

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA NEUROLÓGICA

ESTUDIO DE CASO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA PERSONA
CON HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA BASADO EN
LA TEORIA DE DOROTHEA OREM.

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

PRESENTA:
L.E.O.DELGADO MORA AMALIA ARELY.

CEDULA PROFESIONAL: 7564976.

TUTORA: E.E.NL. LAURA ORALIA TORRES LÓPEZ





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.

Dedicatoria:

A mis padres, por la semilla de superación
que han sembrado en mí.
Por su apoyo ilimitado y consejos he llegado a realizar
la más grande de mis metas, la
cual constituye la herencia más
valiosa que pudiera recibir.
Con admiración y respeto.

AGRADECIMIENTOS:

Le agradezco a Dios por acompañarme y guiarme a lo largo de mi vida, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias pero sobre todo felicidad y luz.

Le doy gracias a mis padres: José y María por su apoyo incondicional, por los valores inculcados, por haberme dado una excelente educación y un excelente ejemplo de vida.

A mis abuelos por sus enseñanzas y consejos así como cada gota de su amor derramado en mi persona, a toda mi familia (tíos, tías, primos, primas y a mis tres sobrinitos) por ser una parte importante en este andar.

Les agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mis innumerables profesores (as) y tutora.

A mis amigas (os) que han confiado en mí y que sin duda han hecho la etapa universitaria un trayecto de convivencias que nunca olvidaré.

A cada persona que he conocido en esta etapa de mi vida que sin duda han formado y sido pieza importante fundamental en cada una de mis experiencias, decisiones y aprendizajes.

RECONOCIMIENTO:

A la Universidad Nacional Autónoma de México,
Por brindarme la oportunidad de desarrollar
Capacidades, competencias y optar por el grado de
Enfermera Especialista Neuróloga.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVO GENERAL	8
3.1. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	8
4. FUNDAMENTACIÓN.....	9
4.1. ANTECEDENTES.....	10
5. MARCO CONCEPTUAL.....	11
5.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.....	11
5.2. METAPARADIGMA.....	13
5.3. TEORIA DE ENFERMERÍA	15
5.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	23
5.5 HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA ESPONTÁNEA.....	25
6. METODOLOGÍA.....	36
6.1. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN	36
6.2. SELECCIÓN DE CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	36
6.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
7. PRESENTACIÓN DEL CASO	40
7.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO	40
8. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	41
8.1 VALORACIÓN	42
8.2. JERARQUIZACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS	46
8.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	48
8.4. PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES	51
8.5. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS	52
9. EVALUACIÓN DEL PROCESO.....	72
10. PLAN DE ALTA.....	73
11. CONCLUSIONES	78
12. BIBLIOGRAFIA	79
13. ANEXOS.....	82

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se realiza una revisión acerca de la enfermedad por la que cursa Ángela; esto permite tener los elementos necesarios para aplicar la Teoría de Dorothea Orem, que es el método a través del cual se aplica una base al ejercicio profesional, es decir, al cuidado propiamente de una persona, a partir de una reflexión previa que exige las capacidades cognitivas, tecnológicas y de relaciones interpersonales en la enfermera y la persona, con la finalidad de identificar los diagnósticos reales y potenciales, así como las intervenciones de enfermería.

Este planteamiento suministra un método sistemático para el cuidado de los pacientes, porque le da una finalidad y organización para lograr una intervención con acciones proactivas, adecuadas, oportunas que favorezcan el autocuidado de la persona.

El estudio de caso basado en la Teoría de Dorothea Orem, es una técnica de aprendizaje que nos ayudará a evaluar las condiciones de una persona con problemas neurológicos, la cual ingresó por un malestar físico, sin embargo es preciso mencionar que también existe el dolor psicológico que es ahí donde la enfermera integra todos sus conocimientos previos, para poder intervenir de acuerdo a las facilidades otorgadas por y para considerarla como un ser holístico así como también nuestro cuidado.

2. JUSTIFICACIÓN

El Evento Vascular Cerebral (EVC), según la organización mundial de la salud (OMS), es un Síndrome caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y que persiste más de 24 horas sin otra causa aparente.¹

El EVC es la principal causa de muerte en el mundo, se calcula que en el 2008 murieron 17.3 millones de personas lo cual representa el 30 % de muertes en el mundo. Las muertes por EVC afectan por igual a ambos sexos y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en el 2030 mueran cerca de 23.3 millones de personas por esta afección.² La enfermedad vascular cerebral, es la tercera causa de muerte en México.³ Este padecimiento es atribuible a la hipertensión, Diabetes Mellitus, Obesidad, dietas mal sanas, consumo de tabaco, entre otros.

Es por esto que aplicar el cuidado o una intervención especializada a una persona con afección neurológica es de vital importancia sobre todo en la fase aguda, ya que si se logra establecer, a la persona se logrará una rehabilitación adecuada hasta conseguir su máxima independencia.

Por lo tanto el estudio de caso, aporta intervenciones, enseñanzas y aprendizajes del cuidado especializado, así como la evaluación del desempeño como estudiante de posgrado.

¹ INSTITUTO PANVASCULAR DE OCCIDENTE. Embolia. [internet]. 2013. [27 Enero 2014]; disponible en: www.ipao.com.mx/evc.htm

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades Cardiovasculares. . [internet]. 2014. [27 Enero 2014]; Disponible en: www.who.int/mediacentre

³ CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. Rehabilitación de adultos con evc. [internet]. 2014. [25 Enero 2014]; Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/331_DIF09_EVC/EyR_DIF_331_09.pdf

3. OBJETIVO GENERAL

Realizar un plan de acción, integral con el fin de dar pie a intervenciones especializadas de enfermería. Valorar y analizar los requisitos alterados y limitaciones, así como evaluar los resultados logrados, recuperar y maximizar su independencia y autocuidado de la persona.

3.1. OBJETIVO ESPECÍFICO

- ★ Analizar los requisitos y limitaciones alteradas en el autocuidado de la persona con afección neurológica.
- ★ Realizar un plan integral y holístico, para recuperar su independencia total o parcial, en su autocuidado.
- ★ Proporcionar una atención de enfermería integral, de calidad y calidez; así como la realización de investigación para mantener, prevenir complicaciones, establecer y/o brindar orientación de educación a la salud, empleando factor humano capacitado y competente.
- ★ Compartir conocimientos especializados, con otras áreas de la salud; o bien a la persona, familia o comunidad.

4. FUNDAMENTACIÓN

El estudio de caso “suscita pasos que guían la investigación sobre los evaluaciones⁴”. Es específico por que se recaba información sobre una persona y una afección neurológica determinada.

Es integral, porque da una visión de una totalidad al abordar el tema, participa la persona, la familia y los brindadores del cuidado.

Selecciono el estudio de caso de esta investigación por las características señaladas y por qué se fundamentan las acciones que propician un cambio en el cuidado que se brinda, en la educación como estudiante de posgrado. se promueve un aprendizaje el cual fortalece mis conocimientos.

Es importante mencionar que conforme llevé a cabo la investigación, consulté un sin número de artículos, libros de sustento médico como los cuidados intensivos neurológicos (Castillo F. Luis) el cual menciona la importancia de brindar cuidados especializados y adecuados ó (Pérez Rey Antoni) con emergencias neurológicas que menciona la importancia de brindar atención durante la etapa aguda.

Sin embargo en cuanto a los artículos encaminados a la investigación o sobre los cuidados de enfermería especializada, en personas con hemorragia intraparenquimatosa son escasos. Ya que la mayoría se enfoca al evento vascular cerebral, porcentajes en cuanto a factores de riesgo y/o epidemiología, pronósticos de las personas (Ossaldo R. Aguilera 2012); sobre imágenes diagnósticos (Bolianos Vaillan 2009); o bien alternativas terapéuticas para evitar complicaciones como la hidrocefalia entre otros (Serrano Jorge 2002).

Por tal causa me motivó a plasmar, en el presente trabajo las intervenciones de enfermería neurológica para posteriores consultas.

⁴(Orem), (Lynda Juall Carpenito 2004), (Stephea J Casangh 1993).

4.1. ANTECEDENTES

El paso a la profesionalización de Enfermería fue posible gracias a la documentación obtenida de órdenes religiosas pertenecientes a los Hermanos de San Juan de Dios, los Religiosos Camilos, las Hijas de la Caridad, los Hermanos Obregones y los religiosos Belemitas. La historia contenida en sus reglas y reglamentos hospitalarios, fueron un valioso aporte para acercarse a las funciones de Enfermería, actividades, jerarquía profesional, competencias, sistematización y construcción disciplinar.⁵

Por lo tanto la forma de establecer el nacimiento y evolución de la enfermería como una profesión de cuidados de la salud de una forma especializada y describir hallazgos, y actividades de la misma.

Desde el punto de vista de la investigación, que lleva a singularizar lo individual de lo grupal, en determinado contexto social. Por otra parte, el fundamento para identificar el desarrollo y estructura de la profesión con la posibilidad de construir una adecuada documentación de enfermería.

Por lo que el realizar un estudio de caso es de gran utilidad, para plantear la importancia de la investigación, de los cuidados especializados dirigidos a una persona con afección neurológica, en enfermería, y la documentación, para que en un futuro, se contemple en la enfermería y se reconozca la importancia del método de investigación en esta misma.

⁵ Alejandrina Arratía. Investigación y documentación Histórica de Enfermería. [Internet] 2005, [acceso 1 Marzo 2014]; [570]. Disponible en: www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4.pdf.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

La profesión de enfermería ha sido definida por líderes de enfermería y organizaciones profesionales según sus funciones; para fines prácticos se utilizará la definición de la Asociación Americana de Enfermería (ANA) 1980, ya que este documento refleja la evolución histórica de la profesión y su base teórica: “Enfermería es el diagnóstico y tratamiento a las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales”⁶

La profesión de la Enfermería ha sido definida por los dirigentes de la Enfermería, las organizaciones profesionales y según sus funciones. Estas definiciones ayudan a describir el sistema sobre el cual se basa el Proceso de Enfermería. El concepto de enfermería de autocuidado que se asocia con Dorothea E. Orem es “proporcionar asistencia directa a una persona según sus requerimientos, debido a las incapacidades específicas de la persona en su autocuidado, resultante de una situación de salud personal”⁷

Tomando en cuenta lo anterior, obtengo mi propio criterio de lo que es la enfermería; es el cuidado único, creativo, quien lo hace es humano, es una interpretación así como una inspiración (tiene que ver con lo emocional), requiere de una técnica, dedicación, conocimientos teóricos (física, química, historia, matemáticas, biología, filosofía, entre otras), necesita de nuestra observación, análisis, sensibilidad y un método.

La Enfermería se ha definido también en términos de funciones o de roles. En la práctica de la enfermería, los roles se pueden dividir en dos áreas: funciones independientes y funciones interdependientes.

- Funciones independientes son aquellas actividades consideradas dentro del campo diagnóstico y de tratamiento de la enfermería.

³ Sandra Luévano Ford. El arte del cuidado de Enfermería. Facultad de Enfermería; Universidad de Chihuahua [internet] 2008 [acceso Marzo 2012]; [1-3]. Disponible en: www.auch.mx/extensión_y_difusión/enfermería.pdf

⁷ B. KERSHAW-J.SALVAGE, Modelos de enfermería, Edic. Doyma. España 1988. Pp. 89

- Funciones interdependientes del profesional de enfermería son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo sanitario.

La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

5.2. METAPARADIGMA

Paradigma es un término utilizado para significar conexión entre ciencia, filosofía y teoría que acepta una disciplina.

El concepto paradigma procede del griego paradigma, que significa “ejemplo” o “modelo”. En principio, se aplicaba a la gramática (para definir su uso en un cierto contexto) y a la retórica (para referirse a una parábola o fábula).

A partir de la década del '60, comenzó a utilizarse para definir a un modelo o patrón en cualquier disciplina científica o contexto epistemológico.

El filósofo y científico estadounidense Thomas Kuhn fue el encargado de actualizar el término y darle el significado contemporáneo, al adaptarlo para referirse al conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico de tiempo

Los paradigmas (modelos) proyectan diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos, es decir, dirigen las actividades de una disciplina y como tal fue aceptada por la mayoría de sus miembros. Es por ello, que en el trabajo que realiza enfermería se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia, los cuales en período de transición se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior. Esto es aplicable a cualquiera de los campos en que se puede orientar el trabajo de enfermería⁵.

Metaparadigma

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del metaparadigma enfermero son:

- ★ Persona: un todo integrado que funciona biológica, simbólica y socialmente, con capacidad potencial de satisfacer sus propias necesidades de autocuidado.
- ★ Entorno: Enfatiza la interacción entre la persona y el ambiente la enfermería se ocupa del patrón de conducta humana en interacción con su entorno en los eventos normales y en las situaciones críticas de la vida.
- ★ Salud: Enfermería se ocupa de las acciones o procesos de cuidado, por medio de los cuales se efectúan cambios positivos en el estado de salud y bienestar de la persona.
- ★ Cuidado: Vincula a la persona, el entorno y la salud; la enfermería se ocupa de la totalidad o la salud de los seres humanos, reconociendo que están en continúa interacción con sus ambientes donde se desenvuelven y desarrollan.⁸

⁸ REYES GOMEZ EVA, Fundamentos en enfermería, Edit. Manual Moderno, México 2009. Pp 623.

