



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEUROLÓGICA
SEDE:
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

ESTUDIO DE CASO:
**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA A UNA PERSONA CON
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SIGUIENDO EL MODELO DE
DOROTHEA OREM”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA NEUROLÓGICA
PRESENTA:

LEO GABRIELA PICHARDO CASTAÑEDA
CEDULA PROFESIONAL NUM 7346457

TUTOR:
MRN ROCIO VALDEZ LABASTIDA

JUNIO DE 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.

Como dice Borges, el autor de este poema: "Existen personas en nuestras vidas que nos hacen felices por la simple casualidad de haberse cruzado en nuestro camino. Algunas recorren todo el camino a nuestro lado, viendo muchas lunas pasar, más otras apenas las vemos entre un paso y otro. A todas las llamamos amigos y hay muchas clases de ellos.

Tal vez cada hoja de un árbol caracteriza uno de nuestros amigos. El primero que nace del brote es nuestro papá y nuestra mamá, nos muestra lo que es la vida. Después vienen los amigos hermanos, con quienes dividimos nuestro espacio para que puedan florecer como nosotros.

Pasamos a conocer a toda la familia de hojas a quienes respetamos y deseamos el bien.

Mas el destino nos presenta a otros amigos, los cuales no sabíamos que irían a cruzarse en nuestro camino. A muchos de ellos los denominamos amigos del alma, de corazón. Son sinceros, son verdaderos. Saben cuando no estamos bien, saben lo que nos hace feliz.

Y a veces uno de esos amigos del alma estalla en nuestro corazón y entonces es llamado un amigo enamorado. Ese da brillo a nuestros ojos, música a nuestros labios, saltos a nuestros pies, cosquillitas a nuestro estómago, etc.

También existen aquellos amigos por un tiempo, tal vez unas vacaciones o unos días o unas horas. Ellos acostumbran a colocar muchas sonrisas en nuestro rostro, durante el tiempo que estamos cerca.

Hablando de cerca, no podemos olvidar a los amigos distantes, aquellos que están en la punta de las ramas y que cuando el viento sopla siempre aparecen entre hoja y otra.

El tiempo pasa, el verano se va, el otoño se aproxima y perdemos algunas de nuestras hojas, algunas nacen en otro verano y otras permanecen por muchas estaciones.

Pero lo que nos deja más felices es darnos cuenta que aquellas que cayeron continúan cerca, alimentando nuestra raíz con alegría. Son recuerdos de momentos maravillosos de cuando se cruzaron en nuestro camino.

Te deseo, hoja de mi árbol, paz, amor, salud, suerte y prosperidad. Hoy y siempre... simplemente porque cada persona que pasa en nuestra vida es única. Siempre deja un poco de sí y se lleva un poco de nosotros. Habrá los que se llevaron mucho, pero no habrá de los que no nos dejaron nada.

Esta es la mayor responsabilidad de nuestra vida y la prueba evidente de que dos almas no se encuentran por causalidad”.

Y con mención especial a mis padres, hermanos, esposo e hija con todo mi agradecimiento por estar siempre presente.

INDICE

1) Introducción.....	2
2) Justificación	4
3) Objetivos	5
3.1 Objetivo General	
3.2 Objetivo Especifico	
4) Fundamentación	6
4.1 Antecedentes	
5) Marco Conceptual	10
5.1 Conceptualización de enfermería	
5.2 metaparadigma	
5.3 Teorías de Enfermería	
5.4 Proceso de atención de enfermería	
5.5 Patología	
6) Metodología	29
6.1 Estrategias de investigación	
6.2 Selección de caso y fuentes de información	
6.3 Consideraciones Éticas	
7) Presentación del caso	33
7.1 Descripción del caso	
8) Aplicación del proceso atención de enfermería	34
8.1 Valoración	
8.2 Jerarquización y Priorización de problemas	
8.3 Diagnóstios de Enfermería	
8.4 Problemas interdependientes	
8.5 Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados	
8.6 Evaluación del proceso	
9) Plan de alta	39
10) Conclusiones	40
11) Bibliografía	41
12) Anexos	43

1. INTRODUCCIÓN

La profesión de Enfermería ha ido evolucionando con las diferentes orientaciones que ha tenido el proceso del cuidado. Ha pasado por diferentes etapas que le van dando a la Enfermería las bases y enfoques diferentes para que en la actualidad este consolidada como un profesión; cambio que se dio a partir de que Florence Nightingale recogió en unos informes lo acontecido en la Guerra de Crimea, con los pacientes a su cargo y de la importancia que le da a la formación sistemática.

Se puede decir que a partir de entonces la enfermería como disciplina, ciencia y profesión ha tenido un proceso de cambio permanente; cambios requeridos para atender una sociedad en continua transformación, que demanda de los conocimientos profundos, flexibles y cualificados del contenido disciplinar y de estar compuesta por teorías, modelos y constructos que apoyen su desarrollo; estos conocimientos que van sustentados por la investigación de los fenómenos que se presentan durante el ejercicio del cuidado, objeto de estudio de la profesión.

Con todos estos conceptos se deduce que la Enfermería es una ciencia aplicada, que sustenta su práctica en un conjunto de elementos que conforman un marco conceptual definido. Las teorías y modelos le otorgan el conocimiento teórico, que a su vez ayudan en el fortalecimiento de la enfermería como disciplina, ciencia y profesión.

Dorotea Orem ha destacado en su modelo que enfermería es acción y que las ideas deben ser traducidas para ser empleadas en la práctica, proporciona una teoría general “Teoría sobre el déficit de autocuidado”, constituida por tres teorías relacionadas entre sí, “Las teorías del autocuidado, del déficit de autocuidado y la de los sistemas de enfermería”; buscando mejorar los cuidados de enfermería y esto lo hace a través del empleo del proceso de atención de enfermería.

El proceso atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial, permitiendo brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistematizada, de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos.

En esta interacción se emplea la evaluación a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, energías y limitaciones de la persona y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.

El proceso enfermero consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente siendo estas la valoración, el diagnóstico, la planeación, ejecución y evaluación.

Además es importante mencionar que la Hemorragia subaracnoidea, patología que se aborda en este estudio de caso es una de las principales causas de atención y hospitalización en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Así mismo las enfermedades cerebrovasculares por la alta prevalencia son consideradas como un problema de salud en los países en vías de desarrollo; de esto surge la importancia de resaltar que estas enfermedades son en su mayoría previsibles y controlables, y que en caso de evolucionar son condicionantes de altos niveles de ocupación de camas hospitalarias, que dejan gran cantidad de secuelas, y requieren atención médica, de asistencia, así como de rehabilitación.

En la metodología empleada para la realización del estudio de caso, se seleccionó una persona “enferma”, que dió su consentimiento informado, se le proporcionó información sobre los beneficios de su participación, en relación con su salud, al igual de los principios que se emplearon y que guiaron el caso, como son confidencialidad, respeto y que sólo servirá para tema de titulación.

El estudio de caso está integrado por dos ejes; El primero de ellos es el metodológico, apoyado en la investigación documental, expediente clínico, búsqueda de información electrónica y además se basará en las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería. El segundo estará constituido por un marco conceptual de Enfermería con base en el modelo de Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem, la finalidad es guiar al estudiante de posgrado en neurología dentro del contexto del autocuidado.

El presente estudio de caso se realizó a una mujer adulta ubicada en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez, con el diagnóstico de Hemorragia Subaracnoidea Fisher IV.

Al efectuar la valoración con el instrumento de la especialidad, se detecta que los ocho requisitos universales de autocuidado están alterados. El sistema de enfermería que requiere la paciente es totalmente compensatorio, brindando la oportunidad de proporcionar intervenciones de enfermería en todos los requisitos universales de autocuidado.

2. JUSTIFICACIÓN

Debido a que en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, las personas que llegan a requerir atención es porque presentan hemorragia subaracnoidea una de las principales causas de alteración neurovascular; además de ser una alteración en donde si no se lleva a cabo un adecuado tratamiento y cuidados, la persona llega a tener alteraciones en los diferentes requisitos de autocuidado.

Surge de ahí la importancia de realizar el siguiente estudio de caso en donde el alumno de la especialización de enfermería neurológica debe tener una perspectiva diferente para brindar un cuidado de forma holística e individualizada, así como ser capaz de analizar el proceso de salud-enfermedad que le permita tomar en cuenta a la familia y el entorno.

Esto le permitirá mantener un sistema de enfermería que le asegure regular el funcionamiento y el desarrollo así como lograr la satisfacción de los requisitos de autocuidado a partir de la identificación de las necesidades que presenta una persona con Hemorragia subaracnoidea.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Ayudar a la persona a acrecentar sus habilidades y actitudes que lo lleven a la satisfacción de los requisitos de autocuidado universales, los de desarrollo y de los de desviación de la salud; a través de la metodología de Enfermería y de la incorporación de los aspectos conceptuales del modelo de Dorotea Orem.

3.2 Objetivos Específicos

1. Obtener una base de datos que sirva de fundamento para el estudio de caso.
2. Identificar las limitaciones y barreras que el paciente del estudio de caso tiene para llevar a cabo el autocuidado.
3. Explorar alternativas de solución que ayuden al paciente del estudio de caso a superar las limitaciones encontradas en la valoración de sus capacidades.
4. Evaluar el impacto de los cuidados neurológicos específicos en función del logro de la satisfacción de los requisitos de autocuidado.

4. FUNDAMENTACIÓN

4.1 ANTECEDENTES

Es importante remarcar que la disciplina enfermera ha ido evolucionando en el acontecer histórico y con los movimientos sociales; situaciones que han influido en las orientaciones que ha tenido el proceso del cuidado.

La profesión de enfermería tiene su origen en el cuidado y el sujeto de atención que lo recibe es la persona; estos dos conceptos son parte fundamental del campo de la disciplina enfermera; así como salud y entorno; denominados en un conjunto como metaparadigmas de enfermería.

Concepto de Cuidado

Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo, pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales¹.

Existen dos tipos de cuidados de naturaleza diferente: *los cuidados de costumbre o habituales*: care* relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias; y *los cuidados de curación*: cure** relacionados con la necesidad de curar aquello que obstaculiza la vida; y tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas.

Es necesaria una revisión de la evolución del cuidado a través del tiempo, puesto que el presente no es sólo una realidad independiente, sino una consecuencia del pasado.

La evolución del cuidado atraviesa por diferentes etapas

a) *Etapa Doméstica De Los Cuidados*. Abarca la Prehistoria, la Edad Antigua y el Mundo Clásico. En donde los hombres se preocuparon de asegurar la continuidad de la vida de grupo y perpetuar la especie, ayudando a las otras personas; organizando las tareas para asegurar la cobertura de una serie de necesidades, como alimentación, protección de intemperie, defensa del territorio, salvaguarda de los recursos y de las enfermedades². La mujer era la encargada de brindar el cuidado, empleando elementos naturales como agua, abrigo, plantas, alimentos y sobre todo el cuidado maternal para transmitir bienestar; tenía encomendado cuidar de los niños, enfermos, ancianos y de la práctica de la obstetricia. Estos pueblos creían

¹ Pacheco Arce Ana L; cols; Fundamentación teórica para el cuidado, México, ENEO-UNAM, 2005; 34

* To care: cuidar de, ocuparse de.

** To cure: curar, reseca, tratar suprimiendo el mal, de ahí deriva cura, curetaje.

² Colliere, M. F; Promouvoir la vie, Paris, Ed. Interditions, 1982; p24.

que las enfermedades eran provocadas por haber cometido una falta y al no encontrar la forma de tratarla, se creía que era un maleficio provocado por alguna divinidad. Se intentaba la curación a través del empirismo y la magia.

Conforme las civilizaciones se vuelven más complejas se produce la revolución Neolítica en donde se fomenta la industria, las artes, la administración, y el desarrollo de otras ciencias; se consigue mejorar las condiciones de vida para los seres humanos; con los inicios de la Salud Pública. Entre estos destacan, el concepto de contagio, normas de aislamiento, higiene pública, conducción de agua, baños públicos, prevención de la enfermedad, cirugías, vacunación; aseo del cuerpo, manejo de cadáveres y sepultura y creación de “Valetudinarios” especie de hospitales. La población estaba al cuidado de la mujer³ quien a partir de las propias experiencias de su cuerpo, saberes transmitidos de madres a hijas y del empirismo adquirido por la observación, fue cuidando una serie de enfermedades a partir de regímenes y de extractos de plantas que se administraban de diferentes manera

B) Etapa Vocacional de los Cuidados. Esta etapa inicia con el advenimiento del Cristianismo y con la adopción de la filosofía de vida –desprecio por las riquezas, ayuda al pobre y desvalido- se le comienza a dar un enfoque humanitario al cuidado. Las personas se dedican con gran abnegación y escasos conocimientos a los enfermos. La iglesia resalta la misión salvadora de Cristo para con los enfermos; pasando a ser desde este momento constante en el mundo de la enfermedad. Las personas cuidadoras acabaron por ser adiestradas para la docilidad, la pasividad, la humildad; el criterio individual y responsabilidad para tomar decisiones fueron olvidadas y permanecieron ajenos a la actividad de cuidar por mucho tiempo. La enfermedad paso a ser vista como una gracia recibida en vez de algo negativo (castigo sobrenatural).

