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.

EVALUACIÓN.

La persona evolucionó desde el uso de ventilador mecánico a la asistencia con oxígeno suplementario con pieza en T.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Dominio: 4 Actividad/ Reposo
Clase: 4 Respuestas Cardiovasculares/ Respiratorias.

Diagnóstico de Enfermería

ETIQUETA (Problema):

Patrón respiratorio ineficaz

DEFINICIÓN: La espiración o inspiración no proporciona una ventilación adecuada

FACTORES RELACIONADOS

(Causas):

Disfunción Neuromuscular

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

(Signos y Síntomas)

Disnea de esfuerzo, a la movilización, presencia de desaturación hasta 87% y uso de los músculos accesorios para respirar.

RESULTADO (NOC).	INDICADOR.	ESCALA DE MEDICIÓN.	PUNTUACIÓN DIANA.
Estado de los signos vitales	Disminución de la presión inspiratoria.	1. Gravemente comprometido.	Mantener a: 3 Aumentar a: 4
Permeabilidad de las vías respiratorias.	Taquipnea. Disnea	2. Sustancialmente comprometido.	
Ventilación adecuada.		3. Moderadamente comprometido.	
		4. Levemente comprometido.	
		5. No comprometido.	

Objetivo: Mantener una frecuencia respiratoria dentro de los parámetros normales.

Fundamentación: El nivel de oxígeno en la sangre puede permanecer peligrosamente bajo, incluso cuando recibe oxígeno de forma artificial.

INTERVENCIONES (NIC).

- ◆ Implementar la monitorización respiratoria.

ACTIVIDADES.

- ◆ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- ◆ Auscultar los sonidos respiratorios anotando las áreas de disminución / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.
- ◆ Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitaciones o roncus en vías aéreas principales.

EVALUACIÓN.

Se logró mantener una frecuencia respiratoria dentro de los parámetros.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.**

<p>Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión</p> <p>Diagnóstico de Enfermería ETIQUETA (Problema): Deterioro de la deglución</p> <p>DEFINICIÓN: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral faríngea o esofágica.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS (Causas): Afección de los músculos de la deglución</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p>	RESULTADO (NOC).	INDICADOR.	ESCALA DE MEDICIÓN.	PUNTUACIÓN DIANA.
	<p>Estado de la deglución.</p> <p>Prevención de la aspiración.</p>	<p>.Atragantamiento.</p> <p>Tos.</p> <p>Náuseas.</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido.</p>	<p>Mantener a: 3</p> <p>Aumentar a: 4</p>

Objetivo: Lograr la ingesta de alimentos y prevenir la bronco aspiración.

Fundamentación: Medida en que se produce la ingestión y tránsito de líquidos o sólidos desde la boca hasta el estómago.

INTERVENCIONES (NIC).

- ☞ Facilitar la deglución a través de la instalación de sonda nasogástrica y evitar las complicaciones de una deglución defectuosa.

ACTIVIDADES.

- ☞ Posición fowler.
- ☞ Mantener dispositivo traqueal inflado.
- ☞ Mantener equipo de aspiración disponible.
- ☞ Alimentación en pequeñas cantidades.
- ☞ Comprobar colocación de sonda nasogástrica, antes de la alimentación.
- ☞ Comprobar los residuos de sonda nasogástrica, antes de la alimentación.
- ☞ Evitar la alimentación si los residuos son abundantes.

EVALUACIÓN.

La persona logró adaptarse al método de alimentación sin complicación.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Dominio: 2, Nutrición. Clase: 5, Hidratación. Diagnóstico de Enfermería ETIQUETA (Problema): P. Riesgo de déficit del volumen de líquidos. DEFINICIÓN: Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular. FACTORES RELACIONADOS (Causas): Líquidos restringidos por Vía oral, por el episodio de la enfermedad y por colocación de sonda nasogástrica.	RESULTADO (NOC).	INDICADOR.	ESCALA DE MEDICIÓN.	PUNTUACIÓN DIANA.
	Hidratación de mucosas orales y tegumentos.	Mucosas orales deshidratadas, secas. Palidez. Diaforesis.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Mantener a: 3 Aumentar a: 4

Objetivo: Ayudar a la persona, para evitar un desequilibrio hidroelectrolítico.

Fundamentación: Mantener la cantidad de agua de los componentes intracelulares y extracelulares del organismo, para un soporte vital hidroelectrolítico.

INTERVENCIONES (NIC).

- ♣ Vigilancia estrecha el estado de la piel, cavidad oral y aspecto de las mucosas para identificar oportunamente signos y síntomas de deshidratación.

ACTIVIDADES.

- ♣ Debido a la restricción de líquidos por vía oral por colocación de sonda nasogástrica, a la persona se le puede brindar hidratación de la piel con cremas o soluciones hidratantes.
- ♣ Para la cavidad oral. Se brinda hidratación por medio de aseo bucal, hidratación de boca con gasa para evitar resequedad.
- ♣ Evitar la resequedad ocular con lubricantes específicos PRN.

EVALUACIÓN.

La persona responde favorablemente a las intervenciones y permanece en vigilancia constante.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



	RESULTADO (NOC).	INDICADOR.	ESCALA DE MEDICIÓN.	PUNTUACIÓN DIANA.
<p>Dominio: 2, Nutrición. Clase: 1, Ingestión.</p> <p>Diagnóstico de Enfermería ETIQUETA (Problema): P. Riesgo de desequilibrio nutricional.</p> <p>DEFINICIÓN: Riesgo de soporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS (Causas): Cambio en la alimentación y disminución del aporte de nutrientes.</p>	Aporte de nutrientes suficiente para el organismo.	Pérdida de peso. Disminución de las deposiciones. Hemoglobina por debajo del nivel óptimo. Mucosas orales deshidratadas, secas. Palidez.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Mantener a: 3 Aumentar a: 4

Objetivo: Vigilar que el cambio de la alimentación sea suficiente para la nutrición de la persona y que no pierda peso.

Fundamentación: Mantener un soporte nutricional permite que las funciones del organismo permanezcan en un óptimo funcionamiento.

INTERVENCIONES (NIC).

- ∞ Vigilancia estrecha el estado nutricional de la persona para identificar oportunamente signos y síntomas de desnutrición.

ACTIVIDADES.

- ∞ Debido al cambio del método alimenticio, mantener la vigilancia para respetar los horarios y los tiempos de cada ciclo de la dieta especializada por sonda nasogástrica.
- ∞ Comprobar el residuo gástrico para verificar la tolerancia, y la absorción del alimento.

EVALUACIÓN.

El paciente responde favorablemente a las intervenciones y permanece en vigilancia constante.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.**

<p>Dominio: 3 Eliminación. Clase: Función Gastrointestinal.</p> <p>Diagnóstico de Enfermería ETIQUETA (Problema): Incontinencia fecal</p> <p>DEFINICIÓN: Cambio del hábito de eliminación caracterizado por la eliminación involuntaria.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS (Causas): Lesión de nervios motores inferiores</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) Falta de respuesta a la urgencia de defecar e incapacidad para reconocer la urgencia de defecar.</p>	RESULTADO (NOC).	INDICADOR.	ESCALA DE MEDICIÓN.	PUNTUACIÓN DIANA.
	<p>Continencia intestinal.</p> <p>Integridad de la piel y membranas</p>	<p>Prevalencia de la incontinencia fecal.</p> <p>Lesiones en la región perianal.</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido.</p>	<p>Mantener a: 3</p> <p>Aumentar a: 4</p>

Objetivo: Continencia intestinal y mantener una integridad tisular de la zona perianal.

Fundamentación: Debido a las lesiones rectales que presenta la persona, sufre un cambio en el hábito de eliminación normal, caracterizado por la emisión involuntaria de heces, sería un factor para posibles infecciones.

INTERVENCIONES (NIC).

- ❖ Estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal.

ACTIVIDADES.

- ❖ Programa de manejo intestinal con el paciente.
- ❖ Examinar los resultados esperados con el paciente.
- ❖ Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
- ❖ Mantener limpia la ropa de la cama
- ❖ Colocar pañales de incontinencia.

EVALUACIÓN.

La persona se le mantuvo libre de lesiones en piel.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



	RESULTADO (NOC).	INDICADOR.	ESCALA DE MEDICIÓN.	PUNTUACIÓN DIANA.
<p>Dominio: 3 Eliminación. Clase: 1 Función Urinaria.</p> <p>Diagnóstico de Enfermería ETIQUETA (Problema): Deterioro de la eliminación urinaria</p> <p>DEFINICIÓN: Trastorno de la eliminación urinaria</p> <p>FACTORES RELACIONADOS (Causas): Afección sensitivo motor</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) Incontinencia</p>	<p>Continencia Urinaria.</p> <p>Integridad de la piel en la zona genital.</p>	<p>Cambios en el patrón de la micción.</p> <p>Frecuencia y cantidad de la micción.</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido.</p>	<p>Mantener a: 3</p> <p>Aumentar a: 4</p>

Objetivo: Mejorar la eliminación urinaria.

Fundamentación: Identificar la variaciones y problemas en la funcionalidad urinaria normal, permite que se presenten infecciones.

INTERVENCIONES (NIC).

- Ayudar a fomentar la continencia urinaria y mantener la integridad de la piel perineal.

ACTIVIDADES.

- Registrar las características de la eliminación urinaria.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga.
- Mantener el sistema de drenaje urinario en óptimas condiciones.

EVALUACIÓN.

No se presentaron incidentes en cuanto a micción.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
NECESIDAD DE MOVILIDAD Y BUENA POSTURA.**

Dominio: 11 Seguridad / Protección Clase: 2 Lesión Física.	RESULTADO (NOC).	INDICADOR.	ESCALA DE MEDICIÓN.	PUNTUACIÓN DIANA.
<p>Diagnóstico de Enfermería ETIQUETA (Problema): Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS (Causas): Disminución de la movilidad física. Inmovilidad.</p>	<p>Integridad tisular de la piel, piel y membranas</p>	<p>.Alteración de la superficie de la piel (epidermis)</p> <p>Dstrucción de las capas de la piel (dermis)</p>	<p>1. Gravemente comprometido.</p> <p>2. Sustancialmente comprometido.</p> <p>3. Moderadamente comprometido.</p> <p>4. Levemente comprometido.</p> <p>5. No comprometido.</p>	<p>Mantener a: 3</p> <p>Aumentar a: 4</p>

Objetivo: Mantener la integridad de la piel.

Fundamentación: Estar limpio, aseado y proteger tegumentos es una necesidad que tiene la persona para mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier agente patógeno.

INTERVENCIONES (NIC).

- Cuidados específicos para prevenir deterioro de la integridad de la piel.

ACTIVIDADES.

- Cambios de posición cada 2 horas como mínimo.
- Vigilar el estado de la piel.
- Alineación corporal adecuada.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y libre de arrugas.
- Mantener barandales en alto.
- Ayudar con las medidas de higiene.
- Protección de prominencias óseas.

EVALUACIÓN.

Se mantuvo a la persona con la piel integra.

7.6 Plan de Alta.

PLAN DE ALTA. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Apoyo Ventilatorio y Aspiración de Secreciones.



- ✓ Seguir, cada una de las instrucciones tal cual se le enseñaron en el hospital para evitar infecciones por mal manejo.
- ✓ Enseñar a toser de manera efectiva.
- ✓ Vigilar al paciente en todo momento para identificar algún signo de dificultad respiratoria por obstrucción de la vía aérea.
- ✓ Coloración de los labios, piel, y actitud del paciente.
- ✓ Profundidad del aporte de oxígeno y llenado capilar.



PLAN DE ALTA. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.



Manejo de Sonda Nasogástrica.

- ✓ Antes de cada alimentación, comprobar si hay residuos en el estómago de la misma.
- ✓ Evitar la alimentación si los residuos en ese momento son abundantes.
- ✓ Proporcionar los alimentos en forma líquida cuidando la consistencia para evitar que se tape la sonda.
- ✓ Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.
- ✓ Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión.
- ✓ Enseñar a la familia las medidas de emergencia para atragantamientos.

PLAN DE ALTA. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

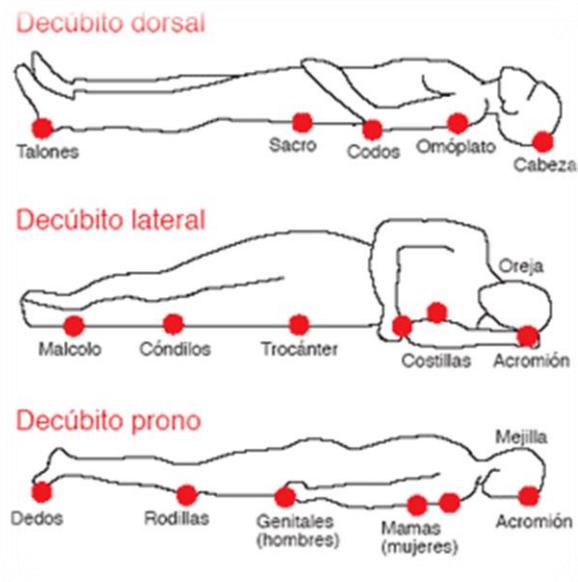
Sonda Foley.

- ✓ Pinzar la sonda cuando se traslade a la persona y cuando se cambie de posición.
- ✓ Verificar que continúe drenando una vez despinzado.
- ✓ Nunca levantar la bolsa recolectora de orina, por encima de la cintura del paciente.
- ✓ Limpiar la zona de los genitales cada que se requiera, después de cada defecación.
- ✓ Valorar la coloración de la orina.



- ✓ Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con la familia.
- ✓ Enseñar a la familia, los principios de la educación intestinal.

**PLAN DE ALTA.
NECESIDAD DE MOVILIDAD Y BUENA POSTURA.**



- ✓ Mencionar el que se deben realizar lentamente los cambios posturales para evitar que aumente la presión sanguínea e intracraneal.
- ✓ En los cambios posturales se deben de proteger con almohadillas las zonas de presión (rodillas, tobillos, codos, nuca, orejas, cadera) para evitar Ulceras por Presión.
- ✓ Explicar la necesidad de los periodos de reposo planeados.
- ✓ Enseñar a la familia a identificar ejercicios posturales adecuados.
- ✓ Instruir a la familia acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio.
- ✓ Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. OTRAS RECOMENDACIONES.

- ♣ Proporcionar a la familia instrucciones sobre el alta día y hora de la siguiente cita.
- ♣ Explicar la importancia de los cuidados ambulatorios continuos.
- ♣ Proporcionar información sobre el proceso clínico primario, causas y tratamiento según indicación.
- ♣ Hacer la resolución de dudas, corregir cualquier error conceptual.
- ♣ Comentar los síntomas de progresión del trastorno, que deben comunicarse al médico.
- ♣ Comentar los fármacos, nombre, dosis, frecuencia de administración, objetivo, efectos secundarios y efectos tóxicos. Explicar la necesidad de no tomar fármacos de venta libre sin consultar con el médico.
- ♣ Si el paciente está tomando varios fármacos, sugerir la compra de un recipiente portátil de medicaciones multidosis.
- ♣ Mantener la Higiene del paciente, y el área donde este se encuentre (ropa, cama, habitación).
- ♣ Cubrir las necesidades básicas fundamentales, anteriormente trabajadas.



VIII. CONCLUSIONES.

Los cuidados que brinda el profesional de enfermería, mediante un proceso, metodológico, sistemático y dinámico, sustentando en un modelo teórico, la toma de decisiones, el actuar con eficiencia y eficacia en la práctica diaria, permite nuevos campos de habilidades y conocimientos, sobre todo si el sujeto dependiente requiere de un cuidado especializado y una constante evaluación y reevaluación después de aplicar las intervenciones necesarias, y así asegurar un mantenimiento óptimo de la calidad de vida e incluso el mejoramiento de las capacidades individuales de cada sujeto, para lograr su autocuidado.

En la actualidad, la práctica del cuidado de la vida humana está siendo cuestionada. Sin embargo, existe una prevalencia y herencia de pensamiento cuya tradición es bastante fuerte en la sociedad y en las comunidades de enfermería más conservadoras.

El hombre moderno, se enfrenta a la hostilidad, que convive en nuestra sociedad. En un mundo en crisis, el cuidar necesita ser fortalecido, impidiendo que comportamientos de no cuidado prevalezcan y con ello el sentido particular de la vida.

En esta crisis, la práctica del cuidado, tiene una integración, como comprensión de explicar la realidad que ocupa, mediante la auto motivación, la actitud y los valores conjuntamente en el mundo que vive.

La vida humana, dentro de un pensamiento complejo, debe ser considerada como un proceso de cambio continuo, permanente en un orden funcional. El cuidado de la vida humana, requiere de la integración de conocimiento y madurez hacia la realidad.

Es imposible concebir lo humano por medio del pensamiento que lo plantea de manera separada de su entorno, de la materia física y del espíritu, ya que de esos elementos estamos constituidos.



IX. SUGERENCIAS.

La sociedad del conocimiento en el pasado y presente, ha vivido bajo el reino de la racionalidad. La enfermería como ciencia humanística no se ha escapado, sin embargo se está observando gran preocupación en la manera de hacer la enfermería como una profesión que tenga un replanteamiento de los fundamentos que sustentan su práctica del cuidado humano a través de otro tipo de pensamiento, con la posibilidad de tener una visión integral de diversos aspectos que sostienen la vida humana en un contexto histórico, sociocultural, ambiental y étnico.

Para transformar el contexto actual en relación al cuidado de la vida humana, es necesaria una teoría y una práctica. Podemos ofrecer cuidado según el lente con que veamos al mundo, cuando el profesional de enfermería se considera dueño del saber, escucha, observa, es autoridad e impone su criterio de cuidado a la persona que lo necesita; además toma en cuenta el potencial de la sensibilidad que adquiere la persona sana o enferma para cumplir con ella la experiencia del cuidado mediante una interacción de forma simultánea.

La adquisición de un nuevo razonamiento ha hecho de mí un profesional de la salud con una nueva visión de formación, de madurez del crecimiento de la enfermería y que, en cada uno de nosotros está la responsabilidad y el compromiso de dejar un legado de nuevos conocimientos a las próximas generaciones.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Ackley, B.J.; Ladwing, G.B., Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la aplicación de los cuidados. 7ª Ed., Edit. Elsevier Mosby. España, 2007.

Alfaro-LeFevre, R., Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª Ed., Edit. Masson. España. 2005.

Alfaro-LeFevre, R., Pensamiento Crítico y Juicio de Enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4ª Ed. Edit. Elsevier – Masson. España 2009.

Adams, R. Principios de Neurología. 3ª Ed., Edit. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A de C.V. México 2004.

Brain, L. Neurología Clínica. 6ª Ed. Edit. Editorial médica, Panamericana. Argentina. 1996.

Carpenito, Moyet, L.J. Diagnósticos de enfermería Aplicados a la Práctica Clínica. 3ª Ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. España 2002.

Carpenito, Moyet, L.J. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración 4ª Ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Bogotá. 2004.

Caso, Agustín. Neurología Clínica. 2ª Ed. Edit. Interamericana. México. 1995.

Chusid, J. Neuroanatomía Correlativa y Neurología Funcional. 5ª Ed., Edit. Salvar Editores. España. 2001.

Cutcliffe, J.; McKenna, H.; Hyrkäs K. Modelos de Enfermería. 3ª Ed. Edit. El manual Moderno. México 2005.

Fernández, Ferrin, C.; Garrido Abejar, M. Enfermería Fundamental. 1ª Ed. Edit. Masson. España 1997.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Fowler, T.J. Neurología. 1ª Ed. Edit. Editorial Científica, S.A de C.V., México 1995.

Gordon, M. Diagnósticos Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª Ed. Edit. Mosby – Doyma. España 2006.

Guerrero, F., Linde Valverde, C.M. Manejo general en Cuidados Intensivos del paciente con Hemorragia subaracnoidea espontánea. Servicio de Cuidados Críticos y urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Art. Págs. 24- 56. Granada España. 2009.

Iyer, P.W.; Taptich, B.J.; Bernocchi-Losey, D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ª Ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana Editores. México. 1997.

Johnson, M.; Bulechak, G.; Butcher, H.; McCloskey Dochterman, J.; Maas, M.; Moorhead, S. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. 2ª Ed. Edit. Elsevier – Mosby. España 2007.

Kozier, B.; Berman, A.; Shirlee J.S.; Glenora E. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Tomo 1 y Tomo 2. 8ª Ed. Edit. Pearson. España 2009.

Luis R. Los Diagnósticos Enfermeros: Revisión Crítica y Guía Práctica. 3ª Ed., Edit. Masson. España 2005.

Marriner. T. Modelos y Teorías de Enfermería. 2ª Ed. Edit. Mosby, División de Times Mirror. España 2001.

McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.

Merrit, S. Tratado de Neurología. 2ª Ed., Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Argentina 2000.

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Morán, V.; Mendoza, L. Proceso de Enfermería. Modelo sobre Interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE y CRE. 1ª Ed. Edit. Trillas. México. 2006.

Mumenthaler, Marco. Neurología. 2ª Ed. Edit. Salvat., Barcelona, España. 1996.

Nader, J., Jairala, L., Aguirre, R., Zenteno, M.A., Bogousslavsky, J., Manejo de la Hemorragia Subaracnoidea. Revista Ecuatoriana de neurología. V3, N2, P 55-57. 1997.

NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Edit. Elsevier. España. 2009.

Olivares, L. Neurología práctica. Neurología, Estudio y Enseñanza. 1ª Ed. Edit. Librería de Medicina Méndez Oteo. México. D.F. 1999.

Phaneuf, M. La planificación de los Cuidados Enfermeros. 1ª Ed., Edit. Mc Graw Hill. México. 2009.

Potter, P. A.; Perry, A.G. Fundamentos de Enfermería. 5ª Ed., Edit. Harcourt – Océano. España. 2002.

Pryse, C. Neurología Clínica. 4ª Ed. Edit. El manual Moderno. México 1999.

Roda, J.M., Conesa, G., Lobato, R., García, A., Gómez, A., González, J.M., Lagares, A. Hemorragia Subaracnoidea aneurismática. Introducción de los aspectos más importantes de la enfermedad. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario. Art. Págs. 11-46. Madrid. España. Octubre 2011.

Rodríguez, S. Proceso Enfermero Aplicación Actual. 2ª Ed., Edit. Ediciones Cuellar. México 2002.

Rohkamm R. Neurología Texto y Atlas. 3ª Ed. Edit. Editorial Médica Panamericana. España. 2012.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Ropper, Allan H. Principios de neurología. 1er Curso en línea. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. México D.F. 2007.

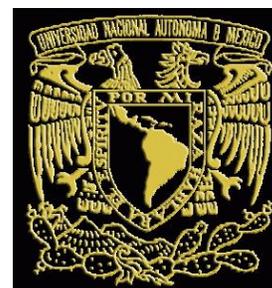
Salcman, M. Urgencias Neurológicas. 1ª Ed., Edit. El manual Moderno. México, 1992.

Tucker, Normas de Cuidados del paciente. Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta. Volumen 2. 1ª Ed. Edit. Harcourt/Océano. Barcelona España 2008.

Whalton, John. Neurología Básica. Sistema Nervioso Enfermedades. 1ª Ed. Edit. Salvat. Barcelona, España. 1998.



XI. ANEXOS.





11.1 Revisión de la Patología.

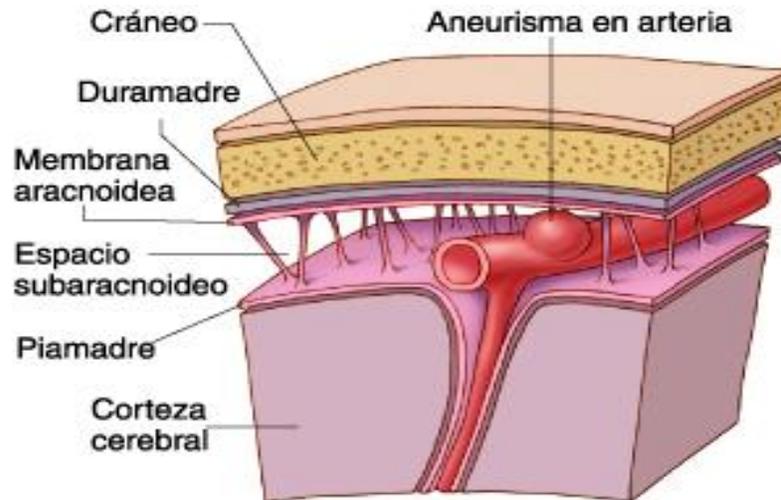
Disrupciones cerebro vasculares.

El cerebro es el órgano más propenso a sangrar sobre su propia superficie. Una de las formas más frecuentes ocurre en el espacio subaracnoideo.

Existen diferencias estructurales en los vasos sanguíneos cerebrales que los hacen diferentes a los del resto del organismo y de hecho, tienen mayor probabilidad de sangrar en los diferentes compartimentos intracraneales:

1. Los vasos de la circulación sistémica, penetran en los diferentes órganos a través de un hilio y los intracraneales lo hacen formando una red en el exterior del órgano, en el interior de los surcos y fisuras de la anatomía cerebral. Sólo pequeños vasos penetran en el interior del parénquima.
2. Las paredes arteriales de los vasos intracraneales cuentan con pocos elementos musculares y con menos tejido elástico de sostén, incluido la ausencia de membrana elástica externa; por otra parte, el revestimiento de la adventicia es más débil.
3. Las grandes arterias se confinan a las cisternas basales del encéfalo, donde el tejido conectivo de sostén es escaso. Las mencionadas cisternas no son más que espacios ocupados por líquido cefalorraquídeo, localizados entre la membrana aracnoidea externa y la superficie del encéfalo. Constituyen el compartimento por el cual transcurren los vasos y nervios que tienen relación inmediata con el cerebro y el cerebelo.
4. El drenaje sanguíneo se realiza a través de venas que, a su vez, vierten su contenido en repliegues duros denominados senos venosos.¹⁸

¹⁸ Adams, R. Principios de Neurología. 3ª Ed., Edit. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A de C.V. México 2004. Pág. 310



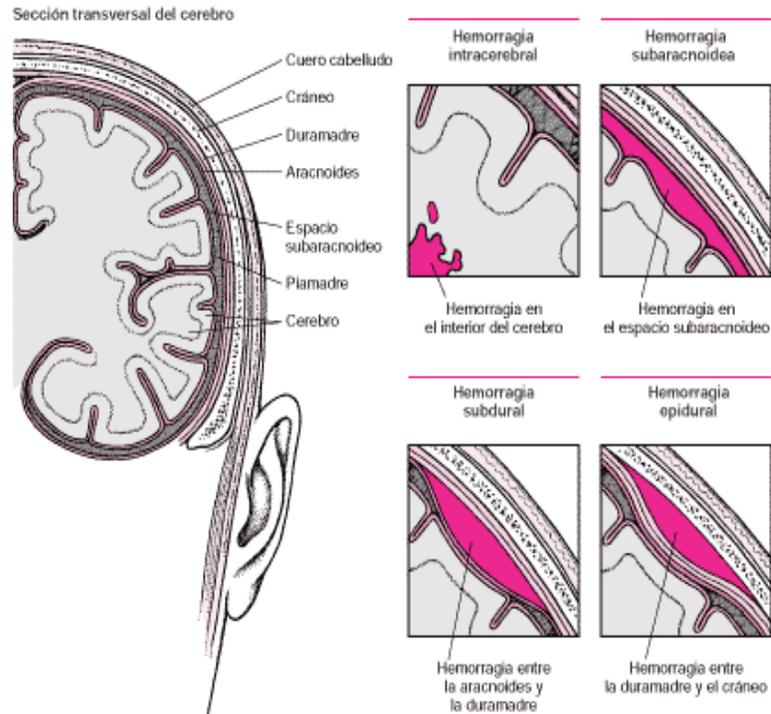
Las alteraciones de la circulación cerebro vascular, pueden clasificarse como: Isquémicas o Hemorrágicas.

Disrupción isquémica: Disrupción del flujo sanguíneo cerebral producida por trombosis embolia o hemorragia.

Hemorragia subaracnoidea (HSA): Hemorragia en el espacio subaracnoideo producida por la rotura de un aneurisma cerebral, hemorragia hipertensiva o rotura de una malformación arteriovenosa (MAV).

Hemorragia intra cerebral: Hemorragia en el tejido cerebral producida por ruptura hipertensiva o de un vaso cerebral¹⁹.

¹⁹Chusid, J. Neuroanatomía Correlativa y Neurología Funcional. 5ª Ed., Edit. Salvar Editores. España. 2001. Pág. 216



La Hemorragia Subaracnoidea constituye un síndrome más que una entidad patológica aislada, que tiene lugar como consecuencia de la ruptura de uno o más vasos sanguíneos. Cuando esto ocurre, la sangre irrumpe en el espacio subaracnoideo con una elevada presión y generalmente se manifiesta clínicamente como una cefalea de gran intensidad, explosiva y aguda, que puede acompañarse o no de una disminución del nivel de conciencia, el cual puede ir desde la simple somnolencia hasta el coma profundo.

En un 50-70% de los casos el paciente refiere antecedentes de cefalea de perfil vascular, semanas o días antes de ocurrir el ictus, es la denominada cefalea centinela, pero plantea que es diferente a la que habitualmente padece, pues damos por sentado que la mayor parte de estos pacientes tienen el antecedente de cefalea crónica.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Dicho síntoma no es el único ni el más importante en este cuadro, pues la existencia de defectos motores transitorios, dificultades en el lenguaje o trastornos sensitivos pueden ser prominentes; son los denominados síntomas centinelas, que algunos autores han justificado como el resultado de la salida al espacio extravascular de pequeñas cantidades de sangre a baja presión.

La magnitud de las manifestaciones clínicas secundarias depende de varios factores:

- Magnitud del sangrado.
- Presión arterial media, en el momento del sangrado.
- Región encefálica afectada de forma directa.
- Estado pre mórbido del paciente.
- Cursos probables de la sangre una vez que ha penetrado en el espacio subaracnoideo, como en el interior de los ventrículos, el espacio subdural o el parénquima.
- Fuente del sangrado. Se conoce sobradamente que la procedencia de la sangre puede ser diferente y, como consecuencia, el volumen y presión de la sangre cuando impacta contra el tejido nervioso es variable; p. ej., la evolución de un paciente con Hemorragia Subaracnoidea, resultante de la ruptura de un aneurisma intracraneal²⁰.

²⁰Roda, J.M., Conesa, G., Lobato, R., García, A., Gómez, A., González, J.M., Lagares, A. Hemorragia Subaracnoidea aneurismática. Introducción de los aspectos más importantes de la enfermedad. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario. Art. Págs. 11-46. Madrid. España. Octubre 2011. Pág. 35.



Signos y Síntomas en la Hemorragia Subaracnoidea.

Generalmente son de aparición Súbita.

- ◆ Aumento de la PIC.
- ◆ Alteración del Nivel de Conciencia.
- ◆ Confusión mental.
- ◆ Estupor (común).
- ◆ Cefaleas (pueden ser graves).
- ◆ Positividad de los signos de Kerning y Brudzinski. (Que indican irritación meníngea).
- ◆ Disnea cuando la irritación meníngea es considerable.
- ◆ Elevación de la temperatura.(La mayoría de las veces se asocia con traumatismo craneal hemorragia intra cerebral).
- ◆ Hipertensión grave.
- ◆ Malformación arteriovenosa.
- ◆ Actividad convulsiva.
- ◆ Déficits motores.
 - Rigidez de nuca. Hemiparesia. Hemiplejia.
- ◆ Déficits sensitivos.
- ◆ Afasia.
- ◆ Vértigo.
- ◆ Mareo.
- ◆ Desmayos.
- ◆ Náuseas.
- ◆ Vómitos.
- ◆ Sudoración.
- ◆ Escalofríos.
- ◆ Alteraciones oculares.
- ◆ Visión borrosa.
- ◆ Fotofobia.
- ◆ Irritabilidad.
- ◆ Inquietud.
- ◆ Complicaciones posibles vaso espasmo cerebral.
 - Deterioro neurológico focal. Isquemia cerebral. Infarto cerebral. Hidrocefalia. Hemorragias recidivantes²¹.

²¹Tucker, Normas de Cuidados del paciente. Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta. Volumen 2. 1ª Ed. Edit. Harcourt/Océano. Barcelona España 2008. Pág. 649.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Tanta diversidad de síntomas y signos hace necesaria la evaluación de estos pacientes con el objetivo de estandarizar el tratamiento en sus vertientes clínicas e incluso quirúrgicas.

Se han realizado varias escalas de evaluación de la Hemorragia Subaracnoidea basándose en la cefalea, nivel de conciencia y síntomas asociados; sobre todo ello se establece el pronóstico y la terapia específica.

En 1956, Hunt y Hess, introdujeron la escala de valoración, que fue ampliamente diseminada y aceptada. Tabla 2.²²

A consecuencia de la implicación quirúrgica en un gran número de estos pacientes, la Federación Mundial de Neurocirugía (WFNS) creó una clasificación que vincula a las anteriores la escala de Glasgow para coma. Tabla 3²³.

Este propio sistema lo modificaron más tarde Sano y Tamura, para incluir defectos motores de pares craneales que no siempre traducen gravedad. Tabla 4²⁴.

Grado I	Asintomático o mínima cefalea, ligera rigidez nuca.
Grado II	Cefalea moderada o aguda, sin defecto neurológico focal, excepto parálisis de III nervio craneal
Grado III	Somnolencia, confusión o defecto neurológico focal leve.
Grado IV	Estupor, Hemiparesia moderada o grave, posible rigidez de descerebración o trastornos vegetativos.
Grado V	Coma, rigidez de descerebración, aspecto moribundo.

²² Whalton, John. Neurología Básica. Sistema Nervioso Enfermedades. 1ª Ed. Edit. Salvat. Barcelona, España. 1998. Pág. 411

²³ Olivares, L. Neurología práctica. Neurología, Estudio y Enseñanza. 1ª Ed. Edit. Librería de Medicina Méndez Oteo. México. D.F. 1999. Pág. 237.

²⁴ Pryse, C. Neurología Clínica. 4ª Ed. Edit. El manual Moderno. México 1999. Pág. 185.

Tabla 3. Clasificación de la Federación Mundial de Neurocirugía (WFNS).

Grados.	Escala de Glasgow.	Presencia de defecto motor.
I	15 puntos.	No.
II	13-14 puntos.	No.
III	13-14 puntos.	Sí.
IV	12-7 puntos.	Puede o no tener.
V	7-3 puntos.	Puede o no tener.

Tabla 4. Clasificación de la WFNS modificada por Sano y Tamura.

Grado.	Escala de Glasgow	Estado neurológico.
I	15 puntos.	Neurológicamente intacto, excepto parálisis de pares craneales.
II	15 puntos.	Como el anterior, pero asociado a cefalea o rigidez de nuca.
IIIa	13-14 puntos.	Sin defecto motor focal.
IIIb	13-14 puntos	Con defecto motor focal.
IV	12-8 puntos.	Con o sin defecto motor focal.
V	7-3 puntos.	Sin respuesta, con o sin posturas anormales.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



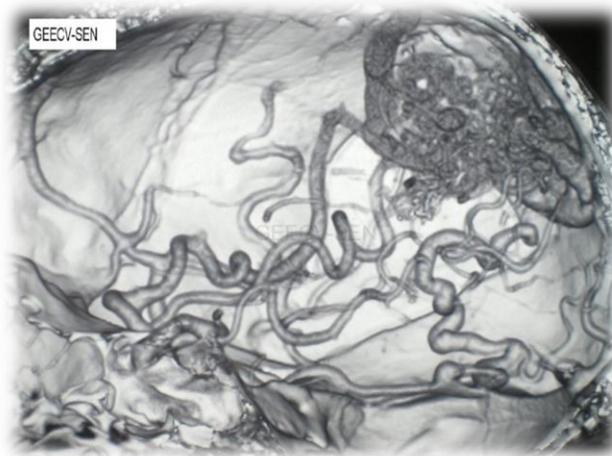
Anteriormente se han mencionado algunas causas de Hemorragia Subaracnoidea, como los Aneurismas y las Malformaciones Arterio Venosas, pero existen otras, como:

- Traumatismos craneales.
- Hepatopatías.
- Vasculitis.
- Leucemias.
- Anemias aplásicas.
- Púrpura trombocitopenia idiopática (PTI).
- Hiperfibrinólisis.
- Hemofilia.
- Enfermedad de Christmas.
- Tumores cerebrales.
- Embolia séptica, aneurismas infecciosos.
- Tumores cerebrales primarios y secundarios.
- Infarto cerebral hemorrágico.
- Veneno de serpiente.
- Inyección intradural accidental.
- Hemorragia cerebral de causa desconocida.²⁵

²⁵ Merrit, S. Tratado de Neurología. 2ª Ed., Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Argentina 2000. Pág. 284

Pruebas diagnósticas.

- ∞ Tomografía Computarizada.
- ∞ Resonancia Magnética.
- ∞ Punción lumbar y evaluación de líquido cefalorraquídeo.
- ∞ Elevación de la presión intracraneal.
- ∞ Presión elevada líquido xanto crómico o hemorrágico macroscópicamente.
- ∞ Proteínas elevadas 80 mg. - 130 mg. / 100 ml.
- ∞ Recuento leucocitario elevado.
- ∞ Disminución de glucosa.
- ∞ Estudios de coagulación.
- ∞ Angiografía cerebral.
- ∞ Ecoencefalografía.
- ∞ Exámenes radiológicos del cráneo.
- ∞ Gammagrafías cerebrales.
- ∞ Estudios del flujo sanguíneo cerebral regional.
- ∞ Estudios del flujo carotidinia.
- ∞ Doppler.
- ∞ Ecografía²⁶.



²⁶ Tucker, Óp. Cit. Pág. 650.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Tratamiento.

El tratamiento de la HSA se encamina a proteger la función residual del cerebro, además de prevenir las complicaciones neurológicas y sistémicas que pueden interferir en la adecuada recuperación de los pacientes.

Teniendo en cuenta las complicaciones intracraneales más frecuentes, se debe prevenir el edema cerebral con herniación encefálica, la isquemia e infarto cerebral, el resangrado, el vasoespasmo e hidrocefalia.

Aproximadamente un 8-15% de los pacientes que sufren esta patología fallecen durante las primeras 24 horas, sin recibir atención médica.

La mortalidad asciende a un 20-25% en las próximas 48 horas, a un 44-56% en los 14 días iniciales y un 66% de 1 a 2 meses después de la Hemorragia Subaracnoidea.

Por lo tanto, cada paciente debe estudiarse de forma individual y han de tomarse las medidas generales y específicas que cada caso requiera. Tabla 5.²⁷

²⁷ Caso, Agustín. Neurología Clínica. 2ª Ed. Edit. Interamericana. México. 1995. Pág. 162.

Tabla 5. Complicaciones de la Hemorragia Subaracnoidea. Según el tiempo de aparición.	
Intervalo después de la HSA	Complicaciones.
0-3 días	Edema cerebral con desplazamientos. Resangrados. Hidrocefalia aguda. Arritmias cardíacas. Disfunción respiratoria. Edema pulmonar.
4-14 días	Vasoespasma. Resangrados. Hipovolemia. Hiponatremia. Hidrocefalia subaguda. Neumonía.
Más de 15 días	Hidrocefalia crónica. Neumonía. Embolismo pulmonar. Resangrado. Vasoespasma cerebral. Desequilibrio hidroelectrolítico.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



- ☞ Restricción completa de la actividad.

Debe comenzarse restringiendo al paciente el reposo y evitando las medidas que disminuyan, de forma brusca, el retorno venoso intracraneal.

- ☞ Elevación de la cabecera de cama.

Se calmará la cefalea con analgésicos que no afecten la hemostasia, como el Paracetamol, Fosfato de Codeína 30-60 mg., cada 4-6 horas, IM o VO, Meperidina 50-100 mg cada 2-4horas, por vía IM o IV.

- ☞ Soporte ventilatorio.
- ☞ Oxígeno.
- ☞ Gasometría arterial.

Tabla 6. Criterios de soporte ventilatorio e intubación en la HSA ²⁸ .
Escala de Glasgow < 8 puntos.
Presión intracraneal aumentada.
Alteración del patrón ventilatorio a causa de cono de presión intracraneal (Hernia cerebral).
Capacidad vital < 15 cm ³ /kg.
Volumen tidal < 5 cm ³ /kg.
PaO ₂ < 60 mmHg.
Intervalo respiratorio (>35/min, <8/min).
PaCO ₂ > 45 mmHg (pH 7,35).
Edema pulmonar.

²⁸ Caso, A. Óp. Cit. Pág. 164.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Tales pacientes han de acoplarse a ventiladores volumétricos, estableciéndose una frecuencia respiratoria de 10-13 respiraciones por minuto, con un volumen tidal de 12-15 mL/kg, flujo de 40-60 L/minuto, y con una fracción de O₂ inspirada de 0,6. Se deben monitorizar los gases sanguíneos y alcanzar magnitudes en la PaO₂ no menores de 80 mmHg y una PaCO₂ entre 30 y 35 mmHg.²⁹

☞ Precauciones anticonvulsiones.

Algunos autores dudan del uso de los antiepilépticos de forma profiláctica, pero es una práctica habitual. La incidencia de esta complicación alcanza el 1-11%. El fármaco más utilizado es la Difenilhidantoína sódica, con una dosis inicial de 15-20 mg/kg y 5-7,5 mg/kg/día de mantenimiento, por vía IV o VO. Otro de los fármacos utilizados es la Carbamacepina 100-600 mg/día o el fenobarbital 45-60 mg, cada 6-8 horas, por VO o IV.

☞ Vigilancia de la presión intracraneal.

☞ Vigilancia cardiaca y hemodinámica.

El control de la HTA es esencial para evitar complicaciones, como el resangrado o la isquemia cerebral. La hipertensión arterial obedece, en un gran número de pacientes, a la respuesta del dolor, distensión vesical e hipo ventilación; ante tal situación, el tratamiento indicado consiste en la corrección de estas alteraciones y, sólo cuando estas condiciones estén dominadas, se pasaría al control con fármacos.

En pacientes con pobre gradación en la escala neurológica la HTA, puede obedecer a una disminución de la perfusión cerebral, como resultado de un aumento de la PIC, y se presenta asociada a bradicardia. En estos enfermos el tratamiento indicado es la reducción de la PIC a través de métodos específicos, sean clínicos, quirúrgicos o mixtos.

²⁹ Roda, J.M., Conesa, G., Lobato, R., García, A., Gómez, A., González, J.M., Lagares, A. Óp. Cit. Pág. 39



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



- Manitol 20%, 1-2 g/kg/15-20 minutos o 0,25-2 g/kg/dosis.
- Furosemida, 20-40 mg en una hora y repetirse según necesidad.

La hipertensión inmediatamente después de una HSA puede ser una respuesta homeostática y la decisión de disminuir bruscamente sus cifras no se ha de tomar a la ligera; su valor se situará alrededor de los 120 mmHg de tensión sistólica.³⁰

☞ Tratamiento del vaso espasmo.

Constituye la primera causa de morbilidad y mortalidad. Su expresión clínica alcanza entre un 25 y 37% de las HSA de causa aneurismática, dejando defectos neurológicos graves o produciendo la muerte en el 7-17% de los pacientes.

Ocurre como resultado del efecto que tienen sobre los vasos sanguíneos los compuestos resultados de la degradación de los coágulos subaracnoideos y otras sustancias, provocando un desequilibrio entre la dilatación y constricción normal de la pared vascular.

La patogénesis todavía no está bien dilucidada; sin embargo, se ha establecido la relación directa entre la cantidad de sangre subaracnoidea y la frecuencia e intensidad del vaso espasmo, al igual que el uso de antifibrinolíticos, los cuales previenen la lisis del coágulo, incrementando de esta manera las probabilidades de la constricción arterial.

El proceso de vasoconstricción anormal aparece como consecuencia de tres mecanismos fundamentales:

³⁰ Guerrero, F., Linde Valverde, C.M. Manejo general en Cuidados Intensivos del paciente con Hemorragia subaracnoidea espontánea. Servicio de Cuidados Críticos y urgencias. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Art. Págs. 24- 56. Granada España. 2009. Pág. 22



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



1. Denervación de la pared arterial. Es decir, pierde la influencia del sistema simpático, que asciende a través de la arteria carótida y que provoca dilatación a este nivel. Es el denominado efecto Cannon. Se sugiere que ocurre por la disrupción mecánica de tales fibras autonómicas, por el efecto mecánico que ejerce la sangre al salir del torrente vascular a altas presiones y que transita con gran velocidad por el espacio subaracnoideo que rodea los vasos del polígono de Willis. Aparece de forma inmediata.

2. Efecto vasoconstrictor. Provocado por los compuestos de degradación de la sangre y otros, como: endotelina 1, tromboxano, leucotrienos, oxihemoglobina, norepinefrina, angiotensina, trombina, fibrina, serotonina, péptido intestinal vasoactivo, prostaglandina F₂μ, potasio y calcio, entre otros. Se produce un desequilibrio entre la endotelina 1 y el óxido nítrico, responsables fundamentales del equilibrio entre la dilatación y la constricción vascular, respectivamente. Está demostrado que el primer compuesto aumenta con las HSA, de la misma forma que el otro disminuye su concentración, con mucha seguridad proporcional al grado de lesión de las células endoteliales.

3. Vasoconstricción proliferativa. Resultado del proceso inflamatorio al ataque local. Ejerce su efecto de forma tardía.³¹

Histopatológicamente se ha demostrado que dicha complicación está asociada a cambios morfológicos en la pared arterial, dados por edema, y formación de coágulos en la íntima vascular, corrugación de la lámina elástica interna, cambios necróticos en las células del músculo liso e infiltración local de linfocitos, macrófagos y células plasmáticas en la adventicia. Los cambios posteriores incluyen estenosis por engrosamientos fibróticos sub endoteliales concéntricos, atrofas de la túnica media y aumento del tejido conectivo adventicial.

³¹ Guerrero, F., Linde Valverde, C.M. Óp., Cit. Pág. 24.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



- ☞ Embolización.
- ☞ Hipotermia según indicación.
- ☞ Medias elásticas.
- ☞ Tratamiento hipérvolemico.

Bajo riesgo de vasoespasmo (TAC: no hay presencia de sangresubaracnoidea o poca sangre).

- Solución salina 0,9%: 150 mL/h.
- Sodio sérico diario: si es menor de 134 mEq/L, aplicar protocolo de alto riesgo.

Alto riesgo de vasoespasmo (TAC: presencia moderada o muy elevada de sangre subaracnoidea).

- Catéter de Swan-Ganz para la medición de la presión en cuña de la arteria pulmonar (PCAP).
- Solución salina 150 mL/h.
- Plasma 100 mL/h, cuando PCAP está por debajo de 10 mmHg.
- Sodio sérico dos veces al día: si es menor de 134 mEq/L, administrar NaCl 0,3% 30-50 mL/h.³²

- ☞ Sonda nasogástrica.
- ☞ Tratamiento parenteral.
- ☞ Trastornos gastrointestinales.
- ☞ Sonda Foley permanente.³³
- ☞ Cirugía aneurisma, aplicación de clipaje de aneurisma.

³² Guerrero, F., Linde Valverde, C.M. Óp., Cit. Pág. 24.

³³ Tucker, Óp. Cit. Pág. 654.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



☞ Exeresis quirúrgica, en caso de Malformaciones arteriovenosas.

☞ Medicaciones.³⁴

- Antihipertensivos.
- Agentes bloqueantes del calcio (Nifedipino, Verapamilo.).
- Antifibrinolíticos.
- Antagonistas de la serotonina (Reserpina.).
- Barbitúricos.
- Expansores de volumen.
- Corticoides (Dexametasona).
- Ácido aminocaproico.
- Antipiréticos.
- Analgésicos.
- Emolientes fecales.

³⁴ Tucker, Óp. Cit. Pág. 657.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



11.2 Consentimiento Informado.

 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA  SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUEL VELASCO SUÁREZ

México, D. F. a 6 de febrero de 2013.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente manifiesto mi conformidad para participar en la elaboración de un **Proceso Atención de Enfermería**, con fines académicos, el cual consiste en la realización de una entrevista y exploración física y neurológica, con el objetivo de orientar los cuidados que habré de realizar en beneficio de mi persona para favorecer mi calidad de vida y prevenir complicaciones.

Se me ha informado que el personal de enfermería, utilizará en todo momento y lugar, la confidencialidad, el derecho a la intimidad, el secreto profesional, el respeto a la dignidad humana, sin prejuicios y con responsabilidad. También sé que puedo preguntar todo lo relacionado con los cuidados de enfermería que se brinden a mi persona y a mi familiar y se me aclaró que puedo retirarme en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi relación con la enfermera. De igual forma aportaré toda la información requerida para que el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería se lleve a cabo sin ningún problema, ya que los resultados de este estudio ayudarán a perfeccionar los cuidados de enfermería a personas con la misma enfermedad.

Las observaciones, entrevistas y valoraciones se realizarán dentro de las instalaciones del propio Instituto y en caso necesario se realizarán visitas domiciliarias o contacto por vía telefónica.

Sí autorizo

Nombre del (la) paciente o persona (o responsable legal y parentesco)
Josafina Rivero Reyes hija Jocelina

No. De Expediente clínico 2108271

Testigo Santos Castro Ramos 

Insurgentes Sur # 3877 Col. La Fama 14269 México, D.F. Tel. (55) 56063822
www.innn.salud.gob.mx



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

“La vida para el hombre fue y seguirá siendo algo primordial a lo largo de su historia y entorno, por lo cual preservarla se ha convertido en una labor que va más allá, que sólo el instinto por sobrevivir. Y al paso del tiempo se han creado ciencias como la enfermería, las cuales se encargan principalmente de cuidar, tratar y valorar a la vida misma.”

Ana Laura Desquera Barranco.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

“Enfermeras y Enfermeros, estudiantes de enfermería, sepan por lo que yo he podido constatar, por mi experiencia de vida conduciéndome hasta la muerte. Que sólo basta una ruptura comportamental o gestual en la continuidad de los cuidados, para que toda la calidad del trabajo en equipo se vea destruido.”

Marie Françoise Colliere.