5.3. TEORIA DE ENFERMERÍA

DOROTHEA ELIZABETH OREM nace en 1914 en Baltimore, Maryland. Comienza sus estudios de enfermería en la escuela del Providence Hospital en Washington D.C.

Al comienzo de su profesión se desarrolla en áreas como: enfermería quirúrgica, servicio domiciliario, pediatría, servicio adulto, profesora de ciencias. Lo que más tarde sería la inspiración y sustento de su teoría. De 1940 a 1949 fue directora de la escuela y departamento de enfermería del Providence Hospital de Detroit.

En el período de 1949 a 1957 estando en Indiana, se fijó como meta la mejora de la calidad de la enfermería en los hospitales de todo el estado. Desarrollando su definición de la práctica de enfermería. De 1958 a 1960 fue asesora de programas de estudios en el Department of Health, Education and Welfare. Desarrollando un proyecto de mejora en la formación práctica de las enfermeras, donde nace la interrogación: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería? Su respuesta se publica en 1959 "Guidelines for Developing curricula for the Education of Practical nurses". (Directrices para el desarrollo de planes de estudio para la educación de enfermería práctica) En 1970 posterior a su participación en la Catholic University of America, Orem comenzó su propia empresa consultora publicando su primer libro en 1971, Nursing: Concepts of Practice.

En 1976 le entregan el título honorario de Doctor en Science, de la Georgetown University; que sería el primer reconocimiento de otros posteriores.

En 1984 se jubila, publicando la cuarta edición de su obra *Nursing Concepts and Practice* en 1991, siguió trabajando en su obra junto con sus colaboradores hasta el día de su fallecimiento el año 2007 a los 93 años de edad, en Savannah, Georgia⁹.

La búsqueda de Dorothea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería como ya se mencionó anteriormente, empezó formalmente a finales de la década de los años 50 y se centró en tres cuestiones:

1. ¿Qué hacen y que deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?
2. ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?
3. ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

Orem, proporciona un marco desde el que contempla la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. Por lo que construyó este modelo con el propósito de: mejorar los cuidados de enfermería.

⁹STEPHEA J. CAVANGH, *Modelo de Orem*. 1º ed. España: Masson-Salvat. 1993. P. 167.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud.

Estas limitaciones vuelven a los individuos completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado; es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel de la persona en el autocuidado. Dorothea Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres subteorías relacionadas:

La teoría del 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, prevé las bases para la recolección de datos¹⁰.

La teoría del déficit de autocuidado postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de 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 identificada claramente.

¹⁰Op. Cit.

- ★ **Requisito de autocuidado de desviación de la salud.** Individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, pero aún es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud.

- ★ **Requisito de autocuidado universal.** Individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, siendo incapaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud y que, por tanto, necesita la intervención de la enfermera.

- ★ **Capacidades de autocuidado.** Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud con ayuda de la enfermera.

La teoría de los sistemas de enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado. Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería:

- ★ **Totalmente compensatorio.** Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente.
- ★ **Parcialmente compensatorio.** No requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio.
- ★ **De apoyo/educación.** Este sistema de enfermería sería 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 actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos.

NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO.

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan voluntaria e intencionadamente en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. 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.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración de la persona.

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos de autocuidado universal. Hay dos tipos más de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

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

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Estos requisitos se clasifican en: etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, en la adolescencia o en la edad adulta.

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Tiene dos subtipos: el primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de las condiciones adversas. El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición particular.

La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano.

Las consideraciones relevantes incluyen:

(Deprivación educacional, problemas de adaptación social, pérdidas de seres cercanos, cambios de entorno y/o de salud, enfermedades)

Estar sujeto a una de estas condiciones o una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado.

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES.

Son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos.

Los factores son (edad, sexo, estado de desarrollo, de salud, orientación sociocultural, sistema de cuidados, patrón de vida, factores ambientales...).

Los factores identificados condicionan de diversa manera las demandas de autocuidado terapéuticos¹¹

AGENCIA DE AUTOCUIDADO

La agencia de autocuidado es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos, promoviendo el bienestar.

Orem usa la palabra AGENTE para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

¹¹Op. Cit.

Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera AGENTES DE AUTO-CUIDADO.

Orem reconoce que hay situaciones en las que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería este concepto se denomina AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE.

En esencia es la capacidad de algunas personas de reconocer que otras (como los niños, adolescentes o adultos con limitaciones relacionadas con la salud) tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente.¹²

Orem describe al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE; en las situaciones en las que la enfermera proporciona cuidados, usa la agencia de enfermería.

¹² OREM, DOROTHEA ELIZABETH, Modelo de Orem; conceptos de Enfermería en la Práctica, Barcelona 1914 Masson-Salvat, Pp. 196

5.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería según Rosalinda Alfaro. (1993) “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”.¹³

El proceso de enfermería (PAE), consta de cinco etapas:

ETAPA DE VALORACIÓN.

Esta etapa incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud de la persona y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería, el cual es un informe de los problemas que aquejan a la persona.

La información se reúne de varias fuentes, los métodos básicos de información son: observación, entrevista con el paciente y sus familiares, exploración física, resultados de laboratorio y otras fuentes.¹⁴

ETAPA DE DIAGNÓSTICO.

Es un enunciado del problema real de la persona que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento.

¹³KOZZIER BARBARA, Enfermería fundamental conceptos, procesos y práctica. 4ª. Edición, editorial Interamericana, Mc Graw Hill. México 1993. Vol. I, II, III, IV, V, VI. Pp. 159

¹⁴DE JESUS GARCIA GONZALES MARIA, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Edición 1er., editorial Progreso, México 1997, Pp. 330.

ETAPA DE PLANEACIÓN

La persona y su familia deben participar activamente en la planeación de los cuidados. A partir de los objetivos generales, la enfermera puede determinar objetivos más específicos, los cuales deben asentarse en términos de conducta observable.

El plan de cuidados de enfermería debe ser individualizado. Debe incluir los problemas de la persona, las metas, objetivos e intervención de enfermería, con su elaboración se termina la fase de planeación.

ETAPA DE EJECUCIÓN

Mientras ejecuta el plan de cuidados, la enfermera sigue recopilando datos y planes, y evaluando los cuidados.

Ejecución es brindar realmente los cuidados (intervenciones y acciones) de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidado de enfermería comprensivo por que toma en cuenta las necesidades de la persona en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación.

ETAPA DE EVALUACIÓN

Es la fase final, pero continua, la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados la evaluación del progreso de la persona se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidado de la salud, el paciente o la familia, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados la evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron corregidos y cuales requieren revaloración y replaneación

5.5 HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA ESPONTÁNEA.

La hemorragia intracerebral (HIC) o intraparenquimatosa (HIP), es una colección de sangre localizada en el interior del parénquima cerebral producida por la ruptura espontánea (no traumática) de un vaso, con o sin comunicación ventricular o al espacio subaracnoideo, y cuya forma, tamaño y localización son variables.

CLASIFICACIÓN

Según la causa del sangrado las HIP pueden ser primarias o secundarias. Las Primarias son más frecuentes (78-88%) y se originan en la ruptura espontánea de un vaso lesionado por los efectos de la Hipertensión Arterial. Las Secundarias se asocian a anomalías vasculares (malformación arteriovenosa, aneurismas, etc.), tumores, abuso de drogas o alteraciones de la coagulación¹⁵.

Las HIP pueden ser supratentoriales (lóbulos cerebrales, ganglios basales, tálamo) o infratentoriales (tronco cerebral, cerebelo).

EPIDEMIOLOGIA

La HIP tiene una incidencia de 12-15 casos por cada 100, 000 habitantes por año, y representa entre un 10-20% de las enfermedades vasculares cerebrales.

La mortalidad es muy elevada. Entre un 35 y un 52% de los pacientes muere durante el primer mes (la mitad durante los primeros 2 días). Sólo un 10% de los pacientes tiene una vida independiente al mes y un 20% a los 6 meses.

¹⁵Muc. Ossaldo R. Aguilera Pacheco; Muc. Dámaris González Vidal. Factores pronósticos de la hemorragia cerebral intraparenquimatosa. Scielo [09-Febrero 2012]... 16 (1); Disponible en: [pp. 21-28]; scielo.sid.w

FACTORES DE RIESGO

La hemorragia intraparenquimatosa puede estar asociada a múltiples causas o factores de riesgo.

- ★ Edad (>55 años)
- ★ Sexo (Más frecuente en hombres)
- ★ Raza (negra y oriental)
- ★ Hipertensión arterial (Presión Arterial superior a 160 y/o 95 mmHg). La HTA daña arterias penetrantes o perforantes. Estas arterias surgen directamente de las grandes arterias de la base encefálica, miden de 40 a 850 micrones, penetran al parénquima encefálico por la superficie basal de éste, para irrigar las zonas más profundas de los hemisferios cerebrales. A nivel de tronco cerebral también existen arterias penetrantes, que surgen directamente de la arteria basilar, e irrigan la zona paramediana, principalmente la protuberancia. Dado que aproximadamente el 40% de la resistencia vascular en la circulación encefálica se sitúa a nivel de las grandes arterias, estas arterias penetrantes, que nacen de los segmentos proximales de las grandes arterias, van a ser dañadas preferentemente por la HTA crónica, llevando a la ruptura de ellas, originándose una HIP “hipertensiva”.
- ★ Consumo de alcohol (reciente o crónico)
- ★ Concentraciones bajas de colesterol (<160 mg/dl)
- ★ Factores genéticos (presencia de apolipoproteína E4 o E2)¹⁶

¹⁶PÉREZ ANTONI REY, Emergencias Neurológicas, Edit. Masson, Barcelona España 2005. Pp 99-117.

FISIOPATOLOGÍA

La hemorragia intracerebral espontánea se localiza más frecuentemente en:

- (a) Lóbulos cerebrales,
- (b) Ganglios basales,
- (c) Cerebelo,
- (d) Tálamo
- (e) Tallo cerebral.

Histológicamente se produce un daño cerebral con edema, hay infiltración con macrófagos y neutrófilos en la región próxima al hematoma. El sangrado intraparenquimatoso ocurre por ruptura de pequeñas arterias penetrantes producto de una presión arterial no controlada, estos son vasos pequeños, frágiles a los cambios de presión y los más afectados son las ramas penetrantes de las arterias basilar, cerebral anterior, media y posterior.

En el 36% de los pacientes con hemorragia intracerebral espontánea, el volumen del sangrado puede incrementarse en las tres horas iniciales del evento, y se relaciona con la continuidad del sangrado inicial, el déficit de la coagulación local y la hipertensión aguda no controlada.

Los fluidos se coleccionan alrededor del hematoma con presencia de edema que puede persistir por cinco días y hasta dos semanas posterior a la hemorragia. El edema por el perihematoma resulta por la acumulación de proteínas séricas activadas en el coágulo y el edema citotóxico y vasogénico se asocia con la disrupción de la barrera hematoencefálica, falla en las bombas de canales de sodio y por muerte neuronal.¹⁷

¹⁷Idem, pp. 99-117.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

LOCALIZACIÓN	MOTOR/ SENSITIVO	PUPILAS	MOVIMIENTOS OCULARES	OTROS SIGNOS
Putamen	Hemiparesia y hemihipoestesia contralateral	Normales	Desviación mirada conjugada ipsilateral	Afasia Heminegligencia, Hemianopsia contralateral
Lobar frontal	Hemiparesia Contralateral	Normales	Parálisis de la mirada conjugada contralateral	Apatía Afasia de Broca
Temporal	No	Normales	Normales	Afasia de Wernicke Cuadrantanopsia contralateral
Parietal	Hemihipoestesia contralateral	Normales	Normales	Apraxia Heminegligencia Cuadrantanopsia contralateral
Occipital	No	Normales	Normales	Hemianopsia contralateral Dislexia/disgrafía Alexia sin agrafia
Tálamo	Hemihipoestesia y Hemiparesia contralateral	Miosis, hiporreactivas	Paresia mirada contralateral o ipsilateral, síndrome de parinaud, seudoparesia VI para uni o bilateral	Somnolencia Afasia
Cerebelo	Ataxia, hipotonía ipsilateral	Miosis, reactivas	Nistagmo Parálisis mirada ipsilateral o VI par	Vómitos, incapacidad para caminar.
Protuberancia	Tetraparesia, Hemiparesia contralateral	Puntiformes, reactivas	Parálisis de la mirada horizontal uni o bilateral,	Coma, hipertermia, hiperventilación
Caudado	No, o Hemiparesia contralateral o leve	Normales	Normales	Apatía

18

¹⁸Ibidem, pp. 99-117.

DIAGNÓSTICO

Para el tratamiento de HIP es fundamental establecer la causa de ésta, lo que desgraciadamente no siempre es posible. Son útiles en este sentido tanto los antecedentes clínicos como algunos exámenes complementarios. Los antecedentes clínicos serán especialmente importantes para el diagnóstico de HIP en relación a HTA, tumores, alteración de la coagulación, vasculitis, uso de drogas ilícitas y alcoholismo. En cuanto a exámenes complementarios, el de elección es la tomografía computada de cerebro (TAC), sin contraste.