Bajo esta percepción florecieron diferentes congregaciones, hermandades y órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos; entre las más destacadas se encuentran las diaconizas, viudas, vírgenes y las matronas. Comienza la etapa que Collière denomina “Mujer Consagrada”; por que los cuidados de enfermería son prodigados por estas organizaciones, quienes se limitaban a cuidados elementales de higiene, alimentación, abrigo y confort del paciente.

En la Edad Media con el nacimiento del feudalismo, ocurren continuas guerras que lleva al descuido de tierras, escasez de alimentos y aparición de grandes epidemias provocando un período de retroceso en todos los órdenes de la vida; posteriormente con *Las Cruzadas* se favorece la organización de hospitales en las rutas de las expediciones; fundándose organizaciones de orden militar, de orden religiosa y de orden seglar.

Las influencia que tuvieron las órdenes militares en la Enfermería son la idea sobre la importancia de los uniformes, la necesidad de la organización de los servicios de enfermería de forma rígidamente jerarquizada, algunas directrices en cuanto a la manera de establecer y administrar los servicios hospitalarios y la realización del transporte de heridos y enfermos.

³ Collière, M. F; *Promouvoir la vie*, París, Ed. Interditions, 1982; p44.

En este periodo para ejercer como enfermera/o no se le exigían ningún tipo de formación, la vocación era considerada suficiente.

A lo largo del siglo XVI surge la Época oscura de la Enfermería con la Reforma Protestante, la Enfermería entra en un período de decadencia, por la desaparición de órdenes religiosas, quedando los cuidados de Enfermería en manos de sirvientas y asistentes sin preparación que daban una atención ínfima al enfermo⁴.

Posteriormente surgen nuevas ordenes religiosas como las de San Juan de Dios y la orden de “Las Hermanas de la Caridad” fundada por San Vicente de Paul considerado como el “precursor de la Enfermería Moderna” al exigir que las hermanas que cuidaban enfermos además de leer y escribir, recibieran clases impartidas por médicos sobre los rudimentos de Enfermería.

c) Etapa de Profesionalización de la Enfermería

En este período acontecen hechos relevantes con revoluciones políticas e industriales que dan paso a reformas sociales importantes. Como mejorar condiciones de cárceles, y las condiciones de los enfermos en los hospitales.

Pero la auténtica profesionalización llega con Florence Nightingale (1823-1910), quién nació en Florencia y creció en una atmósfera de lujo y confort, inicio los estudios de Enfermería a pesar de la oposición de su familia; en 1851 estuvo en la Escuela de las Diaconisas de Kaiserswerth donde completo su formación. Posteriormente en la Guerra de Crimea donde hubo verdaderos problemas en la asistencia a los heridos. Florence Nightingale enviada por el ministro de Guerra, mejora la asistencia a los soldados, aplicando medidas elementales como limpieza de las salas, cambio del suministro de agua y sistema de desagüe, instalación de una lavandería y una cocina dietética y compra material como jabón, mantas, peines, cubiertos; disminuyendo el índice de mortalidad del 40 al 2%. Todas sus actuaciones fueron recogidas en unos informes. Al regresar a su país, comprende la importancia de la formación sistemática, creando así una verdadera profesión.

“No vale la intuición sin educación, lo mismo que se tiene por charlatán al que cura sin haber estudiado, hay que rechazar a la enfermera sin educación específica”. En su libro “Notes on Nursing”⁵, se observa el concepto que tiene del paciente, el objetivo de los cuidados y una aproximación de las intervenciones. Aquí nace el primer modelo conceptual de Enfermería. También preparó el terreno para la participación de la Enfermería en la investigación. Posteriormente organizó una escuela de Enfermería con un programa de estudios de tres años. Se puede considerar que la Enfermería moderna ha sido creada.

Se puede decir que a partir de entonces la enfermería como disciplina, ciencia y profesión ha tenido un proceso de cambio permanente; cambios requeridos para atender una sociedad en continua transformación; que requiere de los conocimientos

⁴ Molina T; Historia de la Enfermería; Buenos Aires, Ed. Intermédica, 1973, p45

⁵ Nightingale, F., Notas sobre Enfermería; Qué es y qué no es; Barcelona; Ed. Salvat; 1990

profundos, flexibles y cualificados del contenido disciplinar y de estar compuesta por teorías, modelos y constructos que apoyen su desarrollo; estos conocimientos que van sustentados por la investigación de los fenómenos que se presentan durante el ejercicio, así como del cuidado, objeto de estudio de la profesión.

5. Marco Conceptual

5.1 Conceptualización de enfermería

La profesión de enfermería alcanza un cuerpo de conocimientos propio de una disciplina académica a partir de los años 50's. Antes de eso la práctica profesional se basaba en principios y tradiciones determinados por el aprendizaje y el sentido común desarrollado por los años de experiencia⁶.

Hasta los años 80's más fundamentos teóricos fueron incorporados a los currículos profesionales, el interés se centraba en el análisis y el uso de las teorías en la práctica clínica. Alcanzando unanimidad sobre los conceptos dominantes de la disciplina: persona, entorno, salud y cuidado.

En los años 90's, la disciplina tiene diversidad en teorías, debido a que ninguna abarca el conocimiento de la enfermería en su totalidad.

Es así que dentro de los componentes de la profesión Enfermería tenemos definiciones y conceptos existentes como:

- *Paradigma*: Es una corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influyen en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas. Puede ser una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría. Representa además la línea más general de cualquier disciplina, su unidad o marco, describiendo los fenómenos sobre los que se debe basar y regir de forma unívoca. Paradigma es el término empleado para expresar la relación entre ciencia, filosofía y teoría, aceptado en un cierto campo científico; compartidos por los miembros de una comunidad científica; y que dirige las actividades de una disciplina.
- *Metaparadigma*: Es la perspectiva de conjunto de una disciplina (Enfermería), que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones.
- *Modelo*: Es la idea que se explica a través de la visualización simbólica y física. Un modelo pueden usarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos, o bien para planificar el proceso de investigación. Son representaciones esquemáticas de ciertos aspectos de la realidad; son útiles en el desarrollo teórico porque ayudan a seleccionar los conceptos relevantes necesarios para representar un fenómeno de interés y a determinar las relaciones entre conceptos. El modelo marca la pauta de lo que debe hacerse, un esbozo abstracto o un boceto estructural de algo real, o una aproximación o simplificación de la realidad. El modelo marca los elementos de una disciplina.
- *Modelo conceptual*: Explica una perspectiva de la disciplina, es decir, una concepción que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión.

⁶ Marriner Tomey, Raile Alligood, 1999; p55.

Marco conceptual es el conjunto de conceptos y declaraciones que se integran dentro de una configuración significativa. No sólo compuestos por conceptos sino también por propuestas (afirmaciones que expresan las relaciones entre conceptos).

El modelo conceptual marca una dirección unívoca y específica para las tres funciones principales de la Enfermería: asistencia, educación e investigación.

Los diversos modelos conceptuales definen dichos conceptos de diferente manera, los articulan de distinto modo y resaltan de manera diferente las relaciones entre ellos. Además, un modelo pone de relieve ciertos procesos y los define como fundamentales para la enfermería.⁷

Los modelos conceptuales tienen tres elementos:

- *Suposiciones o supuestos*: Declaraciones de hechos (premisas) que se aceptan para reforzar el fundamento teórico de los conceptos. Proceden de la teoría científica, de la práctica o de ambas, y son o pueden ser verificados.

- *Sistema de valores*: Son las creencias que refuerzan una profesión, y por lo general son similares en todos los modelos.

- *Principios*: Desde las suposiciones y los valores se pueden desarrollar siete grandes principios: meta de enfermería, cliente (persona), papel de la enfermera, origen del problema de la persona, enfoque de intervención, formas de actuación, y consecuencias de la actividad de enfermería.

Los modelos conceptuales son abstracciones que se materializan mediante la práctica de un proceso de enfermería (P.A.E.). Lo que implica mayor desarrollo de la profesión, facilita la comunicación y la investigación, mejor comprensión del rol de la enfermera.

➤ *Teoría*: Es un conjunto de enunciados y proposiciones formados por conceptos y relaciones entre ellos, organizados de manera coherente y sistemática que tiende a describir, explicar o predecir un fenómeno. Y que explica con mucho más detalle todos los fenómenos a los que se refiere. Su primer objetivo es generar conocimientos en un determinado campo.

En la construcción de teorías los hechos conocidos deben ordenarse para formar una entidad coherente que permita edificar una doctrina de conocimientos bien estructurada. Eso permitirá explicar los hechos pasados, transmitir la sensación de que se comprenden los sucesos actuales, predecir las situaciones futuras y tener la posibilidad de controlarlas

Para desarrollar las teorías de Enfermería se pueden hacer diferentes tipos de planteamientos como:

1. Utilizar el marco conceptual de otras disciplinas.

⁷ Pacheco Arce Ana L; cols; Fundamentación teórica para el cuidado, México, ENEO-UNAM, 2005; p. 157.

2. Utilizar un planteamiento inductivo, esto es, observando aspectos de la práctica enfermera, descubrir las teorías y los conceptos implicados en ellas.
3. Utilizar un planteamiento deductivo, es decir, buscar la compatibilidad o acoplamiento de una teoría general de la Enfermería con varios aspectos de ella.

Los propósitos de las teorías según Imogene King son: Generar conocimientos para mejorar la práctica; Organizar la información en sistemas lógicos; Descubrir agujeros de conocimientos en el campo específico del estudio; Descubrir el fundamento para la recogida de datos, fiable y veraz, sobre el estado de salud de los pacientes; Aportar una medida para evaluar la efectividad de los cuidados enfermeros y Guiar la investigación para ampliar los conocimientos.

El nivel de abstracción marca la principal diferencia entre teoría y modelo conceptual.

Con todos estos conceptos se deduce que la Enfermería es una ciencia aplicada, que sustenta su práctica en un conjunto de elementos que conforman un marco conceptual definido. Las teorías y modelos le otorgan el conocimiento teórico, que a su vez ayudan en el fortalecimiento de la enfermería como disciplina, ciencia y profesión; le dan soporte a sus principios filosóficos y éticos que unidos a los sistemas de creencias y la forma de pensar, definen en gran medida la manera de actuar del profesional enfermero.

Por lo mencionado anteriormente se ha decidido trabajar siguiendo el modelo de Dorotea Orem. Ella ha destacado en su modelo que enfermería es acción y que las ideas deben ser traducidas para ser empleadas en la práctica; proporciona una teoría general “Teoría sobre el déficit de autocuidado”, constituida por tres teorías relacionadas entre sí, “Las teorías del autocuidado, del déficit de autocuidado y la de los sistemas de enfermería”; buscando mejorar los cuidados de enfermería y esto lo hace a través del empleo del proceso⁸.

5.2 Metaparadigma

En su teoría Orem define los conceptos centrales de la misma e intenta explicar sus relaciones entre sí.

Persona. Concibe al ser humano, como un organismo biológico, racional y pensante con potencial de aprender y desarrollarse; con capacidad para autoconocerse, que es afectado por el entorno, realizando acciones predeterminadas que le afectan a él mismo, a otros y al entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

⁸ Stephen J. Cavanagh; Modelo de Orem; Editorial Masson Salvat Enfermería; 1993, Barcelona, España; p 19.

Salud. Es un estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Es inseparable, de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, incluye por tanto, la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

El entorno. Los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que puedan influir e interactuar con la persona.

La Enfermería como **cuidado.** “Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlos por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes”⁹. Surgiendo el objetivo de la disciplina “Ayudar al individuo a llevar a cabo o mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad, y afrontar las consecuencias de esta”¹⁰.

5.3 Teorías de Enfermería según el Modelo de Orem

Orem proporciona una teoría general “Teoría sobre el déficit de autocuidado”, constituida por tres teorías relacionadas entre sí, “La teoría del autocuidado, del déficit de autocuidado y la de los sistemas de enfermería”

1) La teoría del autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado muestra aquello que las personas necesitan saber, qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo en beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y bienestar¹¹.