En la fase aguda la TAC craneal es la técnica de elección debido a su disponibilidad, la rapidez de sus resultados y la presencia de cambios característicos desde el inicio. Permite conocer la localización y el tamaño de la HIP, analizar el desplazamiento/ compresión de las estructuras vecinas y detecta la presencia de sangre intraventricular e hidrocefalia.

En la fase aguda el hematoma aparece como una colección hiperdensa.

En la fase subaguda el aspecto es más inespecífico, ya que se hace isodensa o hipodensa con respecto al tejido cerebral sano.

En fase crónica se hace hipodensa, sin efecto de masa, dejando una cavidad necrótica, de aspecto quístico.

La TAC es mejor que la resonancia magnética de cerebro para mostrar una HIP, con las ventajas adicionales de tener un menor costo y ser un examen más rápido, lo que es importante en los pacientes inestables o con alteración de conciencia¹⁹.

¹⁹Bolianos vaillant, solángel et al. Tomografía axial computarizada en pacientes cerebrales hemorrágicos. Scielo [30-Enero-2012]; 13 (5). Disponible en: scielo.sid.cu/medison, 2009

La angiografía por TAC (angioTAC), la angiografía por resonancia magnética RM (ARM) junto con la RM, pueden ser útiles para establecer la causa de la HIP en casos seleccionados, especialmente cuando se sospecha una angiopatía amiloidea, malformación vascular, aneurisma, infarto o tumor. En algunos casos es necesario llegar a practicar exámenes invasivos, la angiografía convencional. Ésta se plantea cuando se sospecha una malformación arterio-venosa, aneurisma o vasculitis.

CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

Hay varios aspectos de la HIP que tienen importancia en el tratamiento de ésta.

PROGRESIÓN

Un 40 a 60% de los pacientes con HIP presenta un deterioro clínico neurológico progresivo. Este deterioro se presenta aproximadamente en la mitad de los casos, en las primeras 24 horas de evolución, y se asocia a una mayor mortalidad, por lo que constituye un objetivo lógico en el tratamiento de la HIP. La progresión del cuadro neurológico puede ser debido a múltiples causas. De ellas tal vez la más importante es el crecimiento del hematoma. Esto ocurre de preferencia en las primeras 24 horas, período en que entre un 15 a 40% de las HIP aumentan de tamaño. La HIP hipertensiva puede crecer en más de un 300% en las primeras 12 a 24 horas. Es así como el deterioro neurológico que presenta un paciente con HIP hipertensiva en las primeras 3 horas de evolución es habitualmente por crecimiento del hematoma. El deterioro neurológico puede deberse a mecanismos como edema perilesional, hipotensión arterial, hipoxemia, hipercapnia, alteraciones metabólicas, hidrocefalia y convulsiones.

EFFECTO DE MASA DEL HEMATOMA

La HIP, siendo una extravasación de sangre en el espesor del tejido encefálico al cual va disecando, en otras palabras producirá un aumento de volumen intracraneano. Al volumen del hematoma se suma el edema que se produce rápidamente en el tejido a su alrededor, y que llega a ser máximo al tercer a quinto día y que puede durar hasta dos semanas. Si el volumen del hematoma es pequeño, los mecanismos compensadores (desplazamiento de líquido cefalorraquídeo (LCR) al espacio perimedular, especialmente cuando hay atrofia encefálica y disminución del volumen sanguíneo venoso), pueden evitar que aumente la presión intracraneana (PIC). En algunas series, menos de la mitad de los pacientes con HIP refieren cefalea, síntoma clásico de hipertensión intracraneana (HIC). La HIC tiene dos principales consecuencias:

Al aumentar la PIC disminuye la presión de perfusión cerebral (PPC) de acuerdo a la fórmula $PPC = \text{presión arterial media (PAM)} - PIC$. Esto es particularmente importante en los pacientes con HTA crónica, principal factor de riesgo de HIP, los que tienen una limitación de la capacidad de vasodilatación de los vasos encefálicos, con el consiguiente desplazamiento de la curva de autorregulación del flujo sanguíneo encefálico a la derecha. Así al bajar la PPC a cifras en que un normotenso puede mantener un flujo sanguíneo encefálico normal, éste caerá, produciéndose isquemia encefálica en el paciente hipertenso.

Compresión y desplazamiento de estructuras vecinas, con formación de hernias, que pueden producir un daño irreversible o llevar a la muerte del paciente.²⁰

²⁰Op. Cit. Pérez Antoni Rey. Pp 99-117.

ISQUEMIA

Independientemente que el hematoma produzca o no HIC, éste va a comprimir al tejido vecino, lo que sumado a las propiedades vasoespásticas y liberación de toxinas de la sangre, crea una zona de isquemia alrededor del hematoma y daño directo del tejido encefálico. Esta isquemia es severa en el tejido inmediatamente adyacente a la HIP y va disminuyendo hacia la periferia, en una forma análoga a la penumbra isquémica de la enfermedad cerebrovascular isquémica.

HIDROCEFALO AGUDO

En las primeras horas o días de una HIP se puede producir, infrecuentemente, una hidrocefalia no comunicante aguda. Son dos los principales mecanismos que pueden llevar a una dilatación aguda del sistema ventricular:

- La HIP se puede abrir al sistema ventricular, hecho que ocurre en aproximadamente el 40% de los casos, sobre todo en los casos de hipertensión que provocan hematomas en estructuras paraventriculares como el tálamo y cabeza del caudado; sólo cuando esta invasión es masiva, se pueden producir moldes de sangre en los ventrículos, con obstrucción de la circulación del LCR.
- Compresión del sistema ventricular, como puede ocurrir en las hemorragias cerebelosas especialmente de vermis y hemisféricas cerebrales extensas, que deforman y colapsan el cuarto ventrículo y el acueducto.

La hidrocefalia aguda se manifiesta clínicamente como un compromiso de conciencia debido a un aumento de la PIC con isquemia secundaria, compresión del tronco alto y tálamo, y hemato-toxicidad con disminución de la perfusión cortical cerebral.

PRONÓSTICO

La HIP es una enfermedad grave, con una mortalidad que va entre un 20% a 60%. Su pronóstico depende principalmente del volumen del hematoma. También influye el puntaje en la escala de Glasgow y localización del hematoma. El volumen de sangre intraventricular también es un factor pronóstico, pero es difícil de cuantificar. Por último la edad y causa de la HIP son también factores pronóstico. A mayor edad, mayor mortalidad y las HIP secundarias tienen peor pronóstico²¹.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la HIP debe ser individualizado según las condiciones del paciente, sopesando riesgos frente a posibles beneficios. Los siguientes puntos corresponden a las medidas terapéuticas más importantes en el tratamiento del periodo agudo de la HIP.

UNIDAD CEREBROVASCULAR

Los pacientes con HIP deben ser ingresados a una unidad de cuidados intensivo o intermedio, durante las primeras horas o días, ya que requieren de un manejo adecuado para evitar, así como tratar las diferentes complicaciones que pueden surgir. En las primeras 24 horas se debe practicar una evaluación estándar, así como la escala de Glasgow en forma horaria, y monitorización de la presión arterial y oxemia.

EVITAR Y TRATAR OPORTUNAMENTE LAS COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS Y MÉDICAS.

Se deben tomar las medidas necesarias para prevenir complicaciones neurológicas y médicas. Se deben realizar controles horarios de la condición neurológica (nivel de conciencia, déficit focal, convulsiones) y médico general.

²¹PEREZ REY ANTONI, Emergencias Neurológicas. 1° ed. España: Masson. 2005. p. 354

Los pacientes que fallecen por una HIP lo hacen por complicaciones neurológicas y esto ocurre principalmente durante la primera semana. La otra mitad que fallece lo hace por complicaciones médicas, especialmente durante la segunda y tercera semana.

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS.

USO DE NEUROPROTECTORES.

Se ha postulado su uso para proteger el tejido alrededor del hematoma.

PREVENCIÓN DEL CRECIMIENTO DEL HEMATOMA.

Empíricamente se ha establecido que las cifras de presión arterial sistólica no sobrepasen los 180 a 200 mmHg y la diastólica los 105 a 110 mmHg y la PAM no sea mayor a 130mmHg. Por otra parte al bajar la presión arterial existe el riesgo de aumentar o provocar una isquemia encefálica. Mediante estudio de flujo cerebral se ha visto que en pacientes con HIP de hasta de 45 cm³, se puede bajar farmacológicamente la presión arterial hasta una PAM de 110 mmHg en promedio, sin que disminuya la perfusión encefálica. Se recomienda que la PAM no sea mayor a 130 mmHg y al tratar la HTA evitar que baje de 110 mmHg para que no disminuya el flujo encefálico. De ser necesario bajar la presión arterial se recomienda administrar hipotensores que provoquen vasodilatación intracraneana, para no aumentar la PIC, como labetalol, en bolos de 10 mg que se puede repetir cada 10 minutos, o inhibidores de la enzima convertidora como enalapril 0.25 a 1.2 mg.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIP.

La HIP está determinada principalmente por el hematoma, en menor grado por el edema alrededor de éste, y por el hidrocéfalo agudo, cuanto éste se presenta.

La HIP puede producir directamente la muerte del paciente, preferentemente en los primeros días a primera semana, siendo la HIP el principal mecanismo, por lo que su prevención y tratamiento es de gran importancia.

Hay medidas recomendadas para prevenir y tratar la HIP como favorecer el retorno venoso elevando la cabeza respecto al cuerpo en 20 a 30°, evitar la angular el cuello, para que no se compriman las venas yugulares y dificultar el retorno venoso intracraneano. También se debe evitar y tratar aquellas condiciones que aumentan la PIC como hipoxemia, hipercapnia, hipertermia, hipotensión arterial severa, hipoosmolaridad (menos de 280 mOsm/L), aumento de la presión intratorácica (dolor, tos), convulsiones. Si a pesar de las medidas señaladas el paciente presenta una HIC que compromete la PPC (<70 mmHg), signos de herniación (compromiso de conciencia, anisocoria), se aplica las recomendaciones siguientes, y en este orden:

- a) AGENTES OSMÓTICOS. El objetivo es lograr una osmolaridad plasmática de 310 a 320 mOsm/L. El agente más utilizado es el manitol al 20%, en dosis de 0.25 a 1 g/Kg de peso intravenosos, a pasar en 20 minutos, cada 4 a 6 horas durante 5 días.
- b) HIPERVENTILACIÓN. El objetivo es producir una hipocapnia de aproximadamente 30 mmHg (no menor de 25 mmHg para no producir isquemia). Su efecto es habitualmente de corta duración (1 a 6 horas).
- c) BARBITÚRICOS. Bajan la PIC por disminución del flujo y volumen sanguíneo intracraneano. Se utiliza una dosis de carga de 5 mg/kg intravenosa, seguido de una infusión de 1 a 3 mg/kg por 24 a 48 horas. Tiene el problema de producir hipotensión sistémica, por lo cual hay quienes lo indican en casos de herniación temporal asociada a hipertensión arterial (PAM > 150 mmHg).²²

²² CASTILLO F. LUIS, ROMERO P. CARLOS, MELLADO T. PATRICIO. Cuidados Intensivos Neurológicos. Edit. Mediterráneo. Chile 2004. Pp 309-321.

6. METODOLOGÍA

6.1. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

Este estudio de caso está, basado en el Proceso Enfermero y en la Teoría de Dorothea E. Orem, utilizando en su apoyo el instrumento de valoración de Enfermería Neurológica. Este procedimiento se basa en un agente de autocuidado en el cual se valoran desviaciones de la salud.

Las estrategias para realizar el estudio de caso fueron:

- ★ Selección de la persona
- ★ Entrevista con la persona y su familia
- ★ Consultar el expediente, y notas de enlace de turno para recabar información relevante
- ★ Intervención con la persona (observación)
- ★ Investigación (consulta bibliográfica)

Es de gran importancia el mencionar que se consultaron bases bibliográficas electrónicas, con Enfermería Basada en Evidencia, encontrando varios artículos de gran interés en cuanto al manejo de drenaje ventricular externo y la importancia que tiene para la monitorización de la PIC, drenaje de LCR así como la terapia de antibióticos por el catéter ventricular. Entre otros artículos pero siendo estos de procedimientos y/o investigaciones médicas.

6.2. SELECCIÓN DE CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

De tal forma se realizó una rotación por cinco servicios del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), uno de ellos fue urgencias en el cual tuve la oportunidad de conocer a Ángela una persona con Hemorragia Intraparenquimatosa. Es de gran interés ya que este tipo de afecciones tiene una alta incidencia en el INNN y sobre todo en los habitantes de la ciudad. Ya que representa un 20% de Eventos Vasculares Cerebrales, la mortalidad es de

hasta 52% y solo un 20% de estos llegan a recuperar una vida independiente después de seis meses de haber sufrido este tipo de afección neurológica²³

Para la recolección de datos se utilizaron varias fuentes de información:

- ★ Búsqueda bibliográfica
- ★ Observaciones
- ★ Investigación
- ★ Entrevista
- ★ Consulta de expediente
- ★ Exploración Neurológica
- ★ Aplicación de instrumento

6.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La bioética representa una responsabilidad profesional, y por su concepción de ética global.

Para el personal de la atención a la salud es además, “un sistema de reflexión moral en todos los acontecimientos de la vida, como una constante llamada de atención a efecto de respetar los derechos humanos... los principios de la Bioética estudian de manera sistemática lo relativo al derecho a la vida, a la salud y a la dignidad de la persona humana.”²⁴

El término Bioética fue introducido en 1991 en EUA, y su surgimiento deriva del desarrollo científico y de su aplicación tecnológica en el campo de la salud, con la intención de buscar respuesta a las numerosas interrogantes.

²³Castillo F. Luis; Romero P. Carlos; Mellado T. Patricio, Cuidados Intensivos Neurológicos, Edit. Mediterráneo, Chile 2004. Pp 507.

²⁴(Comisión Nacional de Bioética, 2002).

Doucet define a la Bioética como un “Complemento alternativo de la moral médica, que se preocupa por dar respuesta con sabiduría a los desafíos nacidos de la transformación humana que es la biomedicina”. Fry y Johnstone (2002) definieron la bioética como “la ética aplicada en las ciencias biomédicas... que trata de dar respuestas morales a... cuestiones difíciles”. Entre estas cuestiones difíciles se cuentan problemas como la prolongación de la vida, la calidad de la vida, el tratamiento de las enfermedades terminales, la realización de investigación experimental, la investigación con células madre y la modificación del genoma humano.

Los principios bioéticos básicos son tres: beneficencia, autonomía y justicia. Estos principios están presentes en toda relación sanitaria e intervienen el paciente, el profesional de salud y la institución que proporciona los servicios. La bioética es un sector sumamente importante de la ética, y en tanto las enfermeras que realicen cuidados o investigación donde estén implícitos seres humanos, han de conseguir un conocimiento profundo de las políticas y los procedimientos relacionados con la protección de los sujetos humanos y animales, como parte de la responsabilidad ética que tienen.

En México, en el año 2002 se conformó el Código de Bioética, donde se establecen los aspectos genéticos de las conductas éticas en la prestación de los servicios de la salud, que sirven de marco de referencia a las guías específicas que se consideren necesarias en la operatividad de las unidades aplicativas del sector salud, instituciones formadoras de personal para la salud e instituciones universitarias y de enseñanza superior afines a la bioética.²⁵

²⁵EVA REYES GOMEZ, Fundamentos de Enfermería, Manual Moderno 2009. México Pp 52.

Una de las finalidades de enfermería es la de proteger y promover las salud de las personas.

Por lo tanto es importante mantener la individualidad, confidencialidad e intimidad de la persona.

El consentimiento informado elaborado es con el fin de brindar información sobre el desarrollo de un plan integral, adecuado y diseñado de manera particular, para el cuidado del paciente neurológico, con la finalidad de recuperar su estado de salud. Así mismo permitirá que en un futuro otros pacientes sean beneficiados con el conocimiento obtenido.

Consentimiento informado (Anexo No. 1)

7. PRESENTACIÓN DEL CASO

7.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Ángela R.A. de 76 años de edad, nacida en Michoacán, Reside desde hace 8 años en E.U.A., y solo viene a revisiones médicas al Cd. De México cada año. Estado civil Viuda, con seis hijos, 3 finados, religión: católica, Escolaridad Primaria Incompleta, ocupación: Ama de casa. En la casa que reside cuando viene a México, es urbana, cuenta con los servicios básicos, no hacinamiento, zoonosis negada. Tabaquismo y etilismo negados. Alergias negadas, transfusiones positivas.

Diabetes Mellitus tipo 2, diagnosticada hace dos años, Hipertensión Arterial, diagnosticada 1983, con tratamiento irregular. Cáncer de Mama, diagnosticada 1983, con Mastectomía radical derecha.

Inicia su padecimiento en el mes de Mayo del 2011 que tuvo un ingreso hospitalario de 24 horas en E.U.A., debido a un descontrol hipertensivo, por mal apego a su tratamiento. Posteriormente decide viajar a la ciudad de México por disminución visual en el mes de Abril y es canalizada al hospital de la ceguera. Posteriormente el 23 de Agosto del mismo año se “queja” de cefaleaintensa y sensación de mareo, posteriormente es encontrada por sus familiares en el suelo con resto de vómito, cefalea holocraneana, Hemiparesia izquierda, por lo que es trasladada al Hospital General de Naucalpan, en donde le realizan una TAC de cráneo y es diagnosticada como hemorragia talámicamesencefálica derecha con irrupción ventricular, por la refieren al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velazco Suárez, y es ingresada en el área de Urgencias el 23 de Agosto del 2011 a las 4:00 pm en el cual se recibe somnolienta, con respuesta a órdenes, con miosis bilateral con leve respuesta, con fuerza de hemicuerpo izquierdo 4/5, que progresa a plejia, se le coloca Catéter Largo en miembro torácico derecho, se decide intervenir el 24 de Agosto a las 24 hrs, ya tiene deterioro neurológico, e inicia con hidrocefalia debido a la presencia de densas adhesiones en los ventrículos, colocándose una ventriculostomía precoronar izquierda, saliendo del área de

Quirófanos a la 1 am e ingresada a la misma hora a la Unidad de Cuidados Intermedios, posteriormente es trasladada nuevamente a Urgencias a las 9:00 am.

Con ventriculostomía abierta somnolienta, con Miosis Bilateral con leve respuesta, se le coloca Sonda Nasogástrica.

El 29 de Agosto tengo el primer contacto con Ángela, en el área de Urgencias, encontrándola con FC 105 x', FR 20x', T/A 170/100, TAM (tensión arterial media):123. Temperatura 36⁷°C, ligera miosis bilateral con respuesta, somnolienta, glucosa 150 mg/dl, ventriculostomía precoronal izquierdo drenando líquido xantocrómico a 6 gotas por minuto 18ml/hr, sonda nasogástrica asistida a alimentación inmunex 5x1 de 6 a 24 hrs a 60 cc/hr, mascarilla asistida a nebulizador a tres litros por minuto, con un FiO₂ al 80%, catéter largo en miembro torácico derecho con una solución salina de 1000cc+40 mEqKcl+1gr MgSO₄ a 80 cc por hora.

El 30 de Agosto se cambia la dieta a polimérica para paciente diabético a 60 cc/hr 5x1 de 6 a 24 hrs. Presentó cuadros febriles, se realizó hemocultivo, análisis citoquímico de líquido cefalorraquídeo.

El 31 de Agosto se cerró la ventriculostomía, ya que para un manejo adecuado la estancia del catéter de ventriculostomía es aproximadamente de siete días, para evitar un colapso ventricular (esto es una disminución del espacio intraventricular y sobre todo una reducción de la amplitud de la presión de pulsación cerebral)²⁶

El 1 de Septiembre se egresa de urgencias por mejoría y se ingresa al servicio de Neurología 3^{er} piso cama 353, Se ingresa somnolienta con una ligera miosis bilateral con respuesta, hemiplejía izquierda, lenguaje no fluente y coherente.

El 3 de Septiembre del 2011, se coloca el sistema de derivación ventriculoperitoneal derecho y se retira ventriculostomía.

Finalmente egresa a su domicilio el 12 de Septiembre del 2011. Por mejoría, con una hemiparesia izquierda, afasia, y apoyo en silla de ruedas.

8. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

²⁶ ALBERTO PUCHE MIRA. Hidrocefalia- Síndrome de colapso ventricular. 2008, No. 26. www.aeped.es/protocolo. (Agosto 2013).

El instrumento de valoración de enfermería bajo la teoría de Dorothea Orem consiste en una compactación de información del paciente conformada por una ficha de identificación, desviaciones de la salud y por ocho requisitos de enfermería.

La cual nos permite llevar a cabo una buena valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación con la finalidad de lograr un mejor autoconcepto de la persona.

Instrumento de valoración (Anexo No. 2).

8.1 VALORACIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Ángela R. A. Edad: 76 años Sexo: Femenino Estado Civil: Viuda
Religión: Católica Escolaridad: Primaria incompleta Ocupación: Ama de casa
Domicilio: Calle D No. 12 Col. Modelo, Naucalpan Edo. De México No. De integrantes en la familia: dos.

Desviaciones de la salud (Factores de Riesgo)	SI	NO
Obesidad	✓	
Sedentarismo	✓	
Diabetes Mellitus	✓	
Hipertensión Arterial	✓	
NOTA: Cáncer en mama	✓	

Desviaciones de la salud (Antecedentes Familiares)	Parentesco
Diabetes Mellitus	Hermanos y madre
Hipertensión	Hermanos y padre

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Al ingresar Ángela y durante su estancia, presenta cuadros de disnea con una saturación de O₂ de hasta un 85%, asistida con mascarilla a nebulizador a 3 litros por minuto con un FiO₂ de 80%; presenta secreciones moderadas, espesas blanquecinas a la aspiración. La coloración de su piel es ligeramente pálida. Con una frecuencia cardiaca de 105 pulsaciones por minuto con ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad. Su frecuencia respiratoria es de 20 respiraciones por minuto, la tensión arterial se encuentra en 170/100, esta somnolienta con un Glasgow de 10. Ph 7.35, PO₂ 75.

II. Mantenimiento de una aporte suficiente de agua

Ángela ha perdido peso. A su ingreso hospitalario tenía un IMC= 34.21 kg/m²= Obesidad leve y egreso con] un IMC de = 30.70, se mantiene con solución salina de 1000cc+40 mEqKcl (miliequivalentes de cloruro de potasio) +1gr MgSO₄ a 80 cc por hora. Con mucosas y piel hidratada, con piel tibia al tacto. Con nivel deK y Ca disminuidos (Cl [135-145 mmo/L] 100.4, Na[98-106 mmo/L]132, K [3.5-4.5 mmo/L]3.39, Ca [1.2-1.35 mmo/L] 8.43).Diaforética, debido a cuadros febriles.

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

La alimentación de Ángela es por vía enteral por sonda nasogástrica, con nutrición polimérica para paciente diabético a 5 x 1 de 6 a 24 hrs a 60cc por hora. Mantiene una talla de 1.51 m y pesa aproximadamente 78 Kg, $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)} = 78\text{Kg} / 1.51(1.51) = 34.21 \text{ kg/m}^2 =$ Obesidad leve. La fuerza de la lengua se encuentra conservada, la sensibilidad y el reflejo nauseoso están presentes, el paladar blando y la úvula central. Presenta lesiones en la boca de tipo ulcerosas. Se presenta una disminución de fuerza en los músculos que intervienen en la alimentación y los músculos de deglución. Los niveles de triglicéridos bilirrubina directa e indirecta, colesterol, urea, creatinina, ácido úrico y proteínas totales, se mantienen dentro de los valores normales. Excepto la glucosa que se mantiene elevada de 127.3 (36-115 mg%).

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

No tiene control de esfínter urinario, la orina tiene características normales, hay disminución de los ruidos peristálticos.

V. Mantenimientos del equilibrio entre la actividad y reposo

Ángela tiene problemas para movilizarse debido a hemiplejía izquierda, no realiza ninguna actividad recreativa, duerme la mayoría del día solo despierta con estímulo. Presenta articulaciones dolorosas, y espásticas. Muestra Hemiplejía izquierda. Babinski e hiperreflexia izquierdo. La función cerebelosa no es valorable. La expresión facial está ausente en Nariz y boca secundaria a hemiplejía facial.

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

Se ha visto alterado su rol que desempeña Ángela por su padecimiento actual, no trabaja depende de la ayuda del gobierno de E.U.A para adultos mayores, y de su hijo, mantiene una relación buena con sus hijos, vive con su hija en E.U.A en una familia nuclear. Y cuando regresa a México, vive en una familia mononuclear. Ángela presenta una afasia subcortical, se encuentra lábil.

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

Ángela presenta Miosis bilateral con leve respuesta, reflejo corneal izquierdo disminuido. Movimientos oculares horizontales presentes verticales no coopera. Ángela lleva una vida sedentaria.

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

Ángela lleva una vida sedentaria, no tiene un apego a su tratamiento para la hipertensión ni para la diabetes mellitus, lleva 6 días de internamiento, tiene ventriculostomía precoronaria izquierda drenando a 6 gotas por minuto de líquido xantocromico, se realiza Análisis Citoquímico de Líquido Cefalorraquídeo (LCR), encontrándose un aumento en el número de Células $3077/\text{mm}^3$ (0-8), sonda nasogástrica, catéter largo en miembro torácico derecho. Debido a su estado de salud sus hijos son quienes están en la sala de espera de urgencias, por lo que presentan cansancio y fatiga emocional.

8.2. JERARQUIZACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Con base en la valoración, los problemas se jerarquizan de la siguiente manera:

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

- ★ Disnea en reposo

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

- ★ Diaforesis

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

- ★ Disfagia
- ★ Hiperglicemia
- ★ IMC=34.21 kg/m²= Obesidad leve.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

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

- ★ Incontinencia Urinaria
- ★ Estreñimiento

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

- ★ Hemiparesia izquierda
- ★ Babinski e hiperreflexia izquierda

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

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

- ★ Labilidad
- ★ Alteración de la comunicación

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

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

- ★ Rol alterado por padecimiento actual
- ★ Cansancio y fatiga de cuidadores

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio.

VIII. *Prevención del peligro para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.*

- ★ Presencia de medios invasivos
- ★ Mal apego a tratamiento

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio.

8.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En este apartado se presentan, las conclusiones diagnósticas, en relación a los requerimientos encontrados.

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

1. Alteración del proceso de oxigenación relacionado con somnolencia (Glasgow 10) manifestado por periodos de disnea y expectoración ineficaz de secreciones

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Sistema de Enfermería requerido: Parcialmente compensatorio.

2. Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado con hidratación reducida, y diaforesis.

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

3. Déficit de aporte nutricional relacionado con afección de nervios craneales IX, X, XI y XII manifestado por disfagia
4. Riesgo de aspiración relacionado con dificultad para deglutir.
5. Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con manejo de medicación y estado actual de salud física.

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

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

6. Incontinencia urinaria relacionada con vejiga neurógena manifestada por pérdida del tono vesical y pérdida de control de esfínter.

V. *Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo*

Sistema de enfermería requerido: Totalmente compensatorio

7. Deterioro de la movilidad física relacionada con disfunción de la motoneurona superior (signo de Babinski) manifestada por Hemiparesia izquierda.
8. Déficit de autocuidado relacionado con Hemiparesia izquierda manifestado por imposibilidad para realizar estas actividades por sí misma.
9. Riesgo de síndrome de desuso relacionado con inmovilidad

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

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

10. Alteración de la comunicación relacionado con daño talámico manifestado por lenguaje no fluyente e incongruente y afasia.
11. Temor relacionada con aislamiento manifestada por labilidad

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

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio

12. Trastorno de la imagen corporal relacionado con diversos procesos quirúrgicos manifestado por la percepción de pérdida de salud.
13. Alteración del rol del hogar relacionado con deterioro neurológico manifestado por incapacidad para realizar actividades de la vida cotidiana.
14. Desgaste físico, emocional y mental de cuidadores relacionado con un futuro incierto manifestado por alteración del rol, fatiga, estrés y automantenimiento del hogar.

VIII. Prevención del peligro para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano

Sistema de enfermería requerido: Parcialmente compensatorio.

15. Riesgo de caídas relacionado con Hemiparesia izquierda
16. Riesgo de infección relacionado con inmunosupresión, medios invasivos como catéter venosos, sonda nasogástrica y ventriculostomía precoronal izquierda.
17. Alto riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con alteración de la capacidad para la autosuficiencia en el hogar y/o por desconocimiento de los cuidadores.

8.4. PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Es importante mencionar las actividades que se desarrollan mediante una labor en equipo:

- a) Vigilancia y apoyo del patrón respiratorio.
- b) Vigilar estado nutricional.
- c) Rehabilitación de lenguaje y física.
- d) Apoyo psicológico.

8.5. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS

I. *Mantenimiento de un aporte suficiente de aire*

1. **Diagnóstico:** Alteración del proceso de oxigenación relacionado con somnolencia (Glasgow 10) manifestado por periodos de disnea y expectoración ineficaz de secreciones

- **Objetivo:** Mejorar el proceso de oxigenación (Sat. O₂), apoyando a Ángela por medio de mascarilla asistida a nebulizador, y ayudar a expectorar las secreciones.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

INTERVENCIONES	ACCIONES
Favorecer y mantener una vía aérea libre de Secreciones	<ul style="list-style-type: none">♥ Aspiración gentil de secreciones♥ Posición semifowler♥ Monitorizar la FR y la Sat. O₂♥ Ministración de O₂ (Colocación de mascarilla asistida a nebulizador FiO₂ 80%)♥ Mantener humidificado el O₂ ministrado♥ Monitoreo de la escala de Glasgow (Valorar una puntuación mayor a 8).♥ Toma de gasometría (Mantener parámetros de: PaCO₂ entre 35 y 45 mmHg pH 7.35 y 7.45 y PaO₂ entre 85-100)


Evaluación: Se logra tener FR dentro de los parámetros normales, pH 7.40, PaO₂ de 90 y PaCO₂ de 35, se retiró mascarilla nebulizadora, disminuyendo las secreciones y mejorando la oxigenación.

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

2. **Diagnóstico:** Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con hidratación reducida, y diaforesis.

Objetivo: Evaluar el equilibrio hidroelectrolítico.

Sistema de Enfermería: Parcialmente compensatorio

INTERVENCIONES	ACCIONES
<p>Mantener el equilibrio hidroelectrolítico</p> <p>Mantener una adecuada hidratación de piel y mucosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Aporte adecuado de líquidos y electrolitos (ministración de soluciones intravenosas «según sea indicado»), teniendo en cuenta peso, ingesta y alimentación. ♥ Observar una adecuada hidratación y coloración de las mucosas orales <div style="display: flex; align-items: center; margin: 10px 0;">  <div style="margin-left: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Vigilar la turgencia de la piel ♥ Observar valores urinarios excretados diariamente comparando ingresos y egresos. </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Vigilar curva térmica. ♥ Observar la presencia de diaforesis y aumento de la pérdida de líquidos ♥ Taquipnea (resultado de la pérdida de líquido a través de los pulmones).

Evaluación: Al cabo de ocho días de estas intervenciones se mantuvo un equilibrio hidroelectrolítico, manteniendo los electrolitos como Na y K dentro de parámetros normales y un patrón respiratorio compensado.

III. **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos**

3. **Diagnóstico:** Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado con afección de nervios craneales IX, X, XI y XII manifestado por disfagia.

Objetivo: Mantener un aporte nutricional, que brinde energía para el funcionamiento del organismo

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio.

INTERVENCIONES	ACCIONES
Proporcionar aporte calórico y energético adecuado	<ul style="list-style-type: none">♥ Ingesta de dieta polimérica (immunex) 1500 ml en 24 hrs.♥ Comprobar la fecha de caducidad♥ Ministración de la dieta a temperatura ambiente♥ Evitar el paso de aire durante la alimentación♥ Cuidados a Sonda nasogástrica, corroborar la correcta colocación de la sonda antes de cada toma.♥ Posición adecuada para ingesta de alimentos♥ Observar que no haya distensión abdominal♥ Medición de residuo gástrico pre alimentación enteral.♥ Medir la perímetro abdominal♥ Vigilar la presencia de peristalsis♥ Lavar el circuito con agua limpia♥ Pinzar la sonda nasogástrica♥ Cambiar el equipo de ministración de alimentación cada 24 horas.♥ Observar la presencia de signos

	anormales en cuanto a coloración, aspecto de pelo, piel, ojos, mucosas orales, frecuencia cardiaca, reflejos, estado de alerta etc.
--	---

Evaluación: Se mantuvo nutrición adecuada, sin datos de descompensación, manteniendo proteínas dentro de parámetros normales (6.73 gr/dl), así mismo se logró progresar a vía oral, durante su hospitalización en neurología.

4. **Diagnóstico:** Riesgo de aspiración relacionado con disfagia

Objetivo: Evitar la broncoaspiración.

INTERVENCIONES	ACCIONES
Mejorar la deglución mediante el mejoramiento en la posición de la persona. Y disminuir el riesgo de aspiración	<ul style="list-style-type: none">♥ Elevar la cabecera de la cama de 30 a 45° durante la alimentación.♥ Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar a la persona en posición horizontal.♥ Suspender la alimentación por sonda una hora antes de realizar algún procedimiento o si la persona se ha de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30°.♥ Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora.♥ Comprobar la existencia de residuos cada 4 o 6 horas durante las primeras 24 horas, después cada 8 horas durante la alimentación continuada♥ Antes de cada alimentación, comprobar si hay residuos gástricos.♥ Suspender la alimentación enteral si los residuos son superiores a 100 ml.♥ En caso de sialorrea, aspirar la boca antes de comer♥ Evitar la hiperextensión de la cabeza.

Evaluación: Se logró evitar una broncoaspiración, con una buena posición para mejorar la absorción de alimentos, evitando náuseas, y vómito.

IV. Provisión de los cuidados con los procesos de eliminación y las excretas.

5. **Diagnóstico:** Incontinencia urinaria relacionado con vejiga neurógena manifestado por pérdida del tono vesical y pérdida de control de esfínter

Objetivo: Evitar infecciones, prevenir o disminuir los episodios de incontinencia urinaria para mejorar la calidad de vida de Ángela evitando la incomodidad y los problemas físicos de la incontinencia.

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio.

INTERVENCIONES	ACCIONES
<p>Favorecer medidas de higiene</p> <p>Enseñar técnicas de estimulación vesical.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Proporcionar cuidados perineo-genitales ♥ Baño ♥ Cuidado de la piel: Tx. Tópico ♥ Entrenamiento del control de la vejiga ♥ Fortalecimiento de los músculos de la pelvis (ejercicios de Kegel: Consisten en 1. contraer el esfínter anal como si tratara de evitar una ventosidad; posteriormente relajar. 2. Contraer los músculos de la pelvis contar hasta 5 y relajar; repetir de 10 a 15 veces. 3 veces al día.) <div data-bbox="857 1360 1339 1661" style="text-align: center;"> <p><small>Corte sagital de la pelvis femenina donde se visualiza la musculatura del suelo pélvico que se ejercita con la práctica de los ejercicios de Kegel</small></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Cambio de pañal cada que lo

	<p>requiriese.</p> <ul style="list-style-type: none">♥ Controlar la ingesta y eliminación diarias de líquido♥ Vigilar micción espontanea♥ Que no haya retención urinaria♥ Evitar la colocación de catéter vesical.
--	---

Evaluación: Se mantuvo libre de infecciones, valorándose coloración, olor y manteniendo un equilibrio entre la ingesta de líquidos así como la eliminación de la orina, sin embargo por estado de conciencia (Glasgow 10) que predominó, no se logró educar la vejiga durante su estancia hospitalaria en urgencias.

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

6. **Diagnóstico:** Deterioro de la movilidad física relacionado con disfunción de motoneurona superior manifestado por Hemiplejia izquierda y Babinski+

Objetivo: Mejorar la movilidad de la persona al aumentar la fuerza y resistencia de sus miembros, que reciba terapias de rehabilitación así como recupere en mayor grado su autocuidado.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio

INTERVENCIONES	ACCIONES
Mejorar la movilidad física Mantener el tono muscular y estimular los reflejos posturales.	<ul style="list-style-type: none">♥ Movilización constante♥ Alineación de segmentos corporales♥ Ejercicios de arco movimiento♥ Protección de pliegues y prominencias óseas♥ Evitar el acortamiento muscular (contracturas).♥ Colocar almohadas de gomaespuma en zonas de apoyo (prominencias óseas).♥ Movilización en reposet♥ Realizar ejercicios terapéuticos (iniciar sedestación en cama, movimientos pasivos de extremidades: flexión, extensión)♥ La familia apoyará en el ejercitamiento del lado afectado de una forma suave, no forzando ninguna parte del cuerpo.

Evaluación: Se mantuvo una alineación corporal adecuada, cambios posturales y ejercicios de arco movimiento, logrando una recuperación de la fuerza en hemicuerpo izquierdo 3/5, se evitó rigidez muscular, así como úlceras por presión.

7. **Diagnóstico:**Riesgo de síndrome de desuso relacionado con inmovilidad

Objetivo: Evitar contracturas y espasticidad, manteniendo una flexibilidad articular adecuado.

INTERVENCIONES	ACCIONES
Mantener las articulaciones flexibles evitando contracturas y espasticidad.	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Motivar a la persona para mantener el movimiento articular. ♥ Realizar ejercicios de arco movimiento del lado afectado. <ul style="list-style-type: none"> a. Abducción y aducción del hombro. b. Rotación interna y externa del hombro c. Flexión del hombro hacia adelante d. Pronación y supinación del antebrazo e. Flexión del codo f. Flexión del carpo g. Desviación cubital h. Desviación radial i. Abducción y aducción de la cadera j. Flexión de la cadera y la rodilla ♥ Estos ejercicios deben hacerse de forma: <ul style="list-style-type: none"> ★ Pasiva ★ Pasiva con asistencia ★ Activa ★ Contra resistencia ★ Enseñar a la familia a la realización de cada ejercicio y mencionarles la importancia de esta.

Evaluación: se evitaron contracturas y espasticidad de miembros torácicos y pélvicos periféricos, así como se mejoró la circulación y la fuerza muscular durante su estancia en urgencias.

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

8. **Diagnóstico:** Perfusión tisular inefectiva cerebral relacionado con interrupción del flujo arterial manifestado por Hemiparesia izquierda, cambios de la respuesta motora, cambios pupilares y afasia sensitiva.

Objetivo: Mejorar o contribuir a una perfusión tisular cerebral óptima para evitar un deterioro neurológico mayor, para así obtener cambios positivos en las respuestas motoras y sensitivas.

Sistema de enfermería: Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES	ACCIONES
♥ Asegurar una adecuada circulación cerebral	♥ Mantener una presión arterial sistólica de 120 mmHg ♥ Ministración de fármacos vasoactivos, y monitorizar los tiempos de protrombina ♥ Mantener cabecera a 30° y/o 45° ♥ Mantener posición neutra especialmente de cuello, cabeza y caderas ♥ vigilar el nivel de conciencia, conducta, memoria, cambios pupilares ♥ Ministración de antipiréticos y control por medios físicos. ♥ Utilizar buen tono de voz ♥ Animar a la persona que repita las palabras ♥ Escuchas con atención ♥ Estar de pie delante de la persona al hablar ♥ Estimular la memoria de la persona

	♥ Hablar con la persona
--	-------------------------

Evaluación: Se evitó un deterioro neurológico mayor, y se mejoró la comunicación de Ángela, durante su hospitalización en neurología.