Una idea central del concepto de autocuidado es que el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos¹²; debido a que es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad, edad, etapa de desarrollo y estado de salud.

⁹ Navarro Peña, Y., Castro Salas, M; Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería

¹⁰ Fernández Fernández, M.; Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería;
[http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(III).pdf).

¹¹[http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion teorica.PDF](http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion%20teorica.PDF)

¹² Stephen J. Cavanagh; Modelo de Orem; Editorial Masson Salvat Enfermería; 1993, Barcelona, España; p 5.

Ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado llamadas *requisitos de autocuidado universales* que abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida; cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano, y que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Hay dos tipos más de requisitos de autocuidado, *los de desarrollo* estos requisitos se clasifican en; etapas específicas de desarrollo (algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo, es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración) en tales etapas debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo; y condiciones que afectan el desarrollo humano (aquí implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano, este tiene dos subtipos: a) el primero se refiere a la provisión de cuidado para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas, y b) se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimiento vital particular.

Y los *requisitos de desviación de la salud* estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos, el individuo tiene demandas adicionales de cuidados de la salud.

La principal premisa es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. Orem reconoce que la alteración del propio autoconcepto puede ser una parte importante de sentirse mal y que es esencial para adaptarse a los cambios provocados por la enfermedad o lesión.

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de la salud (prevención primaria, secundaria y terciaria); haciendo hincapié que estos van de acuerdo a los intereses de enfermería por la salud en vez de hacerlo por la enfermedad¹³.

2) La teoría del déficit de autocuidado. El déficit de autocuidado se presenta cuando se da una situación en donde la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella, la persona puede requerir ayuda a fin de satisfacer sus necesidades de autocuidado. La ayuda puede proceder de muchas fuentes incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Desde muchos puntos pueden producirse demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo para cuidar de sí mismo, para el cuidado de un niño o adultos que dependen de ellos; o solicitar ayuda de otros, entre estos la enfermedad reciente o crónica, la experimentación de un trauma emocional; o que no han aprendido o desarrollado suficientemente las capacidades de autocuidado pueden tener sólo la capacidad limitada para satisfacer sus necesidades de autocuidado. El “déficit”

¹³ Stephen J. Cavanagh; Modelo de Orem; Editorial Masson Salvat Enfermería; 1993, Barcelona, España; p 12.

debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen.

La demanda, las capacidades y limitaciones del cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser claramente identificada. La teoría del déficit de autocuidado postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico¹⁴.

La ***Demanda de autocuidado terapéutico*** es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. Es una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función¹⁵.

La ***agencia de autocuidado*** es la capacidad del individuo para participar en su propio cuidado; por tal el “agente” es la persona que proporciona los cuidados o realiza una acción específica. La agencia de autocuidado puede existir en forma desarrollada, en proceso de desarrollo o no funcionar.

La ***agencia de cuidado dependiente*** es cuando unas personas reconocen que otras tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder, satisfacerlos total o parcialmente y cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería. El individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado se denomina agente de cuidado dependiente; así la enfermería que proporciona cuidado usa la agencia de enfermería.

Existen diferentes circunstancias o ***barreras que limitan el autocuidado***, como carecer de conocimientos suficientes, no tener deseos de adquirir estos; dificultades para emitir juicios sobre salud, no buscar ayuda o apoyo de otros, haber problemas de planificación y realización de cuidados a causa de incapacidades físicas, psicológicas o emocionales.

Un ***paciente*** es un individuo que requiere la ayuda de enfermería para satisfacer demandas de autocuidado específicas, y esta ayuda puede compensar o superar una limitación de sus capacidades. Para ser paciente desde la perspectiva de Orem se requiere que: a) Debe haber una demanda de autocuidado que se ha de satisfacer por otra persona; b) algunas capacidades de autocuidado deben existir real o potencialmente (que puedan ser desarrolladas en el futuro); y c) debe existir un déficit de la relación entre las demandas de autocuidado de la persona y su capacidad para satisfacerla.

La ***naturaleza de la acción de enfermería*** son las funciones que pueden realizar las enfermeras para ayudar a los pacientes y Orem las clasifico en 5 categorías: 1. Actuar por otros o hacer algo por otros; 2. Guiar o dirigir a otros, 3. Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico, 4. Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales y 5. Enseñar. Esto se logra con el proceso de enfermería. Orem lo contempla como el proceso que

¹⁴http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF

¹⁵ Stephen J. Cavanagh; Modelo de Orem; Editorial Masson Salvat Enfermería; 1993, Barcelona, España; p 16.

requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales (implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias); y operaciones tecnológico-profesionales (Son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos; son piedras angulares en el proceso de enfermería).

El Diagnóstico de enfermería determina si el paciente necesita ayuda de enfermería e implica abordar dos puntos: a) determinar las demandas de autocuidado presentes y futuras del individuo; examinando cada requisito de autocuidado, los efectos de la interacción entre los requisitos e identificar los factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito de autocuidado y b) determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras del individuo; identificando y describiendo las capacidades de autocuidado, las limitaciones, validar las inferencias, determinar los conocimientos del paciente, sus aptitudes y deseos de satisfacer las necesidades de autocuidado, identificar lo que hay por hacer y lo que no debería hacer el paciente para la satisfacción de las demandas de autocuidado.

Las operaciones prescriptivas abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, dadas sus circunstancias y conocimientos actuales, también considera lo que podría suceder en el futuro; se debe considerar la totalidad del individuo; uno los procesos interpersonal y social de enfermería con los papeles tecnológicos-profesionales; donde se especifican los métodos para satisfacer un requisito de autocuidado particular.

Las operaciones reguladoras o de tratamiento son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente.

3) La Teoría de los Sistemas de Enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnóstica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficit de autocuidado¹⁶. Una vez que la enfermera ha establecido que existe la situación de enfermería es importante la forma en que organiza sus esfuerzos y aborda el cuidado del paciente. Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería.

Totalmente compensatorio, es cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente; por lo regular el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Parcialmente compensatorio En este sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería; la enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

¹⁶http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF

De apoyo / educación, este sistema es apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero necesita ayuda de enfermería. Por lo general el papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería deben ser dinámicos y cambiantes, inclusive se pueden solapar. Una vez tomada la decisión del sistema particular a usar se planifica en tiempo, lugar, condiciones ambientales, equipos y suministros; además del número y cualificaciones del equipo necesario para conducir, evaluar y modificar el plan de cuidados. Además se requiere que la enfermera forme juicios sobre el plan de cuidados existentes y los progresos en la consecución de los objetivos y resultados. Orem hace énfasis en la efectividad del plan y hacer cambios en el mediante un mecanismo de retroalimentación.

5.4 Proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, permitiendo brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistematizada.

La definición dada por la OMS (1977) declara que “el **Proceso de Enfermería** es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/cliente/familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La/él enfermera/o, en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que se atiende, define los objetivos, fija las prioridades, identifica los cuidados que hay que proporcionar y moviliza los recursos. Entonces, el/ella evalúa los resultados. La información recibida de la evaluación de los resultados debería ser el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de enfermería. De este modo, la enfermería se convierte en un proceso dinámico, que se presta a adaptación y mejoría”.

Para Carpenito (1981), Enfermería es “un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre la enfermera, el cliente/paciente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible”. En esta interacción se emplea el Proceso de Enfermería para evaluar a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud”.

El Proceso de Atención de Enfermería se define por sus objetivos, Iyer (1989), “el objetivo principal del Proceso de Enfermería, es constituir una estructura que pueda satisfacer, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad”. En este sentido de estructura y refiriéndose a los objetivos, Yura y Walsh (1983) afirman que “el proceso de Enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; si este estado se alterara, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso enfermero debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible”. Alfaro define el proceso de Enfermería como: “El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) resume las características del proceso de enfermería, resaltando que muchas de las características mencionadas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución de problemas y la toma de decisiones. Todo ello contribuye a la valoración, planificación, implementación y evaluación de los cuidados de un modo sistemático; por tal se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico¹⁷.

Características del proceso enfermero:

Es un ***método*** porque sigue una serie de pasos que permite al enfermero/a organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los pacientes, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

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

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del paciente y el de la propia enfermera/o.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería; y

¹⁷ Rodríguez S. Bertha; Proceso Enfermero Aplicación Actual; México, 2ª Edición, ed. Cuellar; p 29.

Es **interactivo** por requerir de la interrelación humano – humano con el (los) cliente (s) para acordar y lograr objetivos comunes.

El proceso enfermero consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente, pero en la práctica estas etapas se superponen.

1. Valoración. Es la primera fase del proceso de enfermería, definido como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente, familia y/o comunidad. Ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, reflejando el estado de salud del individuo, los patrones de adaptación presentes y pasados, la respuesta a las alteraciones actuales, la respuesta al tratamiento y el riesgo de desarrollar alteraciones potenciales¹⁸.

La obtención de datos se hace por medio de diversas fuentes, y se emplean métodos como la entrevista, la observación y la medición¹⁹ o examen físico; posteriormente se realiza y registra la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado; finalmente se analizan los datos obtenidos.

Una vez reunida la información se hace la validación de datos. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa. Los datos observados y que no son mensurables, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Posteriormente la información se organiza mediante categorías de información, de acuerdo al modelo empleado.

Finalmente se procede a realizar el registro de la valoración, de forma objetiva. Estos registros constituyen una forma de comunicación con otros profesionales, facilita la calidad de cuidados al ser comparables, permite una evaluación de la gestión de servicios, es una prueba legal, permite la investigación en enfermería.

2. Diagnóstico de Enfermería. Es la segunda fase del proceso de enfermería, donde se establecen los diagnósticos de enfermería. En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: *un diagnóstico de enfermería* es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería²⁰.

Se procede a realizar el análisis e interpretación de la valoración, que expliquen el estado de salud del paciente, se hace mediante un proceso deductivo.

¹⁸ Carpenito, Lynda Jual, Diagnóstico de Enfermería aplicación a la práctica clínica, 1991, España, p49

¹⁹ Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Proceso de atención de Enfermería. <http://www.seo.org/valora.htm/agosto> 2002.1-12. y [http://teletel.terra.es/personal/duenas/pae.htm.agosto2002.3-27.](http://teletel.terra.es/personal/duenas/pae.htm.agosto2002.3-27)

²⁰ NANDA; Diagnósticos Enfermeros de la NANDA; Ed. Harcourt; Madrid, 1999.

Seleccionando los datos relevantes y relacionándolos entre sí, para concluir en los problemas y poder formular los *diagnósticos de enfermería*. Estos describen las situaciones en donde la enfermera puede actuar.

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible.

- Diagnóstico de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.
- El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- De alto riesgo describe un juicio clínico sobre un individuo o grupo el cual es más vulnerable de desarrollar el problema que a otros en una situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo”. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Formulación de Diagnósticos de Enfermería. El enunciado de los diagnósticos de enfermería se compondrá de una, dos o tres partes según sea el tipo de diagnóstico a formular:

- a. Diagnósticos de bienestar se enuncian en una sola parte.
- b. Diagnósticos de alto riesgo, enunciado en dos partes: Diagnóstico de alto riesgo + factores de riesgo.
- c. El diagnóstico real se enuncia en tres partes: Diagnóstico + factores relacionados + signos y síntomas.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, dice que cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

- **Definición:** Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- **Características definitorias:** Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80–100 % de los casos. Otros signos y síntomas que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero se consideran evidencias necesarias del problema.
- **Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo:** Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo.

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

La dimensión independiente, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería. La dimensión interdependiente, se refiere a aquellos problemas o situaciones en donde colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Y la dimensión dependiente incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa de otro profesional de salud.

Los problemas interdependientes, “son ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras/os controlan para detectar apariciones o cambios en el estado de salud. Para este tipo de problemas se realizan actuaciones prescritas por el médico y por la enfermera, con la finalidad de minimizar las complicaciones fisiológicas”.

Los problemas interdependientes se organizan entorno a los sistemas corporales, pudiendo ser un problema de salud real (actual) o potencial (de riesgo), que se centra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o tratamiento) y que los profesionales de enfermería son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico.

La dimensión interdependiente de la enfermería contiene las misiones de:

- Remarcar la relación de colaboración de la enfermera con otros profesionales.
- Compartir la responsabilidad del cuidado del enfermo con otro profesional (generalmente el médico).
- Ser necesaria e insustituible la terminología biomédica para la formulación del problema.

Las palabras resaltadas se utilizan como nexo entre las diferentes partes del enunciado. La formulación de los problemas interdependientes se realiza mediante el término “Complicación Potencial”.