9. **Diagnóstico:** Alteración de la comunicación relacionado con irrupción de radiaciones talámicas manifestado por lenguaje no fluyente e incongruente (afasia sensitiva)

Objetivo: Lograr comunicación clara y congruente con la persona

Sistema de enfermería: Parcialmente compensatorio

INTERVENCIONES	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> ♥ Mejorar la capacidad de comunicación ♥ Neuroplasticidad (facilitar el aprendizaje, orientación de la realidad, reestructuración cognitiva). 	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Hablar con calma y en un tono natural ♥ Disminuir el ruido y todo aquello que pueda distraer a la persona. ♥ Dar importancia a la comunicación no verbal. ♥ No obligar a la persona a comunicarse ♥ Escuchar con atención ♥ Repetir el mensaje de la persona para reforzar la comunicación ♥ Utilización de gráficos ♥ Establecer un programa de ejercicios para favorecer el lenguaje. ♥ Ayudar a la persona a identificar emociones ♥ Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y

	<p>discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas de la persona</p> <ul style="list-style-type: none">♥ Utilizar un lenguaje familiar♥ Dirigirse a la persona por su nombre, y acercarse lentamente a ella.♥ Observar cambios de sensibilidad y orientación.
--	---

Evaluación: Se lograron obtener cambios de sensibilidad y expresión, sin embargo por estado de conciencia de Ángela no fue posible mejorar la comunicación de una manera congruente y clara.

	<ul style="list-style-type: none">♥ Observar estructura familiar y roles.♥ Establecer una relación terapéutica con la persona y la familia.♥ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias♥ Remitir a servicios de asesoramiento si es necesario.♥ Adaptar la información para que se cumpla con el estilo de vida♥ Corregir malas interpretaciones de la información♥ Utilizar un lenguaje familiar.
--	--

Evaluación: Se logró informar y aclarar las dudas del cuidador, logrando la colaboración en el cuidado de Ángela así como establecer ayuda de los demás integrantes de la familia, así mismo logrando una intervención de cuidados adecuados de todos los integrantes evitando el estrés del cuidador primario.

VIII. Prevención del peligro para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano

12. Diagnóstico: Riesgo de caídas relacionado con Hemiparesia izquierda

Objetivo: Disminuir los riesgos de caídas, durante su estancia hospitalaria y durante su recuperación en su hogar.

INTERVENCIONES	ACCIONES
★ Prevención de caídas en el hogar.	★ Utilizar los barandales de la cama ★ Crear un ambiente seguro utilizando los dispositivos (intercomunicador o timbre) así como un entorno iluminado. ★ Después de iniciar su recuperación usar el equipo móvil (Sillas de ruedas, andaderas, Bastones) ★ Identificar peligros en el hogar con la ayuda del cuidador primario y modificarlos si es posible. ★ Ayudar a la persona a moverse hasta la posición de sentado, estabilizar el tronco con los brazos ★ Consultar la terapia física ★ Reorientar a la persona sobre los movimientos del cuerpo

Evaluación: Realizando estas medidas de seguridad se pudo prevenir consecuencias serias tanto físicas, psíquicas y sociales (fracturas, miedo, y sobreprotección de la familia). A largo plazo se logró la seguridad de la persona para que ejecutara movimientos adecuados del cuerpo.

Evaluación: con intervenciones y procedimientos adecuados, se evitaron procesos infecciosos en Ángela.

14. Diagnóstico: Riesgo de úlceras por presión relacionado con Hemiparesia.

Objetivo: Mantener la integridad cutánea.

INTERVENCIONES	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none">★ Utilizar la escala de Braden★ Vigilar la fuentes de fricción y presión★ Movilización	<ul style="list-style-type: none">★ Cambios posturales continuamente (cada 2 o 3 horas)★ Evitar humedad de la piel★ Mantener la cama de ropa, limpia, seca y sin arrugas★ Vigilar estrechamente cualquier zona de enrojecimiento★ Evitar masajes en estas zonas★ Instruir a la familia sobre los signos de pérdida de la integridad cutánea

Evaluación: Se evitó la presencia de úlceras por presión gracias a un adecuado registro, y realización de cambios posturales y cuidados de enfermería.

15. Diagnóstico: Trastorno de la imagen corporal relacionado con diversos procesos quirúrgicos manifestado por temor, labilidad y cambio real en el funcionamiento corporal.

Objetivo: Mejorar o proporcionar alternativas a la persona para mejorar su imagen para así lograr satisfacción personal.

INTERVENCIONES	ACCIONES
<p>Identificar los miedos de la persona y así mismo proporcionar alternativas para mejorar su imagen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Proporcionar un entorno conductivo para la verbalización de los miedos. ♥ Saber escuchar ♥ Identificar su rol social de la persona ♥ Hablar de los intereses y pasatiempos ♥ Proporcionarle o recomendarle audiolibros. ♥ Si es necesario permitir que la persona se vista con ropa que a ella le proporcione satisfacción. ♥ Permitir que la persona tenga objetos o fotos personales ♥ Permitir que la persona use turbantes y/o mascarada para cubrir la herida cefálica
<p>Potenciación de la imagen corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Determinar expectativas corporales de la persona. ♥ Determinar si el cambio de imagen a contribuido con su labilidad, temor y aislamiento social. ♥ Ayudar a la persona a identificar cambios causados por la enfermedad. ♥ Identificación de grupos de apoyo

<p>Brindar apoyo emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Alentar a la independencia ♥ Ayudar a la persona a aceptar las necesidades de dependencia. ♥ Comprobar la capacidad de la persona para realizar autocuidados independientes ♥ Aclarar la conversación mediante el uso de preguntas y retroalimentación ♥ Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, preocupaciones y otros distractores.
<p>Disminución ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Estar atento a mensajes no verbales ♥ Mostrar interés en la persona ♥ Ayudar a la persona a expresar sentimientos de ansiedad, ira, tristeza. ♥ Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de ansiedad.
<p>Reestructuración cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Animar a la manifestación de sentimientos ♥ Crear un ambiente que facilite confianza y confort ♥ Proporcionar objetos que simbolicen seguridad. ♥ Ayudar a la persona a reemplazar las interpretaciones equivocadas de situaciones, sucesos e interacciones estresantes, por interpretaciones basadas más en la realidad.

Evaluación: Se pudo realizar una interacción con la persona en su estancia hospitalaria ayudando en el autocuidado, una escucha activa, disminución de factores estresantes brindándole un ambiente confortable, sin embargo la expresión de sentimientos fue poco retroalimentaría.

16.Diagnóstico: Alto riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado por desconocimiento de los cuidadores.

Objetivo: Evitar un manejo inadecuado terapéutico realizando un plan de alta adecuado.

INTERVENCIONES	ACCIONES
<p>★ Brindar educación para la salud a cuidadores y reducir el riesgo del manejo terapéutico</p>	<p>★ Identificar los factores de riesgo que pueden controlarse</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Hipertensión ♥ Obesidad ♥ Dieta cetógena ♥ Dieta hipersódica <p>☞ Explicar los signos y síntomas de alarma y la necesidad de acudir a urgencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Astenia, letargo, disfagia, afasia, problemas visuales o confusión ♥ Presencia de convulsiones <p>☞ Hablar con la familia sobre los factores estresantes previstos asociados al EVC y sobre su tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥ Aspectos económicos ♥ Cambio de la responsabilidad de rol ♥ Responsabilidad de los cuidadores

Evaluación: Se le brindó información adecuada y se le entregó un plan de alta al señor Juan Carlos Contreras (hijo), mencionándole la importancia de seguir los cuidados en casa. Aceptándolo de una manera positiva.

9. EVALUACIÓN DEL PROCESO

El proceso de atención de enfermería me permitió clasificar las intervenciones, ya que es de gran utilidad para una documentación clínica, comunicación de los cuidados de enfermería con los cuidadores primarios, lo cual facilita integrar los datos entre sistemas, situaciones, investigación, cuantificación de la productividad, evaluación, retribución y diseño de programas, la clasificación de intervenciones independientes como en colaboración, cuidados tanto directos como indirectos. Así como, obtener resultados positivos, en la recuperación de Ángela logrando su independencia al 100%.

10. PLAN DE ALTA

Mediante una segunda valoración en el 2012, durante una consulta con su médico respectivo, se obtienen datos relevantes para la elaboración de un plan de alta.

Prevenir un nuevo episodio. Aumentando los conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma: Entumecimiento repentino de una parte del cuerpo, confusión, deterioro del habla, problemas de visión.

II. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

- ☞ Mantener una hidratación adecuada

III. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

- ☞ Alimentación semisólida
- ☞ Alimentar en posición fowler
- ☞ Dar alimento en pequeñas cantidades y dejar que degluta

V. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

- ☞ Movilizar a Ángela

La mejor manera de evitar las malas posturas de pies y tobillos es ayudarse de cojines para mantenerlos en un ángulo correcto. Con los cojines también aligeraremos el contacto del cuerpo sobre la cama y evitaremos la aparición de úlceras por presión.

La piel de las personas con secuelas tras un ictus es muy sensible. Las zonas de presión están por tiempos prolongados y sufren alteraciones que conducen a la formación de escaras y úlceras. Los lugares más predispuestos a que se formen éstas son: zona sacra y espalda, tobillos, caderas y rodillas.

Los cambios posturales frecuentes, el masaje de estas zonas con crema hidratante, intentar corregir las posturas viciosas y una buena alimentación son las medidas preventivas más eficaces.

- ☞ Realizar ejercicios de arco reflejo
- ☞ Vigilar su T/A y mantener su tratamiento medico
- ☞ Rehabilitación física

VI.MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOCIEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

- ☞ Realizar ejercicios de Fonoaudiología como los siguientes:

Mover hacia los lados: Sacar la lengua en punta y moverla hacia las comisuras derecha e izquierda si llegar a tocarlas. La lengua no puede apoyarse en los labios y tampoco se debe mover la mandíbula (si en necesario, durante los primeros ejercicios se puede sujetar la mandíbula con la mano hasta que el paciente sea capaz de controlar los movimientos. Repetir los ejercicios elevando la punta de la lengua hacia la nariz y bajándola hacia la dirección de la barbilla.

Vibración de la lengua: Este ejercicio estimula la movilidad. Para aumentar la tonicidad

Contracción y relajación de los músculos maseteros: El paciente debe tratar de vencer la fuerza realizada por los dedos medios e índices, colocados en la región anterior de la arcada anterior, que presionan hacia abajo la mandíbula. Debe realizar una fuerza en sentido de intentar el cierre mandibular.

Ejercicios de la goma: Con una goma tubular de unos 15 cm. de largo se realiza ejercicios de masticación: Colocar la goma en el lado derecho sobre los molares y masticar. Repetir la operación en el lado izquierdo. Masticar de 15 a 20 veces de cada lado.

☞ Gesticulaciones (sonreír, enojarse)

☞ paneles con dibujos es importante para:

Lograr que el dibujo se convierta en recurso auxiliar para la comunicación.

- Desarrollar la observación y el reconocimiento de objetos.
- Desarrollar la síntesis expresada por el dibujo.

Temas

- Observación y dibujo de objetos presentes y ausentes, figuras geométricas y humanas completas e incompletas.
- Descripción de acciones y situaciones presentes en los dibujos.

• Estimulación de las articulaciones del pie con el objetivo de bajar la tensión en la pierna y en la articulación del tobillo.



• Estimulación de los dedos del pie: es decir tomar los dedos uno por uno, y traccionar un poco de ellos, rotándolos con suavidad.



Es de gran importancia mencionar que es valido tomar terapias alternativas como:

• **TERMOTERAPIA:** Es para favorecer la relajación muscular, ya que el calor hace disminuir la espasticidad. Ya que el calor actúa sobre terminaciones propioceptivas del músculo disminuyendo actividad gamma encargada del mantenimiento del tono muscular disminuyendo la espasticidad.



• **HIDROTERAPIA:** Sumergir al paciente en agua caliente esto mejora la realización de movimientos y disminuye la resistencia en movimientos rápidos.



• **MASOTERAPIA:** En el paciente hemipléjico el masaje puede ser estimulante, para eliminar edema y prevención de escaras; así como estimulantes de los músculos paralizados principalmente masajes vibratorios.



TECNICAS DE REHABILITACION A UN PACIENTE NEUROLOGICO.

REHABILITACIÓN: Medidas encaminadas para mejorar la capacidad de una persona para realizarla por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico y social.

NEUROPLASTICIDAD: consiste en la habilidad del sistema nervioso central para adaptarse, tanto en sentido anatómico como funcional es decir: (compensación por otras zonas del cerebro, activación de estructuras neuronales fundamentales, regeneración de estructuras nerviosas)



Elaboró: E.E.N.L. Anaella Arly Delgado M...

ENTRENAMIENTO EN PERSONAS CON HEMIPLEJIA.

HEMIPLEJIA: Pérdida del movimiento voluntario de la mitad del cuerpo.

POSTURAS CORRECTAS DE LA MANO:

• Mantener la mano relajada es decir que la mano repose en la mesa solo por los yemas. El antebrazo debe estar totalmente apoyado sobre la mesa, incluida la muñeca.



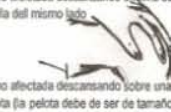
• Dedos entrelazados, cuidando que el pulgar del lado afectado quede por encima del otro.



• Mano afectada abrazando la muñeca de la sana.



• Mano afectada descansando encima de la rodilla del mismo lado.



• Mano afectada descansando sobre una pelota (la pelota debe de ser de tamaño mediano, evitando que la apriete).



• Mano afectada apoyada en el borde de la mesa.



• Brazos cruzados de forma que la mano afectada abrace el brazo sano y la otra mano quede por debajo del brazo afectado.



• Dirigir las manos desde la vertical hasta los lados de la cama con los brazos siempre en extensión.

Posición de partida: Manos juntas sobre el pecho en posición de oración, levantarlos y girarlos de un lado al otro.



EJERCICIOS PARA CONTROL Y DESENSIBILIZACIÓN DEL PIE.

• Rodar una pelota con el talón, esto evita el pie equino (deformación del pie).



VII.PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y EL DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO AL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL

- ☛ Mejorar la comunicación con su familia, animar a mantener relaciones familiares, y apoyar a mantener una estructura familiar y de roles.
- ☛ Asistir a redes de apoyo impartidos en el INNN los días viernes a las 10 de la mañana.
- ☛ Apoyo psicológico, pidiendo el apoyo en el INNN o en todo caso en centros terapéuticos cerca de su domicilio o en Albergues de México, IAP.

11. CONCLUSIONES

Sin duda la especialización en Enfermería me ha permitido conocer nuevos procesos para dirigir la formación desde una perspectiva más integral, y desarrollar una solución a los problemas más relevantes.

Desarrollar un trabajo en equipo, y de investigación como vía de producción de nuevos conocimientos que contribuyan en la práctica de la enfermería especializada en neurología y otros departamentos del área de la salud.

La constante transformación y descubrimientos en todas las áreas de las ciencias de la salud exigen y requieren de un personal de enfermería cada vez más capacitado tanto en el conocimiento como en habilidades.

Es por lo anterior que para mí, ha sido de vital importancia la realización del estudio de caso ya que nos da la oportunidad de marcar la atención que una enfermera especializada puede brindar.

El intervenir como profesional en la toma de decisiones, da pauta a atender problemas reales con acciones dirigidas al cuidado del agente logrando enfocar la atención a los requisitos alterados y maximizar el beneficio de la persona.

Logrando que con mis habilidades, conocimientos adquiridos, y un trabajo en equipo, la persona a la cual se le aplicó este instrumento de valoración y un plan de cuidados especializados, egresara a su domicilio con pocas secuelas de su enfermedad y un plan de alta adecuado para lograr su pronta independencia en su vida cotidiana.

Al cabo de un año del seguimiento externo, Ángela logró su independencia, obteniéndola recuperación física e intelectual al 100 %, volviendo a adquirir su vida, así como el regreso a su país de residencia de forma independiente.

12. BIBLIOGRAFIA

1. CASAS-PARERA IGNACIO, BARREIRO-MADARIAGA L., CARMONA SERGIO, RUGILO CARLOS. Manual de Neurología. 2° ed. Colombia: Grupo Guía. 2005. p. 298.
2. DE JESUS GARCIA GONZALES MARIA. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1° ed. México: Progreso. 1997. p. 330.
3. KOZZIER BARBARA, Enfermería fundamental conceptos, procesos y práctica. 4ª ed. México: Interamericana, Mc Graw Hill. 1993. p. 159.
4. LYNDIA JUALL CARPENITO- MOYET. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 1ª ed. México: 2004. p. 1101.
5. LOREN A. ROLAK, MD. Secretos de la Neurología. 2° ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 2000. p. 473.
6. R.L. WESLEY Teorías y Modelos de Enfermería. 2° ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 1997. p. 179.
7. STEPHEN J. CAVANGH, Modelo de Orem. 1° ed. España: Masson-Salvat. 1993. P. 167.
8. EVA REYES GOMEZ, Fundamentos de Enfermería, 1° ed. México: Manual Moderno. 2009. p. 621.
9. PEREZ REY ANTONI, Emergencias Neurológicas. 1° ed. España: Masson. 2005. p. 354.
10. STEPHEN G. WAXMAN. Neuroanatomía clínica. 1° ed. México: Manual Moderno. 2004. p. 417.
11. KNABEL ELIAS, Terapia Intensiva en Neurología. 1° ed. São Paulo: Atheneu. 2005. P. 345.
12. Castillo F. Luis; Romero P. Carlos; Mellado T. Patricio, Cuidados Intensivos Neurológicos, 1° ed. Chile: Mediterráneo. 2004. P. 507.
13. OREM, DOROTHEA ELIZABETH, Modelo de Orem; conceptos de Enfermería en la Práctica, Barcelona: Masson-Salvat, Pp. 423.

Bibliografía virtual.

1. M. Rodríguez- Yáñez et al. Guías de actuación clínica en la hemorragia intracerebral. El SevierDoyma. [internet]. 2011 [21 de Octubre 2011]; 1016 (10): Disponible en:www.elsevier.es/sites/.../s0213-4853 (11) pdf.
2. Muc. Ossaldo R. Aguilera Pacheco; Muc. Dámaris González Vidal. Factores pronósticos de la hemorragia cerebral intraparenquimatosa. Scielo [09-Febrero 2012]...16 (1); Disponible en: [pp. 21-28]; scielo.sid.w
3. Bolianos vaillant, solángel et al. Tomografía axial computarizada en pacientes cerebrales hemorrágicos. Scielo [30-Enero-2012]; 13 (5), Disponible en: scielo.sid.cu medison, 2009.
4. A. Perez-Nuñez; A. Lagares; B. Pascual; J.J Rios, R. Alday, P. González, A. Cabrera y R.D. Lobato. Tratamiento Quirúrgico de la Hemorragia Intracerebral espontánea. Pate I, Hemorragia Supratentorial. Scielo [Noviembre 2011]; (19); [12-24]; Disponible en: www.scielo.es/pdf/neuro
5. Dis. Marcelo Gálvez M, Eduardo Bravo C, Pablo Rodríguez C, TM. Mauricio Farías A, Dr. Jorge Ceida C. Características de la Hemorragia Intracranéana espontaneas en TC y RM; [Revista Chilena de Radiología]; [Enero 2012]; (12); [12-25]; Disponible en: www.scielo.cl/scielo.pdf
6. L.E.O. María Del Pilar Granados Balcázar. Historia de Enfermería. Hospital General de México. Hospital General De México [internet] 2006 [Acceso 25 Marzo 2012]; [1-14]. Disponible en: hgm.salud.gob.mx.
7. ALBERTO PUCHE MIRA. Hidrocefalia- Síndrome de colapso ventricular. [internet] 2008, No. 26.[Acceso 26 Agosto 2013]Disponible en: www.aeped.es/protocolo.

8. JOSÉ A. EGIDO-EXUPERIO DIEZ. Después del Ictus. Sociedad Española de Neurología. [internet] 2003 [Acceso 13-Junio-2012] [3-1] Disponible en: www.quiaictus.pdf.
9. REPUBLICA DE CHILE, Guía Clínica de Hemorragia Subaracnoidea. [internet] 2007 [Acceso 25-Mayo-2012] [1-42]. Disponible en: www.hemorragia.pdf.
10. MANUAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA. [internet] 2009 [acceso 28 Enero 2013 [6ª Edición] Disponible en: www.manual-CTO.6a.ed-neurologia.
11. IRREVA SERRANO JORGE. Hidrocefalia: alternativas terapéuticas e implicaciones de enfermería. [internet] 2007 [acceso en 8-agosto-2013] [Vol. 32]. Disponible en: www.hidrocefalia.pdf.
12. Alejandrina Arratia. Investigación y documentación Histórica de Enfermería. [Internet] 2005, [acceso 1 Marzo 2014]; [570]. Disponible en: www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4.pdf.

ANEXO No. 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN UN ESTUDIO DE CASO

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

El principal objetivo de estudio de caso es comprender la particularidad de este método de estudio aplicado a una persona con una enfermedad neurológica, desarrollando un plan integral, adecuado y diseñado de manera particular, para el cuidado del paciente neurológico, con la finalidad de recuperar su estado de salud. Así mismo este estudio nos permitirá que en un futuro otros pacientes sean beneficiados con el conocimiento obtenido.

Procedimiento del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos. Se le aclararan sus dudas sobre la enfermedad que padece.

Yo, Mi DEL CARMEN Cortez Paz Pro. he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Convengo en participar en este estudio de caso. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Mi del Carmen Cortez Paz Pro.
Firma del participante y/o responsable legal del paciente

05/11/2012
Fecha

Amalia Arely
Delgado Mora Amalia Arely

Anexo No. 2

(Instrumento de Valoración)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA NEUROLOGICA



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA NEUROLOGICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN																																																										
Nombre: <u>Ángela R. A.</u> Edad: <u>76 años.</u> Sexo: <u>Femenino</u> Estado Civil: <u>Viuda.</u> Religión: <u>Católica.</u> Escolaridad: <u>Primaria incompleta.</u> Ocupación: <u>Ama de casa.</u> Domicilio: <u>Calle D. Número 12, col. Madero Naucalpan, Estado de México (cuando radica en México).</u> Teléfono: <u>55 53 73 06 86.</u> # de integrantes en la familia: <u>Dos.</u> Dx. Médico: <u>Hemorragia intraparenquimatosa talámica derecha con irrupción ventricular de origen hipertensivo.</u> Tx. Médico actual: <u>Ventriculostomía- sistema de drenaje Ventriculoperitoneal.</u> Motivo de la consulta: <u>Perdida del estado de alerta.</u> Derecho a algún servicio de salud SI () NO (x) ¿Cuál? _____ Persona responsable: <u>Gloria Contreras R.</u> Edad: _____ Parentesco: <u>Hija.</u>																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Desviaciones de la salud Factores de riesgo</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">SI</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 5px;">Hipercolesterolemia</td><td></td><td style="text-align: center;">√</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Obesidad</td><td style="text-align: center;">√</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Sedentarismo</td><td style="text-align: center;">√</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Diabetes Mellitus</td><td style="text-align: center;">√</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Hipertensión Arterial</td><td style="text-align: center;">√</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Consumo excesivo de sal</td><td></td><td style="text-align: center;">√</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Consumo de drogas</td><td></td><td style="text-align: center;">√</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Anticonceptivos orales</td><td></td><td style="text-align: center;">√</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Traumatismo craneoencefálico</td><td></td><td style="text-align: center;">√</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Cuadros gripales (reciente)</td><td style="text-align: center;">√</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Infecciones gastrointestinales (reciente)</td><td></td><td style="text-align: center;">√</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">NOTA: Cáncer de mama en 1983. Mastectomía radical derecha.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Desviaciones de la salud Factores de riesgo	SI	NO	Hipercolesterolemia		√	Obesidad	√		Sedentarismo	√		Diabetes Mellitus	√		Hipertensión Arterial	√		Consumo excesivo de sal		√	Consumo de drogas		√	Anticonceptivos orales		√	Traumatismo craneoencefálico		√	Cuadros gripales (reciente)	√		Infecciones gastrointestinales (reciente)		√	NOTA: Cáncer de mama en 1983. Mastectomía radical derecha.			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Desviaciones de la salud Antecedentes familiares</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Parentesco</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Diabetes Mellitus</td> <td style="padding: 5px;">√ Madre y hermanos</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Obesidad</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Hipertensión</td> <td style="padding: 5px;">√ Padre y hermanos</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Cardiopatía</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Enfermedad Vascular Cerebral</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Cáncer</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Migraña</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Epilepsia</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Desviaciones de la salud Antecedentes familiares	Parentesco	Diabetes Mellitus	√ Madre y hermanos	Obesidad		Hipertensión	√ Padre y hermanos	Cardiopatía		Enfermedad Vascular Cerebral		Cáncer		Migraña		Epilepsia	
Desviaciones de la salud Factores de riesgo	SI	NO																																																								
Hipercolesterolemia		√																																																								
Obesidad	√																																																									
Sedentarismo	√																																																									
Diabetes Mellitus	√																																																									
Hipertensión Arterial	√																																																									
Consumo excesivo de sal		√																																																								
Consumo de drogas		√																																																								
Anticonceptivos orales		√																																																								
Traumatismo craneoencefálico		√																																																								
Cuadros gripales (reciente)	√																																																									
Infecciones gastrointestinales (reciente)		√																																																								
NOTA: Cáncer de mama en 1983. Mastectomía radical derecha.																																																										
Desviaciones de la salud Antecedentes familiares	Parentesco																																																									
Diabetes Mellitus	√ Madre y hermanos																																																									
Obesidad																																																										
Hipertensión	√ Padre y hermanos																																																									
Cardiopatía																																																										
Enfermedad Vascular Cerebral																																																										
Cáncer																																																										
Migraña																																																										
Epilepsia																																																										

TOTALMENTE COMPENSATORIO: La enfermera realizar el principal papel de cuidadora cuando el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado.

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.

1. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire.

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

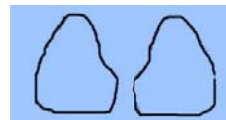
FC: 105x' FR: 20 x' TA: 170/100

Nivel de conciencia Somnolienta.

Glasgow: 10 Pupilas: MID B CR.

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

Fecha y resultado de la última radiografía de Tórax: 24/08/11



Observaciones: _____
 _____.