3. Planificación de los Cuidados de Enfermería. En esta fase se trata de establecer y eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

1. Establecer prioridades en los cuidados. Se hace una selección y se ordenan jerárquicamente los problemas detectados.
2. Continúa el planteamiento de los objetivos y se determinan los criterios de resultado. Necesarios porque proporcionan una guía, y permiten evaluar la evolución del paciente, así como los cuidados proporcionados. Se formulan en términos de conductas observables o mensurables y realistas. Se debe tener en cuenta los recursos disponibles. Se deben fijar a corto y largo plazo, se deciden y se plantean con el paciente, la familia y/o la comunidad, de modo que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas todas las partes.
3. Elaboración de las actuaciones de enfermería específicas en el plan de cuidados. Consideradas instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: que hay que hacer, cuándo, como, dónde y quién ha de hacerlo.
4. Documentación y registro. El registro se hace en un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer, potenciar sus propios recursos, buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación para satisfacer sus necesidades.

La identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca y comprenda los sistemas de vida del paciente y sus recursos.

En la planeación del cuidado, se debe tener presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con la enfermera; y los recursos financieros.

Las actuaciones de enfermería serán coherentes con el plan de cuidados, basadas en principios científicos (empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico) ya que esto las fundamenta. Serán individualizadas para cada situación en concreto.

Estarán enfocadas para las diferentes áreas de salud, la enfermedad y el desarrollo humano con la promoción, prevención, restablecimiento y la rehabilitación.

Los planes de cuidados utilizan tres documentos para su registro. Hoja de admisión y valoración; hoja de jerarquización de problemas y documento de evaluación.

En México actualmente la Comisión Permanente de Enfermería de acuerdo al planteamiento de Mayers, pretenden unificar criterios en la atención de Enfermería con la implementación de los PLACES (Planes de Cuidados Estandarizados); como instrumento de trabajo en la práctica de enfermería, tanto en las instituciones de salud públicas como privadas²¹.

Los objetivos de los PLACES son:

- a) Disponer de una herramienta metodológica, que sirva de base para estructurar planes de cuidados estandarizados que contribuyan en la mejora de la calidad de cuidado y seguridad de la persona, familia y comunidad.
- b) Impulsar el pensamiento crítico y la toma de decisiones.
- c) Favorecer la comunicación eficaz y eficiente entre los profesionales de enfermería en México.
- d) Homogenizar el conocimiento de la enfermería en México.
- e) Impulsar el fortalecimiento de estilos de vida saludables.
- f) Estimular el trabajo de equipo y
- g) Favorecer el desarrollo profesional a partir de una buena práctica.

Los PLACES se clasifican en:

- a) Individualizado. Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- b) Estandarizado. Según Mayers, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- c) Estandarizado con modificaciones. Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- d) Computarizado. Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

A partir del año 2011 en el Instituto de Neurología y Neurocirugía “MVS” se cuenta con la propuesta de planes de cuidados en el paciente neurológico, y sirve de herramienta cotidiana de enfermería.

Dentro de la estructura de los PLACES se considera la taxonomía de la NANDA (Clasificación internacional de diagnósticos de enfermería), NOC (Clasificación de resultados esperados, indicadores y escala de medición), y NIC (Clasificación de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería)²².

4. Ejecución. Es la cuarta etapa del plan de cuidados, en donde realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. Se realizarán todas las intervenciones

²¹Situación actual de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en México; Mtra. María de Jesús Posos; Secretaria de Salud; México, Marzo 2012.

²²Lineamientos Generales para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería; Dra. Patricia Góngora Rodríguez; Secretaria de Salud; México; enero, 2011.

enfermeras dirigidas a la resolución de problemas para satisfacer las necesidades del paciente.

La ejecución implica continuar con la recogida y valoración de datos, realizar las actividades de enfermería, anotar los cuidados de enfermería, dar los informes verbales de enfermería y mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye el paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo sanitario.

5. Evaluación. Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente, basándose en los resultados esperados (criterios de resultado), para poder establecer conclusiones que nos indiquen en que mejorar.

La evaluación mide los cambios del paciente, en relación a los objetivos, el resultado de la intervención enfermera para establecer en determinado caso las correcciones oportunas. Esta evaluación es continua, así se pueden hacer ajustes o introducir modificación para que la atención resulte más efectiva.

5.5 Patología

Es de relevancia mencionar que las principales causas de atención y /o hospitalización en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “MVS” son las alteraciones cerebrovasculares y dentro de estas las hemorragias subaracnoideas ocupan un primer lugar; como lo muestra el cuadro 1.

Cuadro 1. Principales causas de atención del servicio de urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Alteraciones cerebrovasculares	No. De pacientes
Hemorragia Subaracnoidea	34
Evento Vascular Cerebral (EVC) Isquémico	22
EVC Hemorrágico	12
Aneurisma	7
Trombosis Venosa	3
Malformación arteriovenosa (MAV)	3
Hemorragia intraparenquimatosa	2
Hemorragia Cerebelosa	1
Infarto Cerebeloso	1
Total	90

Fuente: Datos obtenidos de la libreta de ingresos y egresos del periodo del 1º de septiembre al 19 de octubre de 2012.

Conocer estas cifras es importante porque las enfermedades cerebrovasculares son consideradas como un problema de salud en los países en vías de desarrollo. Este fenómeno parece ir de la mano con el aumento de la población añosa y con el patrón creciente de los factores de riesgo como son la hipertensión, diabetes, obesidad y dislipidemia, entre otros.

El Plan Nacional de Salud de México menciona que el perfil epidemiológico que hoy caracteriza nuestro país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, asociadas al envejecimiento de la población y el creciente desarrollo de riesgos en relación con los estilos de vida poco saludables; y a las condiciones de vida de las personas, como a sus capacidades de tomar decisiones a favor de su salud y la de los suyos.²³

La mortalidad general atribuida a Alteración cerebrovascular, sin distinguir las formas agudas o crónicas ni entre los distintos síndromes clínicos (infarto cerebral, hemorragia intracerebral, isquemia cerebral transitoria, HSA y trombosis venosa cerebral) mostró un patrón de ascenso desde el año 2000²⁴.

Los EVC se encuentran como la tercera causa de muerte en mujeres y cuarta en hombres; en México en el 2005²⁵.

Debido a la prevalencia existente, los altos índices de incapacidad laboral que provoca y los altos costos de atención médica; se pone de relieve la importancia de que estas enfermedades en su mayoría son previsibles y controlables. Y que además los factores de riesgo no sólo afectan a la población adulta, sino que se incluyen a los adolescentes y a la población infantil.

Estas patologías además condicionan uno de los mayores índices de ocupación en camas hospitalarias; pero el problema sobrepasa este ámbito, ya que las secuelas que dejan, requieren de atención médica y de asistencia en el primer nivel de atención y en el nivel especializado; ya que el alrededor del 50% requieren rehabilitación a fin de evitar limitaciones en la calidad de vida²⁶.

La Hemorragia Subaracnoidea (HSA) es una enfermedad cerebrovascular, en donde hay una extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo o leptomeningeo²⁷, situado entre la aracnoides y la piamadre.

Puede ser primaria, cuando el sangrado tiene lugar directamente en el espacio subaracnoideo; o secundaria cuando el sangrado es en otra localización.

²³ Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud”; Secretaría de Salud; 2007, México, p23.

²⁴ Chiquete Erwin; Ruiz Sandoval José Luis; Mortalidad por Enfermedad Vascul ar Cerebral en México, 2000-2008; Revista Mexicana de Neurociencia; Septiembre-Octubre, 2011; 12(5): 235-241

²⁵ Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud”; Secretaría de Salud; 2007, México, p29.

²⁶ Oscar Velázquez Monroy y cols; Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México; 2005; Arch. Cardiol. Méx. V.7 n.1 México ene/mar. 2007.

²⁷ Hemorragia subaracnoidea aneurismática: guía de tratamiento del grupo de la Sociedad Española de Neurocirugía; A. Lagares; cols; <http://http://neurocirugia.elsevier.es> el 14/01/2013.

La HSA puede ser traumática (causa más frecuente) o de tipo no traumática (la rotura de un aneurisma, que se presenta en un 85% de los casos y MAV [angiomas]).

La HSA primaria representa el 8 a 10% de todas las enfermedades vasculares cerebrales agudas. Su incidencia es de 10 por cada 100 000 habitantes/año²⁸.

Cuando la causa es la ruptura de un aneurisma intracraneal, entre el 10 y el 15% de los pacientes sufren de muerte súbita; aproximadamente el 50 a 70% de los pacientes fallecen en los primeros 30 días; el riesgo de resangrado es del 30% en el primer mes. La mortalidad total se encuentra entre el 40 a 50% y una tercera parte de los sobrevivientes quedan con secuelas severas²⁹.

Entre los factores de riesgo tenemos que este tipo de ictus predomina en la mujer de edad media, entre los 50 y 60 años, el riesgo se incrementa con la edad. La hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo y los factores hormonales (se relaciona con la edad de la mujer) y aumenta en la fase de desarrollo (postmenopausia); el uso de drogas como cocaína³⁰, aumentan la predisposición a esta enfermedad.

Es importante estimar el grado clínico de cada paciente ya que existe una buena correlación entre la evolución final y el grado clínico inicial. Las escalas de evaluación clínica dan idea del efecto inicial de la hemorragia y de los efectos fisiopatológicos que suceden en el comienzo de la enfermedad; las más validadas son la escala de Glasgow, la escala de Hunt y Hess y la escala de Fisher³¹, ver

Anexo 1

El cuadro clínico puede iniciar con una cefalea súbita, intensa, que el paciente describe como “la más fuerte de toda su vida”; alteración del sensorio, náusea y vómito, alteración del estado de conciencia; signos meníngeos como rigidez de nuca. A veces en el examen podemos ubicar signos focalizadores que indican dónde está la lesión responsable del sangrado (III par, comunicante posterior; paresia faciobraquial, cerebral media; y paraparesia, comunicante anterior).

Diversos factores influyen en la evolución de los pacientes con HSA, entre ellos destaca la gravedad del sangrado inicial, al ocurrir la hemorragia se eleva la presión intracraneal (PIC) y a consecuencia disminuye de forma aguda la presión de perfusión cerebral (PPC). La hipoperfusión produce isquemia cerebral aguda y pérdida de la conciencia. El fallecimiento durante esta fase aguda se ha explicado por la destrucción neural directa por la fuerza de la sangre extravasada, isquemia cerebral secundaria a elevación aguda de la PIC, y muerte súbita atribuida a arritmias ventriculares mediadas por el sistema simpático. Con la recurrencia de los

²⁸ Rodríguez García Pedro L. Hemorragia subaracnoidea: epidemiología, etiología, fisiopatología y diagnóstico; Rev Cubana Neurol Neurocir. 2011;1(1): 59–73

²⁹ Richard Douce, Fabian Jarrín; Hemorragia subaracnoidea no traumática; Revista Médica Vozandes Volumen 23, Número 1, 2012

³⁰ Rodríguez García Pedro L. Hemorragia subaracnoidea: epidemiología, etiología, fisiopatología y diagnóstico; Rev Cubana Neurol Neurocir. 2011;1(1):59–73

³¹ A. Lagares y cols; Hemorragia subaracnoidea aneurismática: guía de tratamiento del Grupo de Patología Vasculard de la Sociedad Española de Neurocirugía; Neurocirugía 2011; 22:93-115

episodios de hemorragia la PIC se puede incrementar más debido al efecto de masa de los coágulos, edema cerebral e hidrocefalia obstructiva.

Lo productos de la sangre activan los procesos inflamatorios y así se afectan las leptomeninges, los vasos del circulo arterial de willis y los vasos pequeños dentro del espacio subpial. Estos procesos inflamatorios son complejos y luego de varios días intervienen en la producción de la isquemia cerebral tardía.

El vasoespasma cerebral es un factor en la producción de la isquemia cerebral tardía y tiene un origen multifactorial. Con la inflamación y la infiltración por leucocitos se promueve la formación de los radicales libres que evoca la disfunción endotelial y entrada de calcio, se incrementa la producción de endotelina-1 (sustancia vasoconstrictora), generación de radicales libres y disminución de la disponibilidad de óxido nítrico (sustancia vasodilatadora).

Otras teorías implicadas son : 1) Actividad vasoconstrictora directa de los productos de degradación de la sangre extravasada, 2) Desarrollo de cambios estructurales dentro de los vasos sanguíneos y 3) Vasoconstricción mediante reacciones inmunes³².

En la evolución de la HSA pueden asociarse varias complicaciones neurológicas y sistémicas, (ver **Anexo 2**).

Los tres principales factores pronósticos de alta mortalidad y dependencia son el deterioro del nivel de conciencia al ser hospitalizado, edad avanzada y gran volumen de sangre en la TAC inicial.

Diagnóstico se hace mediante el cuadro clínico. La tomografía computarizada craneal (TAC) es el primer escalón diagnóstico; en las primeras 24 hr se puede observar en el 90% de los casos la hiperdensidad señal de sangre en el espacio subaracnoideo, ante la sospecha clínica y en TAC negativas, se ha de realizar una punción lumbar (PL) y/o Resonancia Magnética³³.

En el Tratamiento se debe tener como objetivo fundamental el diagnóstico precoz, el traslado a un centro hospitalario con servicios de neurocirugía, Unidad de Cuidados intensivos y neurorradiología; contar con un equipo multidisciplinario que pueda manejar a pacientes con HSA. Prevenir el resangrado mediante cirugía y/o embolización. Y prevenir y tratar la isquemia cerebral³⁴.

En los primeros momentos la TAC sirve para diferenciar entre lesiones isquémicas y las hemorrágicas, y la realización de otras pruebas diagnósticas retrasa el inicio del tratamiento y la oportunidad de aprovechar la ventana terapéutica. En esta

³² Rodríguez García Pedro L. Hemorragia subaracnoidea: epidemiología, etiología, fisiopatología y diagnóstico; Rev Cubana Neurol Neurocir. 2011;1(1):59–73

³³ J. Vivancos, F. Rubio y cols; Guía clínica en la Hemorragia Subaracnoidea; Grupo de Estudios de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN

³⁴ A. Lagares y cols; Hemorragia subaracnoidea aneurismática: guía de tratamiento del Grupo de Patología Vascular de la Sociedad Española de Neurocirugía; Neurocirugía 2011; 22:93-115

situación los síndromes neurovasculares pueden ayudar a la selección más específica de pacientes candidatos a diversos tipos de tratamiento.

Con estas premisas se han definido cuatro síndromes neurovasculares, que permiten identificar la extensión de la lesión, su mecanismo etiopatogénico más probable, su pronóstico más exacto y la posible intervención terapéutica.

Infarto completo de la circulación anterior. Es el ictus que presenta una combinación de alteración de las funciones corticales (como afasia o disfasia, discalculia o alteración visuoespacial), hemianopsia homónima y déficit motor o sensitivo del mismo lado que incluya al menos dos áreas de las siguientes: cara, extremidad superior y extremidad inferior. Si el paciente muestra una disminución del nivel de conciencia debe asumirse que están afectados las funciones cerebrales corticales y el campo visual. Este tipo de infarto constituye aproximadamente el 15% de los infartos cerebrales, y la embolia es dos veces más frecuente que la trombosis como mecanismo etiopatogénico. Su pronóstico es malo, con una elevada mortalidad inicial, pero con una baja posibilidad de recidiva. La neuroprotección y la trombólisis precozmente administradas pueden disminuir la mortalidad y minimizar las secuelas neurológicas.

Infarto parcial de la circulación anterior. Se define ante un paciente que presenta dos de las manifestaciones clínicas del infarto completo de la circulación anterior, o bien sólo una alteración de la función cortical. Es el tipo de infarto cerebral más frecuente (aproximadamente el 35%), y la embolia y la trombosis son responsables en proporción similar. El pronóstico inmediato es bueno, pero las posibilidades de recidiva son muy elevadas, sobre todo en los primeros meses. Son pacientes candidatos a la neuroprotección y a la fibrinólisis precoz, a la cirugía carotídea si se demuestra estenosis y sobre todo a una eficaz antiagregación plaquetaria.

Infarto lacunar. El paciente se presenta con un síndrome lacunar característico (déficit motor o sensitivo puro, hemiparesia-ataxia o disartria mano torpe). Constituye el 25% de los infartos cerebrales y su mecanismo habitual es la lipohialinosis de las arterias penetrantes. Tiene buen pronóstico y una tasa de recidiva muy baja. La clave del tratamiento es el control de la tensión arterial.

Infarto de la circulación posterior. Este es el ictus definido por el comienzo agudo de un déficit neurológico focal que incluye cualquiera de las siguientes manifestaciones: parálisis ipsilateral de pares craneales con déficit motor y/o sensitivo bilateral, alteración de los movimientos conjugados de los ojos, disfunción cerebelosa o una alteración aislada del campo visual.

Constituyen el 25% de los infartos cerebrales; tienen un buen pronóstico inmediato, pero una elevada posibilidad de recidiva. El mecanismo etiopatogénico implicado con más frecuencia es la trombosis cerebral. La trombólisis precoz y la antiagregación plaquetaria serán la combinación terapéutica de elección³⁵.

³⁵ Castillo Sánchez J; ÁlvarezSabín J; Manual de Enfermedades vasculares cerebrales; J.R. Prous Editores; Barcelona, España; 1995; pp 305

6) Metodología

6.1 Estrategias de investigación

Para la realización del estudio de caso se seleccionó una persona “enferma”, al familiar tutor legal se pidió su consentimiento informado, en dónde se le informó sobre los beneficios de su participación, en relación con la salud; así como los principios en los que esta basado y que guiarán el caso, como son confidencialidad, respeto y autonomía. Además de que la información que se obtenga será empleada sólo para tema de titulación.

Esta fundamentado en el código de ética de Enfermería, así como en la CONAMED.

El estudio de caso está integrado por dos ejes; El primero de ellos es el metodológico, apoyado en la investigación documental, expediente clínico, búsqueda de información electrónica y además se llevará a cabo en las cinco etapas del Proceso de Atención de Enfermería. El segundo estará constituido por un marco conceptual de Enfermería con base en el modelo de Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem; su finalidad es guiar al estudiante de posgrado en neurología dentro del contexto del autocuidado.

Desde la perspectiva de Dorotea Orem la etapa de valoración tiene como objetivo integrar una base de datos con relación a los requisitos universales de autocuidado, identificar los sistemas de enfermería que se implementan para la atención de la persona; para tal efecto se utilizan las técnicas de entrevista, observación, y el método clínico; teniendo como fuentes las primarias y secundarias.

En la valoración se aplicó un instrumento, en donde se valoraron los ocho requisitos universales del autocuidado.

La información se registró y en la etapa de Diagnóstico, se realiza el análisis de la información obtenida, identificando los problemas y los requisitos alterados una vez hecho esto se jerarquizaron.

Con base a esto se determinó la planeación de las intervenciones de enfermería, dependiendo del sistema de compensación que se requirió, total, parcial o de apoyo/educación.

Para la estructuración de los diagnósticos, se empleó el formato PES. Se elaboraron diagnósticos reales y de riesgo

Para cada diagnóstico se establecerá un objetivo y para cada intervención, metas y criterios de evaluación.

Es importante señalar que cada intervención o cuidado de enfermería cuenta con una fundamentación científica y esta dirigido a ayudar a la persona en satisfacer el autocuidado.

6.2 Selección de caso y fuentes de información

Se decidió elegir una persona del servicio de urgencias para realizarle el estudio de caso; debido a la atención especializada que requieren los pacientes que ingresan al Instituto; siendo un centro de Referencia de otros estados.

Haciendo una revisión de la incidencia que hay en este servicio se pudo contemplar que las alteraciones cerebrovasculares son la principal causa de ingresos. Y dentro de estos la Hemorragia subaracnoidea es de las de más prevalencia.

La persona que se selecciono presenta esta enfermedad; afectando los ocho requisitos universales de autocuidado.

Las fuentes de información que se emplearon en el estudio de caso, fue el familiar, quien permitió bajo consentimiento informado, se realizara la valoración con el instrumento de la especialidad a la persona a su cargo; así como planear y realizar las intervenciones de enfermería requeridas para cubrir cada necesidad; por último poder implementar un plan de alta.

Otras fuentes fueron el expediente clínico, bibliografía, y artículos que se revisaron vía internet y algunos PLACES.

6.3 Consideraciones Éticas

El Código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional, donde el enfermero debe trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros; actuar bien por conocimiento, dignidad y respeto³⁶.

Los principios éticos fundamentales para el desempeño correcto en las intervenciones de enfermería son:

Beneficencia y no maleficencia.- Hacer o promover el bien y evitar, prevenir, apartar y no infringir daño o maldad. Si no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, familia, comunidad.

Justicia.- Se refiere a la disponibilidad y utilización de recursos, a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano. Permite ser equitativo sin distinción de personas.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, sus valores y convicciones personales. Hace respetar la

³⁶ Comisión Interinstitucional de Enfermería; Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México; México, 2001; www.ssa.gob.mx.

libertad que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. Se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el **consentimiento informado** en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y esta debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través de este se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana. Aparece como el *primero* y más elemental de todos los **derechos que posee la persona**

Privacidad.- Este principio impide que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. Es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona.

Veracidad.- Principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. Fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias. Este principio es fundamental para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

Tolerancia.- Hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno;

- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.

Régimen Jurídico Del Acto Médico

Uno de los conceptos de mayor importancia para el Derecho Sanitario³⁷ (la disciplina jurídica especial que define las relaciones entre los usuarios o pacientes y los sistemas nacionales de salud) ha sido el del *acto médico*³⁸.

José Caballero define al acto médico como el *"Conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud, las cuales tienen como objeto la recuperación del paciente y son realizadas por un profesional de la salud. Si bien típicamente lo realiza el médico, también puede ser realizado por otro tipo de profesional de la salud llámese odontólogo, obstetra, enfermera, técnico, etc."*

En el derecho mexicano, la referencia normativa por antonomasia la encontramos en el artículo 32 de la Ley General de Salud: *"Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud."* Siguiendo el criterio anterior, la legislación mexicana es la que por primera vez en el ámbito de la legislación comparada ha definido qué ha de entenderse por acto médico, pues se trata de un acto jurídico *sui generis*, así el anteproyecto de Reglamento general de atención médica de los Estados Unidos Mexicanos lo define de la siguiente manera: *"Toda clase de examen, intervención, tratamiento e investigación de un paciente o razonamiento clínico, con fines de protección a la salud e incluye actos de prevención, diagnóstico, prescripción, recomendación terapéutica y rehabilitación, llevados a cabo por personal de salud o bajo su responsabilidad. En razón de lo anterior, no se considerará por su naturaleza acto mercantil."*

Anexo 3. Consentimiento informado

³⁷ Declaración de Madrid, adoptada en octubre de 2004 por la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario, previo acuerdo especial de los representantes de las Asociaciones Argentina, Chilena, Española y Mexicana. (Publicada en la Revista CONAMED Vol. 9, No. 4, octubre-diciembre, 2004)2 Vide. Casa Madrid Mata, Octavio. *El acto médico y el derecho sanitario*. Memoria del Noveno Simposio CONAMED. Revista CONAMED. Vol. 10, No. 1, enero-marzo, 2005.

³⁸ Acto médico Conamed. ; acto-medicoconamed.pdf.

7) Presentación del caso

7.1 Descripción del caso

El presente estudio de caso se realizó a un mujer adulta ubicada en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.

La señora Ediberta de 50 años edad, casada, ama de casa, que ingresa al servicio el día 17 de octubre de 2012, referida del Hospital de Acapulco, Guerrero; con el diagnóstico médico de Hemorragia subaracnoidea Fisher IV.

Inicio su padecimiento el 15/10/2012 con cefalea intensa y vómito, es tratada con médico particular y enviada a su hogar, al siguiente día se agrega pérdida del estado de alerta y es llevada al Hospital de Acapulco, en donde se le realiza TAC y es diagnosticada y referida a este Instituto

En la entrevista con el familiar niega que la Sra. Ediberta presentara alguna enfermedad con anterioridad.

Al efectuar la valoración con el instrumento de la especialidad de enfermería neurológica, se detecta que los ocho requisitos universales de autocuidado están alterados. (**Anexo 4**).

8) Aplicación del proceso atención de enfermería

8.1 Valoración

8.2 Jerarquización y Priorización de problemas

8.3 Diagnósticos de Enfermería

8.4 Problemas interdependientes

8.5 Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados

8.6 Evaluación del proceso

8.1 Valoración

La valoración se llevo a cabo con el instrumento de la especialidad (anexo 4)

8.2 Jerarquización y Priorización de problemas

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Problema:

- a) Alteración de la perfusión cerebral
- b) Hipertensión arterial; 220/170 mmHg
- c) Estado de conciencia en estupor
- d) Cianosis distal
- e) Respiraciones tipo Cheyne Stokes
- f) Saturación de oxígeno de 85%

2. Mantenimiento de un Aporte suficiente de agua.

Problema:

- a) Estado de conciencia alterado (estupor)
- b) Ayuno
- c) Mucosas orales secas
- d) Hipernatremia (Na 147 mmol/l)

3. Mantenimiento de un Aporte suficiente de Alimentos.

Problema:

- a) Estado de conciencia alterado (estupor)
- b) Ayuno prolongado
- c) Hiperglucemia (396 mg/dl)
- d) Triglicéridos 290 mg/dl
- e) Colesterol 284
- f) Albúmina 3.7

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

Problema:

- a) Estado de conciencia alterado (estupor)
- b) Alteración sensorio-motoras
- c) Incontinencia
- d) Sonda vesical a permanencia
- e) Orina 140 ml/hr

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Problema:

- a) Estado de conciencia alterado (estupor)
- b) Cuadriplejía

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

Problema:

- a) Estado de conciencia alterado (estupor)
- b) Patrón de comunicación habitual inexistente

7. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano

Problema:

- a) Estado de conciencia alterado (estupor)
- b) Cambios en el rol social

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

Problema:

- a) Pérdida de las barreras protectoras
- b) Estado de conciencia alterado
- c) Cuadriplejía

Requisito 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Valoración: Persona en estupor; con Glasgow 8, SV FC 110x'; FR 24x'; hipertensión arterial de 220/170 TAM 186 Pupilas Anisocoria por Midriasis Derecha con respuesta de 3+/4+; Temp. 36.2 °C; Hipoxia con Sat. O₂ 85%; con palidez de tegumentos y cianosis distal; Tiene apoyo de O₂ con mascarilla a nebulizador 3ltsxmin; secreciones blanquecinas, espesas, escasas por boca.

Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio

Diagnósticos de Enfermería

- ❖ Perfusión tisular cerebral inefectiva R/C Hemorragia intracerebral M/P estupor, Glasgow 8 e hipertensión de T/A 220/170 TAM 186.

Objetivo: Disminuir la hipertensión y por ende mejorar la presión de perfusión cerebral.

Intervenciones de Enfermería.

- Monitorización de los signos vitales y tensión arterial
- Control y registro de la TAM (Mantenerla un 25% de la presión que maneja normalmente).
- Administración de tratamiento con antihipertensivos; alternados e indicados (captopril, prazosin, amlodipino).
- Vigilar datos de alteración de perfusión cerebral (cambios en el estado de alerta, cambios pupilares, cambios en el tipo de respiración, arritmias).
- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso permeable.
- Regulación hemodinámica (vigilar datos de hipotensión, ritmo cardíaco, PVC)
- Oxigenoterapia (Mantener saturación > 90%)

- ❖ Riesgo de resangrado intracerebral R/C hipertensión arterial.
Objetivo: Disminuir la hipertensión.
Intervenciones de Enfermería.
 - Monitorización de los signos vitales y tensión arterial; principalmente vigilar la TAM
 - Administración de tratamiento con antihipertensivos; alternados e indicados.
 - Vigilar datos de alteración de perfusión cerebral ((cambios en el estado de alerta, cambios pupilares, cambios en el tipo de respiración, arritmias).**Evaluación:** La presión arterial disminuye a 178/112, TAM 129 mmHg y a la media hora baja a 160/105 con una TAM 123 mmHg; con lo que disminuye el riesgo de resangrado.

- ❖ Riesgo de vasoespasmo cerebral R/C Cambios bruscos en la presión arterial.
 - Monitorización de los signos vitales y tensión arterial; principalmente vigilar la TAM
 - Vigilar efectos de antihipertensivos
 - Control y registro de la TAM
 - Vigilar datos de alteración de perfusión cerebral
 - Monitorización de los signos vitales.**Evaluación:** La presión arterial media ha disminuido poco a poco con lo que el riesgo de cambios bruscos en la tensión arterial no se ha presentado; la persona se mantiene en constante vigilancia debido a su estado general, no se han visto cambios en su estado de conciencia.

- ❖ Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas R/C alteración del estado de alerta (estupor) M/P Glasgow de 8, FR de 24x'; secreciones blanquecinas, espesas, cianosis distal.
Objetivo: Mantener limpia la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso.
Intervenciones de Enfermería.
 - Monitorización de los signos vitales
 - Aspiración de la vía aérea
 - Ayuda a la ventilación
 - Mantenimiento de la vía aérea permeable
 - Oxigenoterapia
 - Cambio de posición
 - Fisioterapia respiratoria
 - Precauciones para evitar la broncoaspiración**Evaluación:** Los campos pulmonares se escuchan bien ventilados; no hay presencia de secreciones, disminuye la cianosis distal. La persona no muestra datos de broncoaspiración.

- ❖ Deterioro del intercambio gaseoso R/C compresión por efecto de masa sobre centro neumotáxico y centro apneustico M/P Glasgow 8,; Respiración tipo Cheyne Stokes; Sat. O₂ 85%; . SV FC 110x'; FR 24x'
Objetivo: Aumentar los niveles de oxígeno en sangre y favorecer el intercambio gaseoso.
Intervenciones de Enfermería.
 - Mantenimiento de la vía aérea permeable
 - Oxigenoterapia
 - Monitorización respiratoria; e monitorización

- Toma e interpretación de datos de laboratorio (gasometría)
- Monitorización de signos vitales
- Cambios de posición

Evaluación: La persona mejora su respiración y por ende, los niveles de saturación de oxígeno aumentan a 94%; la frecuencia cardíaca disminuye a 98xmin.

Requisito 2. Mantenimiento de un Aporte suficiente de agua.

Valoración: La persona se encuentra en estupor, con SNG, en ayuno; con catéter largo en miembro superior izquierdo, con Sol. Salina 0.9 150 ml x hr, se observa mucosas orales secas, piel hidratada, tibia al contacto. SV: FC 110x'; FR 24x'; T/A 220/170 TAM 186; Dentro de los laboratorios los ES fueron Cl 104 mmol /l; Na 147 mmol/l ; k 3.62 mmol/L, Ca 8.42; P 2.02; Mg 1.8; Gluc. 396, Colesterol 284; Creatinina 0.43; Urea 20.6; Nitrógeno ureico 10; Albúmina 3.7; Relación A/G 1.2

Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio

Diagnósticos de Enfermería

- ❖ Déficit de volumen de líquidos R/C Incapacidad para hidratarse M/P mucosas orales secas e hipernatremia.

Objetivo: Mantener un aporte adecuado de líquidos.

Intervenciones de Enfermería.

- Manejo de líquidos y electrolitos.
- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso
- Monitorización de los signos vitales
- Terapia intravenosa con soluciones hipotónicas
- Administración de diuréticos
- Cuidados de la sonda nasogástrica
- Aseo bucal
- Balance hidroelectrolítico

Evaluación: Mejora la hidratación, mucosa oral hidratada, los electrolitos séricos reportan un sodio de 140 mEq/l.

Requisito 3. Mantenimiento de un Aporte suficiente de Alimentos.

Valoración: Su peso corporal de 65 kg; talla de 155 cm; Su alimentación es nula, por indicación probable angiografía y/o deterioro neurológico. Triglicéridos 290mg/dl; colesterol 284; glucosa 396 mg/dl.

Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio

Diagnósticos de Enfermería

- ❖ Glicemia inestable R/C respuesta metabólica al estrés M/P hiperglicemia de 396 mg/dl.

Objetivo: Disminuir los niveles de glicemia a límites normales.

Intervenciones de Enfermería.

- Mantener ayuno dentro de las primeras 48 horas.
- Monitoreo de glicemias con manejo de esquema de insulina al 2% > de 140mg/dl.
- Toma de muestras para laboratorios e interpretación de resultados.
- Monitoreo hidroelectrolítico, aumento del volumen circulante y balance hídrico.

Evaluación: La hiperglucemia disminuyó en las primeras 3 horas de 396 a 310 y en las 2 horas posteriores bajo a 285 mg/dl.

- ❖ Desequilibrio nutricional por defecto R/C enfermedad neurológica M/P estupor y Glasgow 8; ayuno mayor de 48 hr; presencia de SNG.

Objetivo: Mantener un aporte nutricional suficiente para mantener necesidades metabólicas.

Intervenciones de Enfermería.

- Ayuda con los autocuidados: alimentación
- Monitorización de líquidos y electrolitos.
- Monitorización de signos vitales
- Terapia nutricional
- Alimentación enteral por sonda en cuanto sea posible.
- Terapia intravenosa
- Toma de muestras para laboratorio e interpretación de resultados

Evaluación: Se inicia alimentación con suplemento alimenticio (glucerna) a 50ml x hr. Tolerancia adecuada, no hay residuo gástrico; ni datos de intolerancia alimenticia.

Requisito 4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Valoración: Orina 140ml x hr.; Color claro, sin olor, Actualmente presenta incontinencia debido a trastorno neurológico, tiene colocada una sonda vesical a permanencia.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Diagnósticos de Enfermería

- ❖ Deterioro de la eliminación urinaria R/C alteración del estado de alerta M/P alteraciones sensorio-motoras; Sonda vesical a permanencia, orina de 140 ml x hr.

Objetivo: Mantener un vaciado adecuado de la vejiga.

Intervenciones de Enfermería.

- Lavado adecuado de manos,
- Cuidados de la incontinencia urinaria
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la medicación
- Manejo de líquidos
- Monitorización de líquidos
- Cuidados del catéter urinario
- Protección contra infecciones
- Cuidados y vigilancia de la piel.

Evaluación: La persona continúa con incontinencia urinaria, la piel de genitales, está limpia e íntegra, El volumen urinario aumentó (300 ml x hr) debido a que se le pasó el diurético de Asa, para disminuir T/A. No se detectaron datos de infección.

Requisito 5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Valoración. La persona se encuentra en estupor, y tiene cuádruplejía.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Diagnósticos de Enfermería

- ❖ Alteración de la movilidad física R/C deterioro neuromuscular M/P estupor, cuadriplejía.

Objetivo: Ayudar a la persona a mantener adecuadamente la posición corporal, y mantener la movilidad de las extremidades.

Intervenciones de Enfermería.

- Cambios de posición
- Cuidados del paciente encamado
- Fomentar los mecanismos corporales
- Terapia de ejercicios; control muscular
- Ayuda al autocuidado
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo intestinal
- Manejo de la medicación

Evaluación: La persona continúa sin presentar movimientos por sí misma.

- ❖ Déficit de autocuidado en baño e higiene R/C Alteración del estado de alerta M/P estupor y cuadriplejía

Objetivo: Ayudar a la señora a mantener adecuadamente una higiene en cuanto su cuerpo, boca y genitales

Intervenciones de Enfermería.

- Brindar medidas de seguridad.
- Ayuda con los autocuidados de baño/higiene
- Baño
- Cuidados de las uñas
- Cuidados de los oídos
- Cuidado de los ojos
- Cuidados de los pies
- Cuidado del cabello
- Cuidados perineales
- Mantenimiento de la salud bucal

Evaluación: La persona se deja limpia y arreglada, la piel se encuentra hidratada y sin datos de lesiones; pero no presenta ningún dato que indique cambios en su estado de salud.

Requisito 6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

Valoración. La persona se encuentra en estupor, tiene cuadriplejía y el patrón de comunicación habitual es inexistente, el rol de la persona (esposa, madre, hermana y tía) está comprometido al estar incapacitada para ejecutarlos.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Diagnósticos de Enfermería

- ❖ Afrontamiento familiar comprometido R/C enfermedad neurológica de la esposa M/P ansiedad y angustia del esposo en cuanto el proceso de enfermedad de la persona.

Objetivo: Ayudar a la familia en el proceso de afrontamiento

Intervenciones de Enfermería

- Preparación del cuidador familiar
- Salud emocional del cuidador familiar
- Salud física del cuidador familiar
- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Apoyo al cuidador principal
- Fomento de la implicación familiar
- Apoyo a la familia.
- Manejo y disminución de la ansiedad

Requisito 7. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano.

Valoración. La persona se encuentra en estupor, tiene cuadriplejía, falta de interacción con medio ambiente.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

Diagnósticos de Enfermería

- ❖ Cambio en el rol social R/C Alteración del estado de alerta M/P falta de interacción con el medio que le rodea.

Objetivo:

Intervenciones de Enfermería

Requisito 8. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

- ❖ Riesgo de infección R/C pérdida de las barreras protectoras y presencia de vías invasivas.

Objetivo: Evitar que se produzca una infección

Intervenciones de Enfermería.

- Lavado adecuado de manos,
- Control de infecciones
- Cuidados del catéter de acceso venoso
- Cuidados a sonda gastrointestinal
- Cuidados del catéter urinario
- Manejo de la vía aérea.
- Manejo de líquidos y electrolitos

Evaluación: No se han detectado datos de infección en la paciente

- ❖ Riesgo de síndrome de desuso R/C alteración de conciencia y cuadriplejía

Objetivo: Disminuir el deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de inactividad

Intervenciones de Enfermería.

- Ayuda con los autocuidados
- Manejo de la energía
- Monitorización de los signos vitales
- Terapia de ejercicios y Ayudar a realizar movimientos pasivos

Evaluación: La persona no ha presentado cambios en el estado de alerta, signos vitales se han mantenido estables, mantiene un patrón respiratorio adecuado, eliminación de excretas adecuado; ha mantenido miembros con tono muscular adecuado.

❖ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C cuadriplejía

Objetivo: Evitar lesiones de piel por consecuencia de inactividad

Intervenciones de Enfermería.

- Cambios de posición
- Cuidados de diferentes sondas, cambio de la ubicación de fijación
- Cuidados de autocuidado en el baño
- Ayuda en el autocuidado: alimentación
- Precauciones circulatorias
- Fomento de ejercicio, de extensión y flexión
- Manejo de la hidratación y lubricación de piel.

Evaluación: La piel se mantiene hidratada, con buena coloración, buen llenado capilar y sin presentar alguna lesión.

8.6 Evaluación del Proceso

La realización del proceso de atención de enfermería nos llevó a organizar la información obtenida en la valoración de la persona, permitiendo establecer diferentes diagnósticos y posteriormente decidir cuál era la mejor opción de intervención de enfermería; con el objetivo de proporcionar un cuidado de calidad a la persona a nuestro cargo.

A pesar de que el estado de alerta, y la cuadriplejía de la señora Ediberta no cambio, por la severidad de la lesión intracraneal; ella estaba en condiciones hemodinámicamente estables.

Es egresada a su domicilio por habersele brindado todo al alcance del Instituto. Se sugirió al familiar llevarse el plan de alta y acudir previo a su egreso pasar a consultoría con el comité de Bioética.

9) Plan de Alta

Objetivo: Enseñar , orientar y adiestrar al familiar en el cuidado integral de la persona para favorecer el cuidado en el hogar.

- Establecer una rutina de actividades referentes al autocuidado de la persona; lo importante es establecer horarios para que en la noche duerma y en el día poder realizar actividades para su autocuidado.
- Verificar la vía aérea permeable con la aspiración de secreciones ya sea con perilla o aditamento que tenga en casa; aspirar previamente a la alimentación.
- Movilización de la persona; enseñar la forma en como movilizarla, de como emplear los aditamentos como almohadas, cojines, y el uso de zapatos para evitar deformaciones de miembros, así como disminuir el riesgo de lesiones de la piel que puedan complicar el cuidado.
- Enseñar a realizar los movimientos pasivos de todos los miembros, y evitar dentro de lo posible las secuelas de deformidad y de espasticidad muscular, así como el síndrome de desuso.
- Enseñar el cuidado de piel, de como evitar lesiones en ésta y en mucosas.
- Preparar la nutrición e hidratación adecuada, en donde se prepare alimentación en forma artesanal, que incluya alimentos variados, que sea nutritiva y de fácil digestión.
- Colocación en posición semifowler o fowler al alimentar para evitar el riesgo de aspiración
- Mantener sondas de alimentación, en buenas condiciones, enjuagarla con agua para evitar oclusiones e infecciones gastrointestinales, se le instruye al familiar para realizarlo con jeringa de 20ml, o con jeringa asepto, tratando de que se le facilite el manejo en el hogar.
- Manejo adecuado de la sonda vesical, se le orienta sobre como pinzarla al movilizar a su paciente; como despinzarla y mantenerla por debajo del nivel de la vejiga; así de cómo vaciarla y evitar que se contamine.
- Se sugirió al familiar que acudiera antes de irse al grupo de Apoyo del Comité de cuidados paliativos del Instituto.

10) Conclusiones

El estudio de caso me hace reflexionar sobre los cambios que se han suscitado en el cuidado de las personas y como influye positivamente el tener un modelo conceptual específico que guíe la práctica de enfermería; así como la aplicación de un instrumento de valoración.

Es por esto que al aplicar el proceso atención enfermero e identificar los requisitos alterados se pudo brindar una atención de enfermería de alta calidad.

En el plan de alta se manejaron diferentes aspectos que el familiar debía de trabajar en el hogar, para mantener a su familiar en condiciones óptimas y permitiera a la persona tener una mejor calidad de vida.

Aunque el estado de salud no cambio, debido a las importantes secuelas que dejó la hemorragia subaracnoidea en la persona, es egresada al día siguiente a su domicilio por máximo beneficio . Se mantuvo contacto con familiar quién informo que su paciente falleció a los dos días de haber regresado a su hogar; finalmente se oriento al familiar sobre el proceso de duelo.

Este estudio me deja una grata satisfacción al saber que la profesión de enfermería tiene los recursos necesarios para brindar cuidados especializados y la oportunidad de trabajar con los familiares con una visualización que permita la integración de este en el cuidado de la persona enferma, independientemente de los resultados como en el presente estudio.

11) Bibliografía

- 1) Pacheco Arce Ana L; cols; Fundamentación teórica para el cuidado, México, ENEO-UNAM, 2005.
- 2) Colliere, Marie Françoise; Promover la vida, 2a Edición; México, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2009.
- 3) Molina T; Historia de la Enfermería; Buenos Aires, Ed. Intermédica, 1973.
- 4) Nihgtingale, Florence, Notas sobre Enfermería, Qué es y qué no es; Barcelona, España; Ed. Salvat; 1990
- 5) Stephen J. Cavanagh; Modelo de Orem; Editorial Masson Salvat Enfermería; 1993; Barcelona, España.
- 6) Navarro Peña, Y., Castro Salas, M; Modelo de Dorotea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería; Revista electronica cuatrimestral de Enfermería.
- 7) Fernández Fernández, M.; Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería; [http://oew.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(III\).pdf](http://oew.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(III).pdf); 18-Nov-2012 18:00
- 8) http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF 18-Nov-2012 18:15
- 9) Rodríguez S. Bertha; Proceso Enfermero Aplicación Actual; México, 2ª Edición, ed. Cuellar.
- 10) Carpenito, Lynda Jual, Diagnóstico de Enfermería aplicación a la práctica clínica, 1991, España.
- 11) Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Proceso de atención de Enfermería. http://www.seo.org/valora.htm/agosto_2002.1-12. y <http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm.agosto2002.3-27>
- 12) NANDA; Diagnósticos Enfermeros de la NANDA; Ed. Harcourt; Madrid, 1999.
- 13) Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México sano. Construyendo alianzas para una mejor salud”; Secretaria de Salud; 2007, México.
- 14) www.salud.gob.mx/unidades/cie 7 enero 2013, 22:10
- 15) Chiquete Erwin; Ruiz Sandoval José Luis; Mortalidad por Enfermedad Vascular Cerebral en México, 2000-2008; Revista Mexicana de Neurociencia; Septiembre-Octubre, 2011; 12(5).

- 16) Oscar Velázquez Monroy y cols; Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México; 2005; Arch. Cardiol. Méx. V.7 n.1 México ene/mar. 2007.
- 17) A. Lagares; cols; Hemorragia subaracnoidea aneurismática: guía de tratamiento del grupo de la Sociedad Española de Neurocirugía; <http://neurocirugia.elsevier.es> el 14/01/2013.
- 18) Rodríguez García Pedro L. Hemorragia subaracnoidea: epidemiología, etiología, fisiopatología y diagnóstico; Rev Cubana Neurol Neurocir. 2011;1(1).
- 19) Richard Douce, Fabian Jarrín; Hemorragia subaracnoidea no traumática; Revista Médica Vozandes Volumen 23, Número 1, 2012
- 20) J. Vivancos, F. Rubio y cols; Guía clínica en la Hemorragia Subaracnoidea; Grupo de Estudios de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN.
- 21) Castillo Sánchez J; Álvarez Sabín J; Manual de Enfermedades vasculares cerebrales; J.R. Prous Editores; Barcelona, España; 1995.

12) Anexos

Anexo 1

Escalas más utilizadas en relación a la HSA

GLASGOW COMA SCALE (GCS)

Respuesta ocular		Respuesta verbal		Respuesta motora	
Espontánea	4	Orientada	5	Obedece órdenes	6
Al hablar	3	Confusa	4	Localiza	5
Al dolor	2	Incoherente	3	Retirada	4
Sin respuesta	1	Incomprensible	2	Flexión anormal	3
		Sin respuesta	1	Extensión anormal	2
				Sin respuesta	1

WORLD FEDERATION OF NEUROLOGICAL SURGEONS (WFNS)

I	GCS 15, sin Déficit motor.
II	GCS 14-13, sin Déficit motor.
III	GCS 14-13, con Déficit motor.
IV	GCS 12-7, con o sin Déficit motor.
V	GCS 6-3, con o sin Déficit motor.

ESCALA DE HUNT Y HESS

0	Aneurisma no roto
1	Asintomático o cefalea leve y/o rigidez leve de nuca
1a	Ausencia de reacción meníngea o cerebral, pero presencia de un déficit neurológico fijo
II	Parálisis de pares craneales, cefalea moderada o intensa o/y meningismo moderado severo
III	Déficit focal leve; letargia o confusión.
IV	Estupor, hemiparesia moderada o severa, o rigidez precoz de descerebración
V	Coma profundo, rigidez de descerebración, aspecto moribundo

ESCALA DE FISHER MODIFICADA PARA HSA EN TAC.

	Magnitud de la HSA	Localización del Sangrado
0	Ausencia de HSA	Sin hemorragia intraventricular
1	HSA mínima (delgada), difusa o localizada	Holocisternal o lateralizado Sin hemorragia intraventricular
2	HSA ausente o mínima (delgada), difusa o localizada	Presencia de hemorragia intraventricular
3	HSA densa (importante) difusa o localizada.	Holocisternal o lateralizado Sin hemorragia intraventricular
4	HSA densa (importante) difusa o localizada	Presencia de Hemorragia intraventricular y/o hemorragia parenquimatosa

ANEXO 2.

Complicaciones comunes en el paciente con HSA

Complicaciones neurológicas en la fase aguda
<ul style="list-style-type: none">• Resangrado• Isquemia cerebral inmediata (Secundaria a HTE e hipoperfusión cerebral)• Isquemia cerebral tardía y vasoespasmo cerebral• Hematoma intracerebral• Hidrocefalia• Crisis epilépticas
Complicaciones sistémicas en la fase aguda
<ul style="list-style-type: none">• Disfunción cardiopulmonar: Insuficiencia cardiaca, edema pulmonar y síndrome de diestress respiratorio agudo• Trastornos electrocardiográficos: bradicardia o taquicardia sinusal, prolongación del intervalo QT, bloqueo de rama, depresión o elevación del segmento ST, cambios en la onda T y ondas Q patológicas.• Trastorno hidroelectrolítico: hipovolemia, hiponatremia (secundaria a secreción inadecuada de ADH o hipervolemia), hipomagnesemia (pérdida de sal), hipernatremia.• Fiebre• Neumonía• Anemia• Hipertensión e hipotensión arterial• Hiperglicemia
Complicaciones a largo plazo
<ul style="list-style-type: none">• Resangrado Tardío• Hidrocefalia crónica• Epilepsia• Anosmia• Déficit cognitivos (déficit de la memoria), disfunción psicosocial, cambios de la personalidad (irritabilidad, emocionalidad), trastornos del sueño.• Hipopituitarismo (déficit de la hormona corticotropina y del crecimiento)

Anexo 3

México, D.F. a _____ de _____ del 20__

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente: _____
Número del expediente: _____

En el presente documento, bajo mi propio derecho en pleno uso de mis facultades y por mi libre decisión autorizo que la estudiante de la Especialización de Enfermería Neurológica con sede en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velazco Suarez”: LEO. Gabriela Pichardo Castañeda realice entrevista, valoración, y obtenga datos que sirvan para la realización de un estudio de caso.

La información acerca de los motivos y los instrumentos que se emplearan, me ha sido brindada de manera clara y sencilla. Tengo en cuenta que los datos que proporcione serán manejados con respeto y confidencialidad.
De conformidad con lo anterior, acepto y me comprometo voluntariamente a dar cumplimiento a la entrevista y la valoración solicitada y en caso de ser necesario se podrá poner en contacto conmigo las veces que sean necesarias.

AUTORIZO

Nombre completo

Firma del paciente

Nombre completo

Firma de familiar Responsable

Nombre completo

Firma de la enfermera

Anexo 4

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



INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA NEUROLOGICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN
 Nombre: Ediberta Edad 50 años Sexo Femenino Estado civil Casada Religión Católica Escolaridad 6º Primaria
 Ocupación: Ama de casa Ocupación actual Ama de casa
 Domicilio Conocido El Refugio, Ayutla de los Libres, Guerrero Teléfono _____ # de integrantes en la familia 6
 Dx. médico HSA Fisher IV Tx. médico actual _____
 Motivo de consulta HSA Derecho a algún servicio de salud SI () NO () ¿Cuál? _____
 Persona responsable Sr. Juan R.M Edad 58 años parentesco esposo

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

NOTA:

Desviaciones de la salud	Parentesco
Antecedentes familiares	
Diabetes mellitus	Padre
Obesidad	Madre
Hipertensión	Madre
Cardiopatía	
Enfermedad vascular cerebral	
Cáncer	
Migraña	
Epilepsia	

SISTEMAS DE ENFERMERIA

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

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

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

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

I. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire

¿Cuándo realiza sus actividades cotidianas lo hace sin fatigarse?: Si (x) No ()
 ¿Cómo considera que es su actividad cotidiana?: Sedentaria () Activa (x)
 ¿Usted fuma? Si () No (x) ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Convive con fumadores? Si (x) No ()

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

FC 96 x' FR 24 x' TA 220/170 Nivel de conciencia Estupor
 Pupilas 3+/4+ Glasgow 8

Signos de Respiración patológica	SI	NO
Cheyre stokes	x	
Neurogénica		
Apneusica		
Cuss mauil		
atáxica		

Fecha y resultado de la ultima radiografía de Tórax:
 Fecha: 17/10 /2012



Observaciones _____

Coloración de piel	SI	NO
Normal		
Palidez	X	
Cianosis	X distal	
Rubicundez		
Otros		

LABORATORIOS		
GASES ARTERIALES	RESULTA DO	VALORES NORMALES
SaO ₂	85%	93-100
Ph	7.47	7.35-7.45 mmHg
pO ₂	58mmHg	60-80 mmHg
CO ₂	35mmHg	28-32 mmHg
Exc. B	-1mmHg	-2+5 mmHg
Def. B		-2+5 mmHg
HCO ₂	17mmHg	18-22 mmHg

SaO₂ 85 % % PVC _____ PIC _____ Apoyo Ventilatorio: Ninguno () Puntas nasales () Mascarilla (X) Ventilador ()
 Traqueotomía () Aspiración de secreciones por: Boca Características de secreciones Blanquecinas Espesas
 Tipo de catéter Catéter largo MSD Línea arterial _____ Medicamentos y soluciones Salina 0.45% 1000+20mEq KCL p/ 8hr.
Dexametasona 8 mg/8hr; Manitol 125ml C/12hr.

Totalmente compensatorio X
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

II. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua

A perdido peso últimamente: Si (**X**) No () Ha ganado peso últimamente Si () No (**X**)
 Tiene restricción de líquidos: Si () No () Causa: _____ Bebe agua: Potable (**X**) Hervida ()
 Ingesta de líquidos habitual (cantidad y tipo): 3 A 4 Vasos diarios

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

LABORATORIOS		
ELECTROLITOS SERICOS	RESULTADO	VALORES NORMALES
Na	147	135-145 mmo/L
Cl	104	98-106 mmo/L
K	3.62	3.5-4.5 mmo/L
Calcio	8.42	1.2-1.35 mmo/L
ALT glutámica		10-42 UI/I

Observaciones _____

Totalmente compensatorio __X__
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

III. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos

Tipo de alimentación: Enteral () Parenteral () Vía: Sonda Nasogastrica (**X**) Gastrostomía () Otra _____
 La persona se alimenta sola () Con ayuda () Tipo de dieta que consume: Normal () Especial () Ayuno
 ¿Cómo es su apetito? Bueno () Regular () Deficiente () Nulo (**X**) Cuántas comidas realiza al día: _____
 ¿Cuántas veces a la semana consume? Carnes () Harinas () Verduras () Frutas () Lácteos ()
 ¿Cómo prepara sus alimentos? Fritos (**X**) Hervidos () Asados (**X**) Otros _____
 Preferencias alimenticias: _____ Desagrados alimenticios: _____
 Consume suplementos alimenticios: SI () NO (**X**) ¿Cuál? _____ Total de ingesta Ayuno

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

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

Peso: 65 Kg. Talla: 155 Cm.

Masa corporal:	SI
Peso ideal	
Sobrepeso	X
Obesidad	

Observaciones

Albúmina 3.7



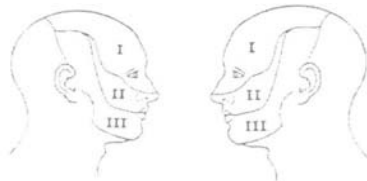
Características de la Boca

Sensibilidad de lengua _____
 Fuerza de lengua _____
 Reflejo nauseoso _____ + _____
 Paladar blando Normal
 Úvula medi

Sensibilidad de la cara

Derecho

- I.
- II.
- III.
- IV.



Izquierdo

- I.
- II.
- III.

LABORATORIOS	Resultados	Valores Normales
Triglicéridos	290	70-200 mg/dl
Bilirrubina directa	0.21	.0-0.04 mg/dl
Bilirrubina indirecta		0.0-1.1 mg/dl
Colesterol	284	80-200 mg/dl
Glucosa	396	36-115 mg%
Urea	20.6	20-40 mg%
Creatinina	0.43	0.8-1.5 mg%
Acido úrico	2.4	2.1-7.4 mg%
Proteínas totales	6.74	6.3-8.2 gr/dl

Totalmente Compensatorio X
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

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

MICCIONES

¿Cuántas veces orina al día? _____

Orina: Color Clara

Olor _____

Cantidad 140ml/hr / 300 ml/hr

presenta	SI	NO
Disuria		
Poliuria	X	
Poliuria		
Oliguria		
Nicturia		
Hematuria		
Dificultad para iniciar la micción		
Infección de vías urinarias		
incontinencia	X	

EVACUACIONES

¿Cuántas veces defeca al día? _____

Heces: Color _____

Olor _____

Consistencia _____

Presencia de sangre _____

Presencia de moco _____

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

SUDOR

Características

**Valoración de sexo femenino
Antecedentes gineco-obstetricos**

IVSA: _____

Fecha de última menstruación: _____

Gesta: 5 P: 4 A: 1

C: _____

Autoexploración mamaria:

Si () No () Fecha: _____

Citología vaginal: Si () No ()

Fecha: _____

Mastografía: Si () No ()

Fecha: _____

LABORATORIOS

Examen general de orina	resultado	Valores normales
densidad		1.025
PH		5.0-7.0
Leucocitos		negativo
Glucosa		Negativo
Proteinas		Negativo
Cristales		Negativo
bacterias		negativo

DRENAJES

	FECHA DE INSTALACION	PERDIDA INSENSIBLE	BALANCE
Ventriculostomía corta			
Drenaje de lecho quirúrgico			
Drenaje subdural			
Drenaje epidural			
Sonda nasogástrica	15-octubre-2012		
Ventriculostomía larga			
Sello de agua			
Sonda foley	15-octubre-2012		

Totalmente compensatorio X
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Problemas para movilizarse: Si (X) No () Ejercicios de movilización Si () No ()

¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si () No (X) ¿Cual? _____ ¿se cansa al moverse? Si () No ()

¿Sufre de estrés? Si () No () ¿Cuántas horas duerme?: _____ ¿utiliza algún remedio para dormir? Si () No (X) ¿Cuál? _____

¿Requiere ayuda para movilizarse? Si (X) No () ¿Cual? Bastón () Andadera () Silla de ruedas () Muletas ()

Presenta:	SI	NO
Articulaciones dolorosas		
Deformación de articulaciones		
Espasmos musculares		
Monoplejía		
Hemiplejía		
Cuadriplejía	X	
Hemiparesia		
Cuadriparesia		
Temblor		

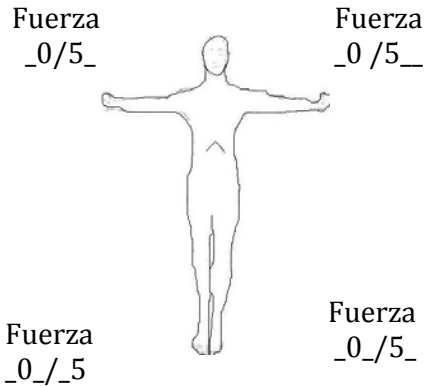
Presenta:	SI	NO
Dolor de cabeza		
Vértigo		
Crisis convulsiones		
Alteraciones de la memoria	X	
Alteraciones de sueño		
Atrofia muscular		
Postura inadecuada		
Espasticidad	X	
Marcha ataxica		
Marcha cerebelosa		
Marcha jacksoniana		

Observaciones

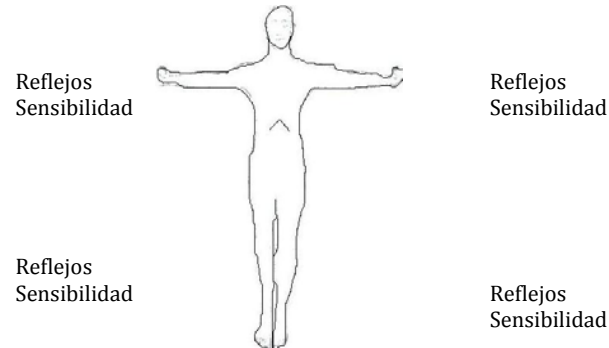
Reflejos patológicos

	SI	NO
Babinsky		
Brudzinsky		
Kerning		
Hiper-reflexia		
Hiporeflexia		

Actividad motora



sensibilidad y Reflejos



Expresión facial



Presentes () Ausentes (X)
 Ausentes X
 Frente ()
 Nariz Frente ()
 Boca Nariz ()
 Boca ()

Totalmente compensatorio X
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

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

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

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

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

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

Vida sexual

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

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

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

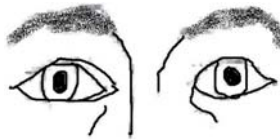
Dificultad para comunicarse	SI	NO
Afasia	X	
Alexia		
Apraxia		
Disartria		
Anomia		
Perseverancia		

Observaciones

Estado emocional	SI	NO
Ansioso		
Deprimido		
Lábil		
Miedoso		
Agresivo (con tendencia por ser injustos al trato)		
Pasivo	X	

Valoración ocular

Ojos	SI	NO
Lagrimeo excesivo		
Prurito en os ojos		
Partículas flotantes		
Visión doble		
Fotofobia		
Infecciones frecuentes		
Uso de lentes		
Ptosis palpebral		



Valoración auditiva

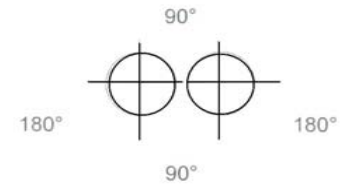


Movimientos oculares

Reflejo pupilar
lento

Reflejo cornal
lento

Campos visuales



NOTA: lesiones visuales
marcar el cuadrante ocular
que este afectado

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

Rinne:

Resultado + --

Oído derecho () oído izquierdo ()

Weber:

Lateraliza ()

Izquierda () Derecho () Central ()

Totalmente compensatorio X
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____

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

Lleva una vida: Sedentaria () Activa ()
 Auto-concepto de sí mismo:
 Cual es su situación laboral actual _____ nula _____
 Con que frecuencia visita al médico _____
 Realiza el aseo bucal: 3 veces (X) 2 veces () 1 vez () ninguno ()

Observaciones
La paciente se encuentra en estupor profundo

Totalmente compensatorio ___X___
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

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

¿Qué hace para cuidar su salud? _____
 Vacunación completa (X) Incompleta () Última vacuna aplicada _____
 Consumo de alcohol: Si () No (X) frecuencia _____ alergias Si () No (X) A que _____
 Toxicómanas Si () No () Frecuencia _____
 Acude regularmente a las revisiones de salud: Si (X) No () quien le lleva un control de su enfermedad _____
 ¿Ha presentado cefalea últimamente? Si (X) No () ¿con que frecuencia e intensidad? _____

Observaciones

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

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

Conservación del entorno			
Distribución de cuartos que tiene en la casa Cocina: <u>x</u> Habitaciones: <u>3</u> Baño: <u>1</u>			
Cuenta con Agua	X	Drenaje	X Luz X
la casa es:	rentada <input type="checkbox"/>	propia	X otro <input type="checkbox"/>
Material de construcción: ladrillo y cemento			
Animales	Si X	No	<input type="checkbox"/>
Perros: 2	gatos:	otros :aves 3	
¿Están vacunados? Si X No <input type="checkbox"/>			
¿Dónde se encuentran?			
Fuera de la casa X		dentro de la casa	
Comentarios:			

Totalmente compensatorio ___X___
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____