Coloración de piel	SI	NO
Normal		√
Palidez	√	
Cianosis		√
Rubicundez		√
Otros		√

Signos de Respiración patológica	SI	NO
Cheyre Stokes		√
Neurogénica		√
Apneusica	√	
Cussmaul		√
Atáxica		√

LABORATORIOS		
GASES ARTERIALES	RESULTADO	VALORES NORMALES
SaO ₂	85%	93-100
Ph	7.35	7.35-7.45 mm
pO ₂	75	60-80mmHg
CO ₂	30	28-32 mmHg
Exc. B		-2+5 mmHg
Def. B		-2+5 mmHg
HCO ₂		18-22 mmHg

SaO₂85% PVC ___ PIC ___ Apoyo ventilatorio: Ninguno () Puntas nasales ()
 Mascarilla (x) Ventilador () Traqueotomía () Aspiración de secreciones por:
Boca Características de secreciones: Espesas-amarillentas. Tipo de catéter:
CLMTD. Línea arterial: _____ Medicamentos y soluciones: Dieta líquida
por SNG 30 cc/hr. Sol Sal. 0.9% 1000cc+20mEq KCL 80cc/hr; Sol Sal.
100cc+40mEq KCL p/2 hrs DU. MEDICAMENTOS: Omeprazol 40 mg iv c/24
hr, Cefalotina 1 gr IV c/12 hrs, Dorixina 100mg IV c/8 hrs, Pravastatina 40 mg
PSNG c/24, Amlodipino 5 mg PSNG c/12 hrs., Metoprolol 100mg PSNG c/12
hrs, Enalapril 10 mg PSNG c/8hrs, Ibersartan con hidroclorotiazida 1 tab PSNG
c/12 hrs, Prazocin 1 mg VO c/8 hrs (PVM), Ceftriaxona 1gr IV c/12 hrs.

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

II. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua.

Totamente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio <input checked="" type="checkbox"/> _____
De apoyo o educación _____

A perdido peso últimamente: Si (✓) No ()
 A ganado peso últimamente Si () No (✓)
 Tiene restricción de líquidos Si () No (✓) Causa: _____
 Bebe agua: Potable () Hervida ()
 Ingesta de líquidos habitual (cantidad y tipo): IV. Sol. Fisiológica 80 cc/hra.

PIEL Y MUCOSAS			LABORATORIOS		
Presenta	SI	NO	ELECTROLITOS SERICOS	RESULTADO	VALORES NORMALES
Mucosas secas		✓	CL	100.4	135-145 mmol/L
Mucosas hidratadas	✓		Na	132	98-106mmol/L
Edema		✓	K	3.39	3.5-4.5 mmol/L
Piel hidratada	✓		Calcio	8.43	1.2-1.35mmol/L
Piel tibi al tacto	✓		ALT glutámica	22.22	10-42 UI/l
Piel fría al tacto		✓			

Observaciones: CL esta disminuido, K esta disminuido, y calcio esta aumentado.

III. Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos

Tiempo de alimentación: Enteral (✓) Parenteral () Vía: Sonda Nasogástrica (✓)
 Gastrostomía () Otra: _____ La persona se alimenta sola () Con ayuda (✓)
 Tipo de dieta que consume: Normal () Especial (✓) Polimérica para paciente Diabético a 60 cc/hr, 5x1 de 6 a 24 hrs. ¿Cómo es su apetito? Bueno ()
 Regular () Deficiente () Nulo () Cuántas comidas realiza al día: _____.
 ¿Cuántas veces a la semana consume? Carnes () Harinas () Verduras ()
 Frutas () Lácteos () ¿Cómo prepara sus alimentos? Fritos () Hervidos ()
 Asados () Otros _____ Preferencias alimenticias: _____ Desagrados
 alimenticios: _____ Consume suplementos alimenticios: Si () No () ¿Cuál?
 _____ Total de ingesta _____.

PRESENTA	SI	NO
Alteraciones al gusto	✓	
Lesiones o úlcera en la boca	✓	
Dificultad para masticar	✓	
Dificultad para deglutir	✓	
Caries	✓	
Prótesis dental		✓
Infección bucal		✓
Dolor de garganta		✓
Nauseas		✓

Afección de pares bajos

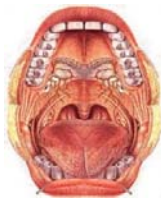
Vómito		√
Cambio de apetito		√
Dolor abdominal o intestinal		√

PRESENTA	SI	NO
Parálisis facial central (izq.)	√	
Parálisis facial periférica		√
Úlcera gástrica		√
Intolerancia alimenticia		√
Polifagia		√
Polidipsia		√
Indigestión		√
Flatulencias		√
Acidez estomacal		√

Peso: 78 kg. Y disminuyo a 70 kg.
Talla: 1.50 cm.

MASA CORPORAL	SI
Peso ideal	
Sobrepeso	√
Obesidad	

Características de la Boca

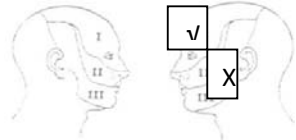


Sensibilidad de la lengua: Presente
Fuerza de lengua: Disminuida
Reflejo nauseoso: Presente
Paladar blando: _____
Úvula: Central

Sensibilidad de la cara

Derecho

- I.
- II.
- III.



Izquierdo

- I.
- II.
- III.

LABORATORIOS	RESULTADOS	VALORES NORMALES
Triglicéridos	73	70-200 mg/dl
Bilirrubina directa	0.33	.0-.04 mg/dl
Bilirrubina indirecta	0.50	0.0-1.1 mg/dl
Colesterol	140.4	80-200 mg/dl
Glucosa	127.3	36-115 mg%
Urea	30.9	20-40 mg%
Creatinina	0.49	0.8-1.5 mg%
Ácido úrico	6.45	2.1-7.4 mg%
Proteínas totales	6.73	6.3-8.2 gr/dl

29-08-11

Totalmente compensatorio _____
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? 6

Orina: Color amarillo claro.

Olor: _____

Cantidad Aprox. 400-700 por turno.

Totalmente compensatorio _____
 Parcialmente compensatorio √ _____
 De apoyo o educación _____

EVACUACIONES

¿Cuántas veces defeca al día?

Una vez cada tercer día. Abundante por cuadros febriles.

Heces: Color café

Olor Fétido

Consistencia Dura

Presencia de sangre No

Presencia de moco No

SUDOR

Características

PRESENTA	SI	NO	PRESENTA	SI	NO
Disuria		√	Ardor al defecar		√
Poliuria		√	Dolor al defecar		√
Oliguria		√	Evacuaciones diarreicas	√	
Nicturia		√	Hemorroides		√
Hematuria		√	Prurito		√
Dificultad para iniciar la micción		√	Disminución de ruidos peristálticos	√	
Infección de vías urinarias		√			
incontinencia	√				

Valoración de sexo femenino

Antecedentes gineco-obstetricos

IVSA: _____

Fecha de última menstruación: _____

Gesta: Seis P: Seis A: __ C: _____

Autoexploración mamaria:

Si (x) No (x) Fecha: Cada año
(Mastectomía radical derecha).

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
Proteínas		Negativo
Cristales		Negativo
Bacterias		Negativo

DRENAJES			
	Fecha de instalación	Perdida insensible	Balance
Ventriculostomía corta	Precoronal izq. 24-08-11	18 ml/hr	6gtas/min 20 gotas----1ml 6gotas-----x
Drenaje de lecho quirúrgico			
Drenaje subdural			
Drenaje epidural			
Sonda nasogástrica			
Ventriculostomía larga			
Sello de agua			
Sonda Foley			

v. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Problemas para movilizarse: Si (✓) No () Ejercicios de movilización Si (✓) No ()
 ¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si () No (✓) ¿Cuál? _____ ¿Se cansa al moverse? Si () No () ¿Sufrir de estrés? Si () No () ¿Cuántas horas duerme?: _____ ¿Utiliza algún remedio para dormir? Si () No (✓) ¿Cuál? _____ ¿Requiere ayuda para movilizarse? Si (✓) No () ¿Cuál? Bastón () Andadera () Silla de ruedas () Muletas ().
 Observaciones movilización pasiva en cama.

Presenta:	SI	NO	Presenta:	SI	NO
Articulaciones dolorosas	✓		Dolor de cabeza	✓	
Deformación de articulaciones		✓	Vértigo		✓
Espasmos musculares		✓	Crisis convulsivas		✓
Monoplejía		✓	Alteraciones de la memoria	✓	
Hemiplejía		✓	Alteraciones de sueño	✓	
Cuadriplejía		✓	Atrofia muscular		✓
Hemiparesia	✓		Postura inadecuada		✓
Cuadriparesia		✓	Espasticidad		✓
Temblor		✓	Marcha atáxica		✓
			Marcha cerebelosa		✓
			Marcha jacksoniana		✓

Reflejos patológicos

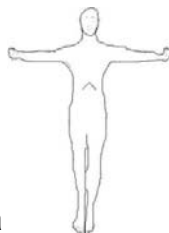
	SI	NO
Babinskyipsilateral	✓	
Brudzinsky		✓
Kerning		✓
Hipérreflexia izq.	✓	
Hiporreflexia		✓

Expresión Facial Presentes +
 Ausentes x
 Frente (X)
 Nariz (X)
 Boca (X)



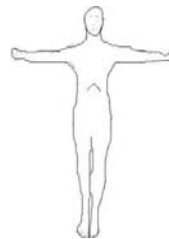
Actividad motora
Sensibilidad y Reflejos

D
 Fuerza
 4/5



Fuerza
 4/5

I Reflejos
 Fuerza Sensibilidad
 0/5



Fuerza Reflejos
 Sensibilidad

Reflejos
 Sensibilidad

Totalmente compensatorio	_____
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 () Hijos (x) Pareja () Padres () ¿Descripción de las relaciones en el núcleo familiar? Buena () Mala () Regular (x) Nula () ¿Papel que desempeña en el hogar? Ama de casa Hermano: _____ ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? Satisfecho () Valorado () Insatisfecho ().

INTERACCIÓN SOCIAL	SI	NO	DIFICULTAD PARA COMUNICARSE	SI	NO
La satisface el rol que desempeña en el hogar	√		Afasia	√	
Se ha visto alterado su rol que desempeña por su padecimiento	√		Alexia		√
Se siente satisfecho con su propia vida	√		Apraxia		√
Siente ansiedad o temor de estar solo con otras personas		√	Disartria		√
Tiene facilidad para comunicarse con los demás		√	Anomia		√
Tiene facilidad para relacionarse con otras personas	√		Perseverancia		√
Su familia lo apoya con su enfermedad	√		ESTADO EMOCIONAL		
Busca ayuda en otras personas cuando Tiene problemas.		√	Ansioso	√	
Busca apoyo en su religión	√		Deprimido	√	
Cuenta con alguna persona en quien Apoyarse en una situación de crisis	√		Lábil	√	
Se siente aislado		√	Miedoso		√
			Agresivo (con tendencia por ser injustos al trato)		√
			Pasivo	√	

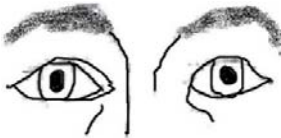
Vida sexual

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?: _____.

Totalmente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio _____ √ _____
De apoyo o educación _____

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

Ojos	SI	NO	Oídos	SI	NO
Lagrimeo excesivo	√		Tinnitus		
Prurito en los ojos			Secreción ótica		√
Partículas flotantes			Vértigo		
Visión doble			Sensibilidad auditiva		
Fotofobia			Infección		
Infecciones frecuentes			Auxiliar auditivo		
Uso de lentes					
Ptosis palpebral					



Movimientos oculares **Rinne:**
Mirada primaria central Resultado + -
Movimientos oculares
Horizontales presentes **Weber:**
Para verticales no coopera.
 Reflejo pupilar
Leve respuesta
 Reflejo corneal
Leve respuesta, reflejo corneal
Izquierdo disminuido.

Oído derecho (x) oído izquierdo ()
 Lateraliza ()
 Izquierda () Derecho () Central ()



Nota: lesiones visuales el Cuadrante ocular afectado.
Campimetría conservada.

Lleva una vida: Sedentaria (X) Activa ()
 Autoconcepto de sí mismo: Cuál es su situación laboral actual _____
 Con que frecuencia visita al médico: Cada año.
 Realiza el aseo bucal: 3 veces (x) 2 veces () 1 vez () ninguno ()

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

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

Totalmente compensatorio _____
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____√_____

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

REALIZA ALGÚN CONTROL ADICIONAL	SI	NO
Dieta		√
Ejercicio		√
Control de presión arterial		√
Registro de pulso		√
Registro de respiración		√
Control de glucosa de sangre		√
Visión		√
Audición		√
Memoria		√

FACTORES DE RIESGO	SI	NO
Suelo encerado		√
Suelo mojado		√
Cables en el piso		√
Suelo a desniveles	√	
Falta de iluminación en escaleras	√	
Falta de iluminación en Habitación		√
Falta de barandales en la cama		√

Conservación del entorno

Distribución de cuartos que tiene en la casa
 Cocina: 1 Habitaciones: 2 Baño: 1

Cuenta con
 Agua √ Drenaje √ Luz √

La casa es:
 Rentada Propia √ Otros

Material de construcción: Ladrillo y cemento √

Animales Si No x

Perros: Gatos: Otros: aves 3
 ¿Están vacunados? Si No

¿Dónde se encuentran?
 Fuera de la casa Dentro de la casa

Comentarios: