



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA

MANUEL VELASCO SUAREZ

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTA
MADURA CON ANEURISMAS MULTIPLES BASADO EN LA
TEORÍA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E.

OREM

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

BERENICE MUÑOZ VALDEZ

ASESOR

L.E.O. QUERUBÍN ENRÍQUEZ GONZÁLEZ



México, D. F.

JUNIO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos.....	4
MARCO CONCEPTUAL.....	5
Conceptualización de la enfermería.....	5
Cuidado Humanístico.....	6
Adulto Maduro.....	8
Teoría del déficit de autocuidado.....	10
Diagrama de la teoría general del déficit de autocuidado de Orem.....	12
Autocuidado.....	12
Demanda de autocuidado terapéutico.....	12
Requisitos de Autocuidado.....	13
➤ Universales.....	13
➤ Relativas al desarrollo.....	14
➤ Derivados de las alteraciones de salud.....	14
Sistemas de enfermería.....	15
1. Sistemas de enfermería totalmente compensatorios.....	15
2. Sistemas de enfermería parcialmente compensatorios.....	16
3. Sistemas de enfermería de apoyo educativo.....	16
Metaparadigma.....	16
Persona.....	16
Salud.....	16
Enfermería.....	17
Entorno.....	17
Proceso de atención de enfermería.....	17
Valoración.....	17
Diagnóstico de Enfermería.....	18
Planificación.....	19

Ejecución.....	20
Evaluación.....	21
METODOLOGIA.....	22
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	23
VALORACIÓN.....	25
Requisitos de autocuidado universal.....	25
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.....	25
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.....	25
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.....	26
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.....	26
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.....	26
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana.....	27
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.....	27
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal.....	28
Tratamiento médico.....	28
DIAGNOSTICOS.....	29
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.....	29
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.....	29
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.....	29
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.....	29
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana.....	30
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.....	30
PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.....	31
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.....	31
2. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.....	39
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.....	48
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.....	54
5. Provisión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.....	60

6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad e interacción humana.	64
PLAN DE ALTA.	69
Problemas de Movimiento.	69
Problemas de Sensibilidad.	70
Problemas Auditivos y Visuales.	70
Sonda de Gastrostomía.	71
Medicamentos.	73
Dolor.	74
Traqueostomía.	74
Crisis convulsivas.	75
ANEXOS.	77
Revisión de la patología.	77
Aneurismas Intracraneales.	77
Etiogenia.	77
Diagnostico.	79
Tratamiento.	79
Hemorragia Subaracnoidea.	81
Signos y síntomas.	82
Diagnostico.	83
Tratamiento.	85
Terapia Triple “H”	86
Escala de coma de Glasgow.	90
Signo de Godet.	90
Escala de EVA.	91
Instrumento de valoración.	92
Trípticos entregados a familiares.	100
BIBLIOGRAFÍA.	104

AGRADECIMIENTOS.

Quiero primero dar gracias a Dios por permitirme llegar a este momento de mi vida, donde culmino mis estudios; ya que sin salud y vida no hubiera podido lograr nada.

Después quiero agradecer a mis padres José Manuel y Esmeralda quienes me han apoyado en cada etapa, gracias por darme la vida y guiarme hacia esta meta, gracias por sus consejos, sin sus cuidados y apoyo en etapas difíciles no lo hubiera podido conseguir, por estar ahí en mis largos periodos de estudio, por ayudarme en cuanto pudieran durante esas noches de desvelo o cansancio, son cuatro años de carrera, pero durante casi 24 años de esfuerzos para conmigo siempre estuvieron ahí, saben que soy una hija muy feliz por tenerlos a ustedes, son mis grandes maestros y mis ejemplos a seguir, los amo demasiado; así mismo quiero darle las gracias a mi hermanito Mane; hermano gracias por tu alegría y tus risas, sabes que eres el hermano chiquito que siempre quise tener, sé que pronto lograras lo que deseas y si necesitas algo sabes que puedes contar conmigo, eres un gran hombre, te quiero mucho.

A mi familia quienes también aun de cerca o a la distancia estuvieron siempre pendientes de mí, a mi Papá Nacho que sé que desde donde esté estaría muy orgulloso de la Güera enfermera en la que me he convertido, soy parte de la semilla que has dejado aquí y jamás defraudare a tu confianza, a mi Mamá Rosita que con su amor y ternura me demuestra día con día lo orgullosa que esta de mí y es un gran tesoro que llevo en mi corazón, gracias por siempre estar cuidando de nosotros, a mi Papá Oti que desde mis inicios siempre me cuido y protegió gracias siempre por estar ahí desde donde estés y a mi Mamá Martita que me ha apoyado, gracias.

A mis tíos Maribel, Juan Carlos, Ricardo, Betty, a mis primos Liz, Iván, Carlos y a mi familia en general, gracias por su apoyo, los quiero.

Gracias Bacho por ser mi compañero de experiencias durante un hermoso y largo periodo de la carrera y una maravillosa etapa de mi vida, me has enseñado a mejorar como persona y a mejorar juntos, gracias por ayudar a crear a la mujer valiente, independiente, luchona, amorosa, inteligente y cálida en la que intento convertirme día a día, juntos vamos a sentirnos orgullosos de lo que hemos creado para algún día

llegar a la meta que hemos soñado, con esfuerzo, dedicación y perseverancia sé que lo lograremos como hemos logrado mucho hasta ahora, Te amo oso.

Gracias a mis profesores y amigos de la carrera, la felicidad y el conocimiento que me llevo de mi querida escuela no lo pago con nada, este es el inicio de una vida universitaria llena de satisfacciones para una servidora.

Y por último gracias a la Universidad que me ha dado tanto y a mí querida ENEO...

¡México, Pumas, Universidad, GOYA GOYA!

¡Universidad!

INTRODUCCIÓN.

Nuestra sociedad ha tenido grandes cambios, sociales, económicos, intelectuales, científicos, tecnológicos y culturales.

En el caso de la práctica de enfermería los constantes cambios en el sistema de salud, hacen que se transformen inevitablemente los cuidados de enfermería, puesto que este profesional es el principal participante que proporciona cuidados de salud y por medio de estos determinara su futuro.

La transformación de la enfermería la obligo a adentrarse en los ámbitos de la ciencia y la filosofía, gracias a esto muchas enfermeras postularon teorías y procesos por los cuales las generaciones actuales se han podido guiar; tal es el caso de Dorothea E. Orem quien postula su teoría "Teoría déficit de autocuidado" que hoy en día es un apoyo para el personal de enfermería que proporciona cuidados en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suarez.

El presente Proceso de Atención de Enfermería, tiene la finalidad de dar a conocer los lineamientos teóricos y metodológicos para desarrollar el cuidado en la persona con base en la teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, con la correspondiente valoración de los datos, elaboración de diagnósticos con taxonomía NANDA y planificación de intervenciones específicas (NIC y NOC).

En este trabajo se presenta el caso clínico de una adulta joven con aneurismas múltiples; se detallan los datos más significativos encontrados en la aplicación del instrumento de valoración, así como el estudio del expediente clínico, organizándose por requisitos universales y planteándose un plan de cuidados por cada diagnostico junto con su respectiva ejecución y evaluación.

De igual manera se aborda un plan de alta para favorecer y guiar el autocuidado de la persona adulta de acuerdo a sus capacidades y limitaciones.

OBJETIVOS.

Objetivo General.

Como pasante de la Lic. en Enfermería presentar un caso clínico que refleje la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la teoría de Dorothea E. Orem en una persona adulta con trastorno neurológico hospitalizada en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez de la Secretaria de Salud.

Objetivos Específicos.

- A. Mediante la valoración de los requisitos universales planteados por D. Orem identificar los requerimientos de salud actuales y potenciales de la persona adulta que cursa por un estado de deterioro neurológico.
- B. Formular diagnósticos de enfermería para establecer planes de cuidados específicos, susceptibles estos de ser evaluados al ponerse en marcha las intervenciones y analizar los logros obtenidos.

MARCO CONCEPTUAL.

Conceptualización de la enfermería.

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico¹. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, y control de los fenómenos que se presentan en su andar.

De acuerdo con los historiadores, la enfermería como actividad, ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas.² Generalmente esto proviene desde que las madres cuidaban de su familia para su propia supervivencia, siendo la mujer la principal proveedora de este cuidado; quien ha proporcionado la atención necesaria a niños, ancianos y comunidades que lo necesiten.

La enfermería es el producto de este vínculo creado por parte de la cuidadora con el enfermo o vulnerable, a raíz de este vínculo y de la necesidad de proporcionar cuidados acorde a las necesidades del ser humano se requirió de una formación de las cuidadoras, creándose así la enfermería como una profesión del cuidado especializado hacia la persona. Además no solamente en el periodo de transición de salud- enfermedad la enfermería se encuentra presente si no en periodos de prevención y conservación de la salud como hace referencia la Organización Mundial de la Salud “La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de

¹ León Román Carlos A., **Enfermería ciencia y arte del cuidado**, Revista Cubana de Enfermería, 2006, revisado en línea en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm [Revisado 15 Junio 2015]

² ibidem

enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.”³

Varias son las teorías que plantean que la enfermería es un arte y una ciencia, a raíz de que surgiera la enfermería moderna con Florence Nightingale y sus postulados se provocó el interés de otras enfermeras a desarrollar teorías y marcos conceptuales sobre el cuidado.⁴

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad.⁵ Gracias a estas variadas teorías de enfermería y la aplicación de un método como lo es el Proceso de Atención de Enfermería PAE la enfermería puede tener una variada perspectiva del cuidado a las personas.

Cuidado Humanístico.

El término humanismo se usa para describir el movimiento literario y cultural que se extendió por Europa durante los siglos XIV y XV.

Maritain ha definido el humanismo como un intento de “convertir al hombre en más verdaderamente humano y manifestar su grandeza original haciéndole participar de todo lo que puede enriquecerle en la naturaleza y en la historia”.⁶

El humanismo se establece en la reflexión filosófica, como un fin y valor superior en el mundo, motivando con ello un interés centrado en el hombre y en todo lo que es

³ **Enfermería**, Organización Mundial de la Salud OMS, revisado en línea en:

<http://www.who.int/topics/nursing/es/> [Revisado 15 Junio 2015]

⁴ Pereda Acosta Margarita, **Explorando la teoría general de enfermería de Orem**, Revista de Enfermería Neurológica, Vol. 10, No. 3: 163-167, 201, INNN.

⁵ León Román Carlos A., **Enfermería ciencia y arte del cuidado**, Revista Cubana de Enfermería, 2006, revisado en línea en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm[Revisado 15 Junio 2015]

⁶ Juan Jesús Álvarez, **Una filosofía verdaderamente humanista para una educación personalista: la visión de Jacques Maritain**, Revista: Comunicación y Hombre 2007 (3), revisado en línea en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129412635004> [Revisado 15 Junio 2015]

humano. La preocupación máxima del hombre debe ser el propio hombre, constituyéndose en el ideal por desarrollar en cada individuo lo humano. En términos generales el humanismo se define como la actitud centrada en el interés de lo humano, en el pleno desarrollo y bienestar de lo que el hombre es, desde las perspectivas biológico, psicológico, social, cultural y espiritual.⁷

Por tanto, el contribuir a que el hombre obtenga bienestar en los aspectos anteriormente referidos se realizará y se hará más humano, o como algunos filósofos lo han denominado proceso de “homonización” es decir, el proceso de hacer humano (“humanización”)⁸. Esta es una tarea fundamental para enfermería ya que esta se encuentra de cerca en el desarrollo humano y en cada etapa de la vida del hombre; proporcionar las herramientas de descubrimiento para que el hombre se construya a sí mismo es contribuir a su humanización.

Para Platón los tres valores de la vida humanística son: la verdad, la bondad y la belleza.⁸

El significado de humanismo se explicaría basándose en dos principios fundamentales:

- “Toda persona tiene derecho a la vida” (Declaración de los derechos Humanos) de respetar, defender y promover la vida, como deber ético y humano del ser humano para consigo mismo y para los demás. El respeto a la vida humana es uno de los ejes primarios sobre los que se ha desarrollado la conciencia ética de la sociedad.
- “La necesidad de los cuidados enfermeros es universal”.⁹

⁷ MEZA Galván Miguel Ángel y otros, **Humanismo en enfermería**, Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009; 17 (2): 109-111, revisado en línea en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092i.pdf> [Revisado 15 Junio 2015]

⁸ Häring-B. **Ética de la manipulación: en medicina, en control de la conducta y en genética**. 2ª ed. Barcelona: Herder, 1985.

⁹ Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen**. Washington, D.C [En línea] http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf [Revisado 15 Junio 2015]

Partiendo de estos dos principios y teniendo en cuenta la función del profesional de enfermería que está orientada al mantenimiento y al cuidado de la salud, que sin dudar es la esencia de la protección a la vida humana y es objeto de conocimiento, del saber y de qué hacer del enfermo; es notorio que el cuidado es actividad clave que define la labor de enfermería. Sin embargo el cuidado como actividad que está presente siempre y en todas las sociedades, de uno u otro modo; es la acción que contribuye a la ayuda ante la necesidad del otro y para lograr el bienestar del otro.¹⁰

Como es citado por Meza⁸ “Cada hombre será mejor si se reconoce en la dignidad de los demás. El humanista, es aquel que comprende la vida y entiende al semejante. El humanismo implica el respeto a la libertad interna del propio hombre para pensar, sentir y crear.” Una enfermera humanista es quien aplica en su diario ejercer la visión de considerar al hombre como un ser único, con necesidades únicas y con pensamientos propios, que interactúa en diferentes esferas biológicas, psicológicas y sociales y para poder comprenderlo debe tomar en cuenta cada una de sus características, así mismo proporcionarle las herramientas que contribuyan a que el hombre mismo se considere un ser humano.

Adulto Maduro¹¹

El término adulto procede del verbo latino “*adolescere*”, que significa “crecer”. En la forma del participio pasado, el verbo “*adolescere*” se convierte en la palabra “*adultum*”. Por lo tanto, podríamos derivar su significado con la expresión “el que ha terminado de crecer o de desarrollarse”

Adulto, es la persona en pleno desarrollo histórico, la cual, siendo heredera de su infancia, habiendo salido de la adolescencia y en camino hacia la vejez, continúa el proceso de individualización de su ser y de construcción de su personalidad.

¹⁰ Feito-Grande L. **Los cuidados en la ética del siglo XXI**. *Enferm Clin* 2005;15(3):164-174.

¹¹ **Introducción al mundo adulto**, revisado en línea en:

http://sedecgdl.com/componente_editor2/archivos_medios/file/deptosdepastoral/introduccionalmundoadulto.pdf [Revisado 15 Junio 2015]

- Biológicamente el adulto es un individuo que ha alcanzado su tamaño y fuerza plenas, centrado entre la adolescencia y la vejez, es decir, la persona que ha dejado de crecer pero no ha comenzado aún a decrecer.
- Psicológicamente, el término adulto se emplea como sinónimo de “madurez de la personalidad” y pretende indicar al adulto cabal, o sea, al sujeto responsable, que posee las características personales de dominio de sí mismo, seriedad y juicio. Es un individuo con un alto grado de estabilidad emocional, provisto de un buen control de impulsos, una elevada tolerancia a la frustración y libre de oscilaciones violentas en el estado de ánimo.
- Económicamente, se considera adulto a alguien que dispone de la capacidad de auto-mantenerse. Normalmente, el ingreso al mundo del trabajo coincide con la etapa de la vida adulta.

Criterios para determinar el concepto adulto:

1. La aceptación de responsabilidades: El rasgo más notable de la personalidad del adulto y que le sirve de característica principal es su capacidad y sentido de responsabilidad frente a los hechos de la vida. El adulto es aquel que sabe que es responsable de sus actos y que además desea serlo. Adulto es quien responde de sus actos y de sus palabras.
2. El predominio de la razón sobre los sentimientos: El adulto es capaz de ver con objetividad el mundo y los acontecimientos de la vida.
3. El equilibrio de la personalidad: El adulto, a fin de lograr su madurez, debe liberarse de la dependencia infantil de su padre y de su madre, y lograr la imagen y la vivencia de su propia paternidad en el mundo.

La revisión de algunas de las clasificaciones en uso, nos permite la distinción de tres grandes etapas: Adulto joven (20 a 40 años), Adulto maduro (40 a 60 años) y Adulto mayor (60 años en adelante). Cada una de estas etapas se establece con base en las circunstancias existenciales por las que el individuo va pasando, así como por las tareas del desarrollo que debe cumplir en cada etapa.

La etapa de adulto maduro es una etapa de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual y artística; es la etapa de la “generatividad”.

La reevaluación de sí mismo y la propia vida es, por supuesto, un proceso continuo. Es algo especial en esta edad, ya que en estos años las personas se dan cuenta de que las decisiones y los eventos del pasado han formado sus vidas en relación con el presente y más o menos las han orientado en una dirección dada.

Valiant (1977) afirma lo expuesto por Erikson en el sentido de que en este periodo, la generatividad representa la etapa madura y fructífera de la existencia humana. Erikson (1960) ideó la palabra “generatividad” intentando descubrir no solo la reproducción, sino también los aspectos productivos y creativos de la edad adulta. Lo opuesto es el “estancamiento”, una actividad mental, de la capacidad y de sus perspectivas.

Para Erikson (1963), la generatividad es el trabajo de desarrollo que sigue al descubrimiento y el logro de la intimidad en el adulto. Implica mirar hacia arriba y más allá del yo con el deseo de “volver a unirse al mundo”.¹²

Teoría del déficit de autocuidado.

Dorothea E. Orem nació en Baltimore y se educó con las hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, graduándose en 1930, fue influenciada por todas las enfermeras con las que había tenido contacto en su vida y la experiencia de las mismas fue lo que le sirvió de fuente teórica.¹³

¹² BRADT Dennis Lorraine, Hassol Joan, **Psicología Evolutiva**, Editorial Interamericana, México D.F. 1986.

¹³ Bernal González Araceli, **Intervenciones de enfermería a la persona con malformación arteriovenosa cerebral basado en la teoría de Orem**, Revista de Enfermería Neurológica, Vol. 6 No. 1:1-9, 2007, INNN.

Comienza su reflexión sobre este tema en 1958¹⁴ enfocándose específicamente en el desarrollo de las capacidades de las personas para alcanzar la meta de salud.

Orem tuvo una intuición acerca de porque los individuos necesitan de la ayuda de enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. Considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general, constituida por tres teorías 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, provee las bases para la recolección de datos.¹⁵

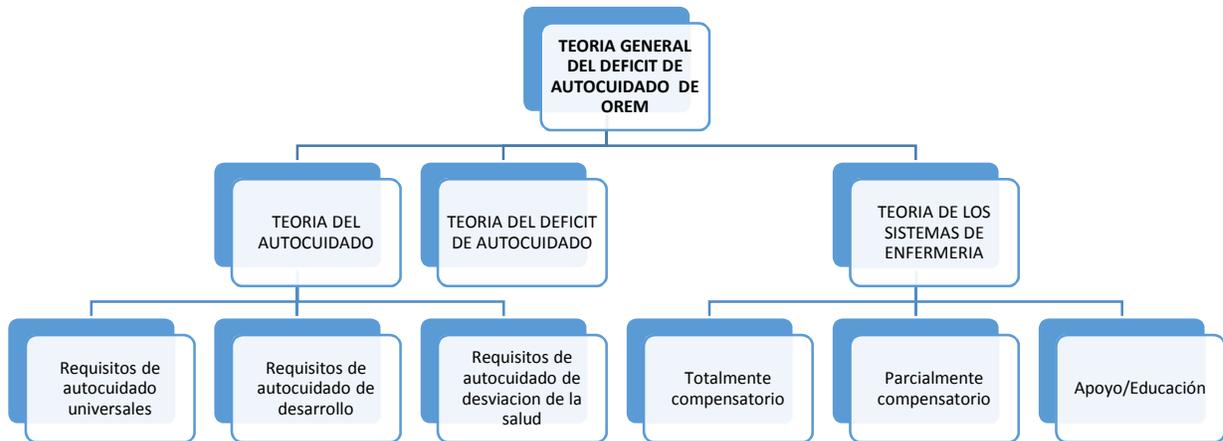
- **La teoría del déficit de autocuidado:** postula como propósito el proceso de diagnóstico. La demanda así como las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo al diagnóstico, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.

- **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, consiste en sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo/educación.

¹⁴ Tesis Grupal, **Intervención de enfermería basada en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem dentro del programa universitario para adelgazar**, Mayo 2006, UNAM-ENEO.

¹⁵ **Fundamentación Teórica (Modelo de Orem)**, revisado en línea en: www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../Fundamentacion_teorica.doc [Revisado 15 Junio 2015]

Diagrama de la teoría general del déficit de autocuidado de Orem.



Fuente: Pereda Acosta Margarita, **Explorando la teoría general de enfermería de Orem**, Revista de Enfermería Neurológica, Vol. 10, No. 3: 163-167, 201, INNN.

Autocuidado.

La palabra auto se utiliza en el sentido del ser humano completo¹⁶, es una actividad del individuo aprendido por este y orientada hacia un objetivo, es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

Demanda de autocuidado terapéutico.

Es una entidad creada por la persona, representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado

¹⁶ **Fundamentación Teórica (Modelo de Orem)**, revisado en línea en: www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../Fundamentacion_teorica.doc [Revisado 15 Junio 2015]

y durante cierto tiempo¹⁷, para cubrir los requisitos de autocuidado de los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

Requisitos de Autocuidado.

Son expresiones de los tipos de autocuidado intencionados que el individuo requiere; Orem presenta tres tipos:

➤ **Universales.**

Son comunes en todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividades, descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de actividades humanas.¹⁸

Orem sugiere ocho requisitos:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire: estado en el cual la persona provee a sí misma un porcentaje de oxigenación óptima para la vida.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua: requisito en el cual la persona obtiene del medio el agua suficiente para la vida y las funciones vitales.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos: grado en el que la persona cumple con el aporte de alimentos que requiere.
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos: grado en el que la persona cumple con cuidados propios al mantenimiento de una eliminación adecuada.
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: grado en el que la persona mantiene una actividad adecuada a su vida diaria.

¹⁷ Bernal González Araceli, **Intervenciones de enfermería a la persona con malformación arteriovenosa cerebral basado en la teoría de Orem**, Revista de Enfermería Neurológica, Vol. 6 No. 1:1-9, 2007, INNN.

¹⁸ Tesis Grupal, **Intervención de enfermería basada en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem dentro del programa universitario para adelgazar**, Mayo 2006, UNAM-ENEO.

6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana: grado en el que la persona interactúa con la sociedad y los medios por los cuales logra esta interacción.

7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: estado en el que la persona cuida de sí misma para evitar riesgos que interfieran con su bienestar.

8. La promoción del funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser normal: estado en el que la persona se conoce a sí misma y lo que llega a proyectar hacia los demás dentro de los grupos sociales.

➤ **Relativas al desarrollo.**

Promueven procedimientos para la vida y para la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas y mitigar los efectos de dichas situaciones.

Existen dos tipos:

1. Crear y mantener las condiciones que apoyen las funciones vitales y promuevan los procesos de desarrollo durante las etapas del ciclo vital.
2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano para prevenir efectos negativos en tales condiciones y para promover cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.

➤ **Derivados de las alteraciones de salud.**

Para que las personas con alteraciones de la salud sean capaces de autocuidarse en estas situaciones tienen que ser capaces, de aplicar conocimientos y habilidades necesarias y oportunas para su propio cuidado.

Hay factores internos o externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, a estos factores Orem los denomina como factores condicionantes básicos:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Orientación sociocultural.
- Factores del sistema de cuidado de salud.
- Factores del sistema familiar.
- Patrón de vida.
- Factores ambientales.
- Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Estos factores condicionan la demanda de autocuidado terapéutico, que se define como la cantidad y tipo de acciones de autocuidado que las personas deben realizar para sí mismas durante un cierto tiempo para satisfacer los requisitos de autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidados terapéuticos y la acción de autocuidado de las propiedades humanas, en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico, existente o previsto.

Sistemas de enfermería.

Los sistemas de enfermería es el producto de una serie de relaciones entre personas de diferentes grupos (pacientes y enfermeras). Los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras utilizan su capacidad para diagnosticar, planificar y proporcionar cuidados a individuos o grupos.

Un sistema de enfermería está constituido mediante las acciones de las enfermeras y de sus pacientes. Se identifican tres tipos de sistemas de enfermería:

1. Sistemas de enfermería totalmente compensatorios.

La enfermera debe compensar la incapacidad total de un paciente para desempeñar acciones de autocuidado.

2. Sistemas de enfermería parcialmente compensatorios.

La enfermera desarrolla algunas intervenciones donde la persona presenta algún déficit de autocuidado.

3. Sistemas de enfermería de apoyo educativo.

La enfermera desarrolla intervenciones de enfermería para regularizar y desarrollar la agencia de autocuidado. Orem sostiene que las enfermeras colaboran con otros profesionales de la atención de la salud para lograr sus objetivos.

Metaparadigma.¹⁹

Persona.

Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

El ser humano es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Salud.

Es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

¹⁹ Tesis Grupal, **Intervención de enfermería basada en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem dentro del programa universitario para adelgazar**, Mayo 2006, UNAM-ENEO.

Enfermería.

La enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Entorno.

Es entendido como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Proceso de atención de enfermería.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)²⁰. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación²¹. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

Valoración.

Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

²⁰ Bernal González Araceli, **Intervenciones de enfermería a la persona con malformación arteriovenosa cerebral basado en la teoría de Orem**, Revista de Enfermería Neurológica, Vol. 6 No. 1:1-9, 2007, INNN.

²¹ Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A. C., **El proceso de atención de enfermería**, revisado en línea en: http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19_S2A1ES.pdf [Revisado 15 Junio 2015]

La fuente primaria de información es la persona, fuentes secundarias de información son: el expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que de atención al enfermo.

Tipos de datos a recoger: ²²

- ✓ Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de la persona. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- ✓ Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- ✓ Datos Históricos-Antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- ✓ Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

- a) Entrevista clínica.
- b) La observación.
- c) La exploración física: Incluye la inspección, palpación, percusión, y auscultación.

Diagnóstico de Enfermería.

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.²³

Un diagnóstico es un enunciado del problema real o en potencia de la persona que requiera de la intervención de enfermería, con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En él se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer

²² Cisneros Fanny, **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**, Universidad del Cauca, Facultad Ciencias de la Salud, revisado en línea en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf> [Revisado 15 Junio 2015]

²³ Bernal González Araceli, **Intervenciones de enfermería a la persona con malformación arteriovenosa cerebral basado en la teoría de Orem**, Revista de Enfermería Neurológica, Vol. 6 No. 1:1-9, 2007, INNN.

un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

- **Diagnóstico de enfermería real:** se refiere a una situación que existe en el momento actual.
- **Diagnóstico de enfermería potencial:** situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Planificación.

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.²⁴

Etapas en el plan de cuidados:

1. Establecer prioridades en los cuidados: se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
2. Planteamiento de los objetivos: esto es determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta.
3. Actuaciones de enfermería: las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar a la persona al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboraran acciones focalizadas hacia

²⁴ **Proceso de Enfermería**, revisado en línea en:
http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2_2.htm [Revisado 15 Junio 2015]

las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

Tipos de actuaciones de enfermería:

1. Dependientes: son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas, señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
2. Interdependientes: son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, etc.
3. Independientes: son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y su experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Ejecución.

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.²⁵

Es en esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.

²⁵ Reina Nadia C., **El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado**, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003> [Revisado 15 Junio 2015]

- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

Evaluación.

En esta etapa se deben comparar las respuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, tres posibles conclusiones a las que se puede llegar son:

1. La persona ha alcanzado el resultado esperado.
2. La persona está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

3. La persona no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso se debe realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados y de las actividades llevadas a cabo.

METODOLOGIA.

El caso que a continuación se seleccionó concuerda con la teoría que actualmente se implementa en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía INNN Manuel Velasco Suarez.

La paciente seleccionada se encontraba hospitalizada en el área de crónicos del servicio de Neurocirugía perteneciente al Instituto, el primer contacto fue el día 12 de Febrero de 2014, la etapa de valoración duro dos días (13 y 14 de Febrero del 2014) y se llevó a cabo por medio de la recolección de datos a través del instrumento de valoración proporcionado por el departamento de enseñanza en enfermería del INNN (revisar anexos), estos datos fueron organizados mediante requisitos y los requisitos alterados fueron priorizados; los diagnósticos que describieran esos requisitos alterados fueron estructurados con base en la taxonomía descrita por la NANDA y las intervenciones de enfermería que respondieran a la resolución del diagnóstico fueron estructuradas en base a la taxonomía NIC y NOC.

La etapa de ejecución se llevó a cabo durante dos semanas (15 de Febrero al 3 de Marzo de 2014)

Alfonsa es dada de alta el 4 de Marzo de 2014.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Alfonsa es una mujer de 48 años de edad, es originaria del estado de Pachuca Hidalgo, tiene escolaridad primaria completa, se dedica a su hogar, profesa la religión católica, es soltera y vive en casa de su hermana y su cuñado en Tizayuca, quien cuenta con los servicios básicos de agua potable, luz y drenaje; su sobrina niega factores heredo familiares y factores de riesgo, describe a Alfonsa como una mujer muy activa y trabajadora. Depende económicamente de su cuñado y su hermana, a quienes les ayuda con la limpieza y labores de su casa.

Mantiene una buena relación con sus demás hermanos (dos hombres y su hermana con quien vive) y sus sobrinas, aunque ellas vivan en el D.F.

Comienza su padecimiento el 13 de enero cuando sus familiares la encuentran en su domicilio con pérdida del estado de alerta y sin respuesta a estímulos. Es llevada al Hospital General de Pachuca Hidalgo, donde la valoran con signos vitales de: TA 130/79 mmHg, Temp. 36°C, Fr. 18 rx', Fc. 78 lx', además encuentran déficit neurológico moderado + disartria²⁶, anisocoria por midriasis derecha y paresia de las 4 extremidades.

A su ingreso obtuvo un puntaje de Glasgow (revisar en anexos) de 9 y luego a deteriorarse a 6 por lo cual requirió de manejo de la vía aérea y fue intubada, posterior a eso se toma Tomografía Axial Computarizada TAC simple encontrando Hemorragia Subaracnoidea en base de cráneo probable a ruptura aneurismática compatible con Fisher III, ahí inician manejo con terapia triple H²⁷ (revisar en anexos) y prevención de vasoespasmo con Nimodipino de 60 mg cada 4 hrs, se sedo por 48 hrs con midazolam a dosis de .2mcg/kg/hr, posterior a esto se realiza angiografía y reconstrucción arterial cerebral encontrando ruptura de aneurisma en arteria cerebral anterior segmento A1 así como a nivel de comunicante anterior, deciden abrir ventana neurológica con apertura ocular espontánea, verbal de 2, motor de 4= Glasgow de 9, sin poder destetar

²⁶ Disartria: Dificultad para articular sonidos y palabras causada por una parálisis o una ataxia de los centros nerviosos que rigen los órganos fonatorios.

²⁷ Terapia Triple H: Tratamiento enfocado hacia la prevención del vasoespasmo cerebral posterior a la Hemorragia Subaracnoidea, consiste en la aplicación de la Hemodilución, Hipertensión e Hipervolemia.

del ventilador por pobre esfuerzo respiratorio, además deciden enviar al INNN para ofrecer un mejor tratamiento.

Llega el 16 de enero de 2014 a el área de urgencias del INNN, alerta, sigue ordenes sencillas, pupilas simétricas con respuesta, signos vitales de TA 120/67 mmHg, Fr 18rx, Fc 86 lx' y Temp 36.3°C. Al estímulo doloroso retira las 4 extremidades, es ingresada a observación para una interconsulta con neurocirugía quienes determinan que deben progresar su estado respiratorio para poder ofrecer una probable intervención quirúrgica, realizan angiografía y evidencian ruptura de aneurisma de la arteria comunicante anterior así como otros dos aneurismas en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha y laterobasilar

El 19 de enero se ingresa al servicio de Terapia Intermedia para continuar valoración del edo. Neurológico y decidir tratamiento definitivo de aneurismas, mantener Tensión Arterial Media TAM entre 70 a 80 mmHg y medidas contra vasoespasmo, el día 21 de Enero realizan procedimiento quirúrgico de clipaje del aneurisma roto y evacuación de hematoma frontal subdural, sin complicaciones aparentes, en días posteriores se intenta el progreso ventilatorio pero no tolera pieza en "T" por lo tanto sigue con ventilación mecánica modo CPAP, además por medio de Resonancia Magnética se visualiza masa hiperdensa en giro parietal ascendente (región de infarto). El 28 de enero se realiza el cambio del Tubo Endotraqueal TET a traqueostomía, sin complicaciones, el 2 de Febrero es ingresada al servicio de Neurocirugía donde es captada el día 12 de febrero, en el área de crónicos perteneciente a este mismo servicio.

El porcentaje de recuperación que le ofrecen a Alfonsa no es al 100% debido a que posee zona de infarto en hemisferio frontal. El plan de acción medico posterior es el clipaje de los otros dos aneurismas que tiene, pero la familia de Alfonsa no cuenta con el dinero para tal procedimiento, además que se niegan a un nuevo tratamiento quirúrgico por lo tanto el plan de intervención médica es la mejoría respiratoria y de salud en general para ser dada de alta a su domicilio.

VALORACIÓN.

Requisitos de autocuidado universal.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

A la valoración se encuentra a Alfonsa con TA de 100/70 mmHg, Fc 102 lx`, Fr 25 rx`, Sat O₂ del 92%

Alfonsa requiere de apoyo respiratorio mediante cánula de traqueostomía asistida a Oxígeno suplementario mediante Nebulizador con un Fio₂ al 98%. Se mantiene alerta con tendencia a la somnolencia y periodos de inquietud, tiene abundantes secreciones blanquecinas espesas por la cánula y abundante sialorrea; por lo que llega a desaturar hasta 89% y presenta periodos de disnea, taquipnea y taquicardia.

El día 18 de febrero se le realizó la colocación de sonda de gastrostomía por vía endoscópica; al momento de retirar el endoscopio presenta reflejo tusígeno, desaturación hasta 60% y datos de insuficiencia respiratoria, a la valoración la cánula de traqueostomía se encuentra disfuncional y es retirada, con resultado de aumento de la saturación de oxígeno hasta 80%, se toman placas de tórax y se encuentra neumotórax a tensión y enfisema subcutáneo, requiere de intubación orotraqueal, colocación de sello de agua con sistema Pleur Evac y es ingresada a área de recuperación, donde vigilan y reinstalan la cánula de traqueostomía.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Alfonsa era alimentada mediante sonda nasogástrica que fue cambiada por la sonda de gastrostomía por la que se infunden líquidos de aproximadamente 500 ml de Thé por turno, tiene prescrita solución parenteral Salina al 0.9% de 1000 ml a 40 ml/hr infundiéndose en total 960 ml en 24 horas.

A la observación presenta edema facial con signo de Godet de + (revisar en anexos), su piel esta hidratada y su último balance de líquidos es positivo de 597 ml en 24 hrs.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Alfonsa pesa 50 kg y mide 1.60 m. y su Índice de Masa Corporal (IMC) es 19.5, Dextrostix 135 mg/dl (18.02.14), su coloración de tegumentos es pálida y sus mucosas son de color rosa pálido, su cabello es seco y se cae demasiado.

La sobrina de Alfonsa manifiesta que su tía ha perdido peso últimamente, desconoce cuánto pesaba antes de su enfermedad pero indica que “la ve más delgada”.

A través de la sonda nasogástrica y posteriormente la sonda de gastrostomía se ministra dieta polimérica especializada, presenta reflejo nauseoso moderado y tusígeno a la aspiración.

Alfonsa presenta evacuaciones diarreicas en el turno durante dos días 19 y 20 de Febrero 2014, por lo cual se suspende la alimentación enteral y se mantiene hidratación con líquidos enterales y parenterales.

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

Alfonsa no controla esfínteres. Presenta de 3 a 4 evacuaciones líquidas, de color café y fétidas. Se auscultan ruidos intestinales hiperactivos. Tiene instalada además Sonda Vesical con diuresis dentro de los parámetros normales.

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

Alfonsa tiene hemiplejía del lado izquierdo y hemiparesia del lado derecho, manifiesta una hipersensibilidad al presentar dolor al tacto, tiene periodos de inquietud donde intenta retirarse el catéter venoso y las sondas de gastrostomía y la sonda vesical. El día 27 de febrero presenta 2 crisis convulsivas parciales focales en rostro del lado izquierdo.

Es incapaz para realizarse el aseo personal, tiene alteraciones del sueño ya que su ciclo circadiano se invirtió y ahora es en el día cuando duerme y en la noche se encuentra con periodos de actividad e inquietud.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana.

Alfonsa no está casada ni tiene hijos, nunca ha trabajado de manera formal en alguna empresa, convive con su familia, principalmente con su hermana y su cuñado que son con quienes vive y poseen muy buena relación.

Su sobrina manifiesta que uno de sus temores es el estar en el hospital, por lo cual es muy introvertida y desconfiada con el personal de salud.

En su estancia hospitalaria quienes la acompañan son su hermana y sus dos sobrinas. Su interacción con el medio se dificulta por la afasia motora, y la cánula de traqueostomía no le permite articular palabras.

Alfonsa tiene buena agudeza visual y auditiva; obedece mediante gesticulaciones e indicaciones sencillas.

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

Alfonsa no realiza acciones para conservar su salud, es dependiente de cuidados.

Tiene vías invasivas: cánula de traqueostomía, sonda de pleurotomía con sello de agua (Pleur Evac), catéter venoso periférico, sonda gastrostomía y sonda vesical.

Por periodos Alfonsa manifiesta conductas no verbales como gemidos, diaforesis, cambios en el pulso con tendencia a la taquicardia e hipersensibilidad al tacto retirando miembros torácico y pélvico del lado derecho.

Su sobrina refiere que previo a su padecimiento si realizaba acciones para la conservación de la salud como higiene y aseo personal, acciones para prevención de accidentes, acudía a revisión médica cada que se sentía mal, etc.

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

La sobrina de Alfonsa refiere que previo a su padecimiento, Alfonsa reconocía sus fortalezas y limitaciones, se hacía valer para poder salir adelante, en ocasiones le era difícil adaptarse a situaciones nuevas, buscando el apoyo de su familia para lograrlo; ahora requiere del apoyo de su familia más cercana para su atención médica y la atención cuando sea dada de alta.

Los familiares significativos aceptan a Alfonsa con sus limitaciones y están dispuestos a cuidarla, aunque manifiestan que se sienten algo preocupados ante el estado de salud en la que Alfonsa será dada de alta y como podrán adecuar sus cuidados en su casa, se preguntaron ¿Cuáles serán los cuidados específicos? ¿Qué necesitará?, etc.

Tratamiento médico.

Omeprazol 40 mg c/ 24 horas por Sonda Gastrostomía.

Paracetamol 1gr IV c/8 horas Por Razón Necesaria.

Ketoprofeno 100 mg IV c/8 horas Por Razón Necesaria.

Pravastatina 40 mg c/24 horas por Sonda Gastrostomía por las noches.

Fosfocil 1 gr IV c/6 horas.

Colistin 150 mg Micronebulizaciones c/ 12 horas.

Captopril 25 mg c/ 24hrs por Sonda Gastrostomía.

Gluconato de Calcio 1 gr IV c/ 8 horas.

Combivent 1 ampula Micronebulización c/ 8 horas.

DIAGNOSTICOS.

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c vía aérea artificial m/p excesiva cantidad de esputo y disnea. (NANDA, pág. 433).
- Deterioro de la ventilación espontánea r/c fatiga de los músculos ventilatorios m/p disnea, agitación creciente, taquicardia y desaturación de O₂ de hasta 89%. (NANDA, pág. 274).
- Riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución y abundantes secreciones. (NANDA, pág. 422).

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

- Deterioro de la deglución r/c deterioro neuromuscular m/p atragantamiento, tos, falta de masticación. (NANDA, pág. 172).
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para ingerir los alimentos m/p Índice de Masa Corporal IMC inferior a l limite normal (19.5 kg/m²), ingesta de alimento inferior a las necesidades, palidez de las conjuntivas y mucosas, caída excesiva de cabello, diarrea. (NANDA, pág. 175).

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

- Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo y motor m/p incontinencia. (NANDA, pág. 193).
- Diarrea r/c alimentación por sonda gastrostomía m/p eliminación de dos a tres deposiciones líquidas por día, ruidos intestinales hiperactivos. (NANDA, pág. 203).

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

- Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física. (NANDA, pág. 423-424).
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, inmovilidad. (NANDA, pág. 428).
- Deterioro de la movilidad en cama r/c deterioro neuromuscular m/p incapacidad para cambiar de posición en la cama. (NANDA, pág. 224).

- Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro musculo esquelético m/p incapacidad para lavarse el cuerpo. (NANDA, pág. 249).

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana.

- Deterioro de la comunicación verbal r/c disminución de la circulación cerebral, traqueostomía m/p dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual. (NANDA, pág. 271).
- Riesgo de cansancio del rol de cuidado r/c el cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir este papel, entorno físico inadecuado para prestar los cuidados. (NANDA, pág. 298).

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

- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (Traqueostomía, Sonda Gastrostomía, Catéter venoso periférico y Sonda Vesical). (NANDA, pág. 417).
- Dolor agudo r/c lesión encefálica m/p cambios en el pulso, diaforesis, conducta expresiva (gemidos, retiro de extremidades a la palpación). (NANDA, pág. 476).

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Diagnóstico de Enfermería 1. Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c vía aérea artificial m/p excesiva cantidad de esputo y disnea.

Objetivo. Alfonsa mantendrá un estado respiratorio y ventilación adecuada.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Manejo de las vías aéreas. *“En pacientes con vía aérea artificial, los gases inspirados no pasan por la nasofaringe, por lo que éstos toman el calor y la humedad de las vías respiratorias inferiores. Esta pérdida de calor y humedad de la vía respiratoria baja resulta en secreciones más espesas, difíciles de aspirar y con frecuencia tapones mucosos.”*²⁸



1 Paciente del INNN.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 567).

- Colocar a la persona en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible (Semifowler).

²⁸ JARILLO Quijada Alberto, **Humidificación y filtrado de la vía aérea artificial**, revisado en línea en: http://www.himfg.edu.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/Humidifiltrado_vaartificial.pdf [Revisado 15 Junio 2015]

- Realizar fisioterapia torácica.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos o la aspiración.
- Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de sonidos adventicios.
- Administrar oxígeno humidificado a 3 litros por minuto con un Fio2 que permita una buena saturación de oxígeno.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.

Monitorización respiratoria. *“Los signos vitales (SV) constituyen una herramienta valiosa, como indicadores que son del estado funcional del individuo y su toma está indicada al ingreso y egreso del paciente al centro asistencial, durante la estancia hospitalaria, de inmediato cuando el paciente manifiesta cambios en su condición funcional y según la prescripción médica; en el paciente estable se requiere un control por turno; pero en el paciente en estado crítico, el monitoreo de los SV es una acción permanente.”*²⁹



2 Oxímetro de pulso.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 643).

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

²⁹ Villegas González Juliana ; Villegas Arenas Oscar A. ; Villegas González , **Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente** ,Archivos de Medicina (Col) 2012, 12 (2), revisado en línea en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273825390009> [Revisado 15 Junio 2015]

- Palpar para observar si la expansión pulmonar es igual en ambos pulmones.
- Vigilar secreciones respiratorias.
- Determinar la necesidad de aspirar secreciones.
- Observar si existe disnea y sucesos que la mejoren o empeoren.
- Instaurar tratamiento de terapia respiratoria (nebulizaciones) cuando sea necesario.

EJECUCIÓN.

Se monitorizó a Alfonsa mediante monitoreo continuo de signos vitales y su saturación de oxígeno, se aspiró continuamente, se proporcionó drenaje postural y fisioterapia respiratoria al cambio de posición en cama, procurando valorar las posiciones que favorecían a la respiración y a la expansión pulmonar, se proporcionó oxígeno suplementario con FiO₂ al 80- 98% permitiendo una mejor oxigenación, además con apoyo del servicio de inhaloterapia se ministró el tratamiento nebulizado prescrito, se continuo con el oxígeno fluidificado para favorecer la salida de secreciones.

EVALUACIÓN.

Al realizar las intervenciones para mejorar la ventilación y disminuir las secreciones en las vías aéreas se logró controlar la abundancia y disminuir la espesidad de las mismas, se controló la inquietud por la sensación de ahogo en Alfonsa.

Diagnóstico de Enfermería 2. Deterioro de la ventilación espontánea r/c fatiga de los músculos ventilatorios m/p disnea, agitación creciente, taquicardia y desaturación de O₂ de hasta 89%.

Objetivo. Alfonsa mejorara el estado ventilatorio espontaneo

Sistema de Enfermería. Parcialmente compensatorio

INTERVENCIONES.

Oxigenoterapia. “Para el funcionamiento normal del organismo es de vital importancia mantener un nivel de oxígeno adecuado para la producción de energía necesaria para mantener la vida.

La indicación de terapia con oxígeno medicinal está indicada cuando sobreviene hipoxemia (hipoxemia documentada) o bien cuando el paciente está en riesgo de desarrollarla (hipoxemia probable).”³⁰



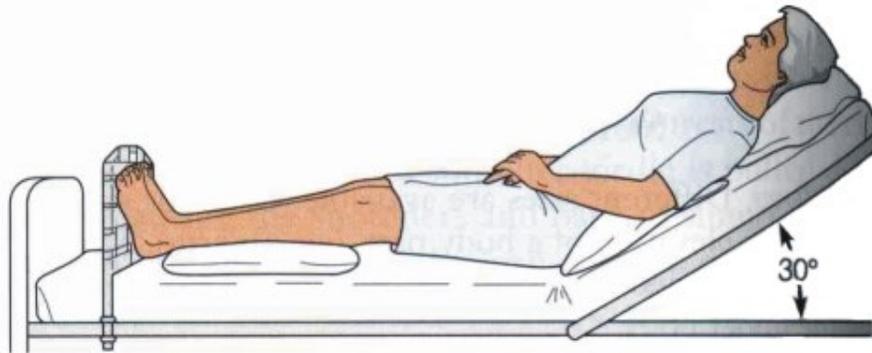
3 Paciente del INNN.

³⁰ **Oxigenoterapia**, revisado en línea en: http://www.linde-healthcare.cl/international/web/lg/cl/likeglgtclnopro.nsf/docbyalias/nav_nopro_therapies_oxytherapy
[Revisado 15 Junio 2015]

ACTIVIDADES. (NIC pág. 651).

- Administrar oxígeno suplementario.
- Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno.
- Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.

Ayuda a la ventilación. “Con una postura de entre 30-40°... la inclinación hacia delante permite que salga más aire de los pulmones durante la espiración. En esta postura el paciente no puede usar los músculos accesorios de la respiración y mejora la acción de elevación del diafragma.”³¹



4 Posición Semifowler.

³¹ **Fisioterapia Respiratoria**, revisado en línea en:

http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDoQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.um.edu.ar%2Fcedras%2Fclaroline%2Fbackends%2Fdownload.php%3Furl%3DL1VOSURBRF9SRVNSVJBV9SSU8vMTMuX0Zpc2lvdGVyYXBpYV9yZlNwaXJhdG9yaWEucGRm%26cidReset%3Dtrue%26cidReq%3DCMK00SR&ei=CG_-VI3dl82ayASX_4KQAg&usg=AFQjCNHa06AXsPLWaE1dFcMIWVbeaA4K-g&bvm=bv.87611401,d.aWw&cad=rja [Revisado 15 Junio 2015]

ACTIVIDADES. (NIC pág. 211).

- Colocar al paciente en una posición que favorezca la ventilación espontánea y alivie la disnea.

EJECUCIÓN.

Se hizo cambio de la cánula de traqueostomía a la cánula de Jackson, se valoró la necesidad del oxígeno suplementario continuo, por periodos se fue disminuyendo el Fio2 al oxígeno suplementario y mediante oxímetro de pulso se monitorizó la saturación de oxígeno durante los cambios; llegando al Fio2 mínimo (38%) y en ocasiones suspendiendo el oxígeno hasta la máxima tolerancia sin él, se colocó en posiciones que favorecieran la expansión pulmonar y torácica.

EVALUACIÓN.

Mediante estas actividades se fortaleció la ventilación espontánea de Alfonsa y se progresó a la tolerancia de tiempos mayores sin el oxígeno suplementario.

Diagnóstico de Enfermería 3. Riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución y abundantes secreciones.

Objetivo. Disminuir el riesgo de aspiración en Alfonsa.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Aspiración de las vías aéreas. “Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar

las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial”.³²



5 Equipo de aspiración del INNN

ACTIVIDADES.

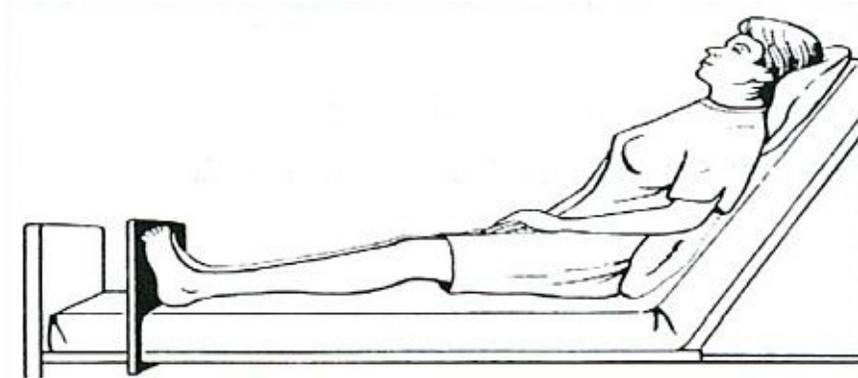
- Determinar la necesidad de aspiración de secreciones.
- Observar la saturación de oxígeno o datos de déficit del patrón respiratorio durante la aspiración de secreciones.
- Enseñar a los familiares a aspirar a su familiar usando las técnicas adecuadas.

Precauciones para evitar la broncoaspiración. “La broncoaspiración puede presentarse como consecuencia de padecimientos que dejen al enfermo en un estado de inconsciencia o incapaz de moverse.”³³

³² PISA, **Aspiración de secreciones**, revisado en línea en:

http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_2.htm [Revisado 15 Junio 2015]

³³ **Broncoaspiración**, revisado en línea en: <http://www.salud180.com/salud-z/broncoaspiracion> [Revisado 15 Junio 2015]



6 Posición Semifowler.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 681).

- Vigilar estado de conciencia.
- Mantener una vía aérea permeable.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Colocar la cabecera en posición fowler o semifowler.
- Mantener posición durante la alimentación enteral, suspender la alimentación durante los cambios de posición para evitar reflujo alimentario.
- Comprobar los residuos gástricos antes de la alimentación, evitar la alimentación si los residuos son abundantes.

EJECUCIÓN.

Se valora el estado de conciencia de Alfonsa y se mantiene alerta, se aspiran secreciones y se da posición Semifowler durante los procedimientos y la alimentación, durante los cambios de posición se suspendió la alimentación, se valoró el residuo gástrico.

EVALUACIÓN.

Durante el turno matutino se mantuvo alerta, continua con vía aérea permeable y en óptimas condiciones, el equipo de aspiración se mantiene funcional, se lograron cambios de posición de fowler a semifowler y viceversa, su piel esta integra.

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

Diagnóstico de Enfermería 4. Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física.

Objetivo. Prevenir el riesgo de caídas para Alfonso.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Prevención de caídas. “Las caídas son una de las principales causas de lesiones, de incapacidad e incluso de muerte...En todo paciente que se cae, se deben valorar las consecuencias, los factores de riesgo de las caídas y el riesgo de presentar nuevas caídas.”³⁴



7 Cama con barandales de seguridad.

³⁴ DEL NOGAL Lázaro y otros, **Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica**, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Volume 40, Issue null, Pages 54-63, revisado en línea en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X05750861?via=sd> [Revisado 15 Junio 2015]

ACTIVIDADES. (NIC pág. 693-694).

- Valorar el riesgo de caídas mediante la escala Riesgo de Caídas de Downton.³⁵
- Eliminar factores de riesgo del ambiente.
- Mantener barandales en alto de la cama hospitalaria.
- Mantener estrecha vigilancia.

Manejo ambiental. “Las caídas suelen ser resultado de múltiples causas. Entre los factores que se definen asociados a las caídas merecen destacarse los factores ambientales”.³⁶



8 Disminuyendo el riesgo de caídas en enfermo

ACTIVIDADES. (NIC pág. 496).

- Mantener un entorno libre de objetos que puedan ser un peligro para la persona.
- Identificar las necesidades de seguridad
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

³⁵ La escala Downton valora el riesgo de caídas con la intención de reducir los factores presentes en las caídas de los pacientes, valorarlos adecuadamente y así poder determinar sus causas, para corregirlas. Evalúa cinco ítems (Caídas previas, Medicamentos, Déficit sensoriales, estado mental y Deambulación).

³⁶ **Guía de prevención y manejo de las caídas**, Ministerio de Salud, revisado en línea en: <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/premacai.pdf> [Revisado 15 Junio 2015]

EJECUCIÓN.

Se valora el riesgo de caída en Alfonsa obteniendo una puntuación de 3 puntos (alto riesgo), se eliminan factores de riesgo del ambiente, se mantienen los barandales de la cama siempre arriba y se enseña a los familiares como movilizarla de la cama a la silla de baño, además se aconseja como evitar caídas en casa, usando objetos que impidan su caída y mencionándoles la importancia de vigilarla constantemente.

EVALUACIÓN.

Se previene el riesgo de caídas en Alfonsa.

Diagnóstico de Enfermería 5. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, inmovilidad.

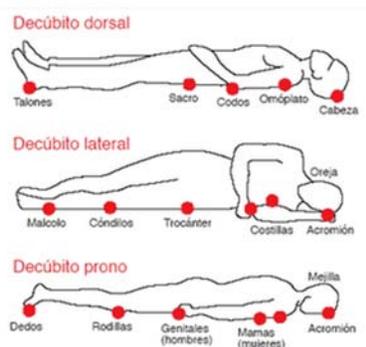
Objetivo. Alfonsa mantendrá integra su piel.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Prevención de úlceras por presión. “Las úlceras por presión Son lesiones que se producen en la piel y en los tejidos que están por debajo de ella, provocadas por la presión de una superficie dura que está en contacto con una parte del cuerpo. Hay dos factores principales que influyen en la aparición de una úlcera por presión: la presión y el tiempo. Tienen más riesgo de padecerlas Las personas que permanecen mucho tiempo en cama o sentadas en una silla y tienen dificultades para cambiar de postura por sí mismas.”³⁷

³⁷ Subdirección Asistencial de Enfermería. Servicio de Salud de las Illes Balears, **Úlceras por presión. Información para el paciente y para el cuidador**, revisado en línea en: http://www.cruzroja.es/centros_sanitarios/Palma/img/pdf/UPIPC.pdf[Revisado 15 Junio 2015]



9 Sitios de presión.

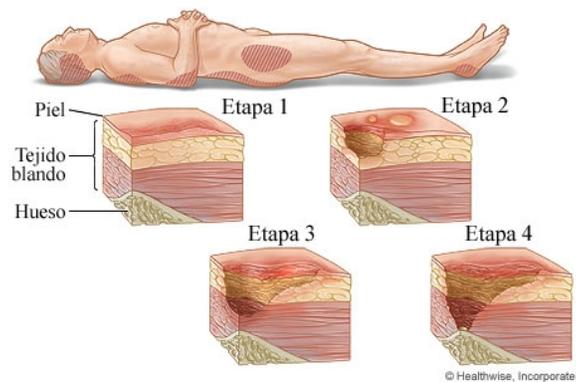
ACTIVIDADES. (NIC pág. 699).

- Valorar el estado de la piel todos los días.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración y la incontinencia urinaria y fecal.
- Llevar a cabo cambios de posición periódicamente.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas.
- Colocar a la persona en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de cama limpia y seca sin arrugas.
- Vigilar las fuentes de presión y fricción.
- Humectar la piel seca e intacta.
- Aplicar protectores para los codos y talones.

Vigilancia de la piel. “Las úlceras por presión son evitables en la mayoría de los casos. Es posible conseguir que no aparezcan si:

1. Cuidando la piel cada día: Hay que revisarla, limpiarla e hidratarla.

2. Controlando la incontinencia: Es necesario aplicar productos para controlar la humedad y usar ropa de tejidos naturales.
3. Aportando nutrientes y líquidos: Debe ofrecerse al paciente una dieta equilibrada y muchos líquidos.
4. Disminuyendo la presión: Hay que estimular la actividad, hacer cambios de postura y usar colchones y cojines especiales y sistemas de protección local.”³⁸



10 Estadios de las úlceras por presión.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 792).

- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Vigilar la coloración de la piel.
- Instruir a los miembros de la familia sobre el cuidado de la piel y prevención de úlceras por presión así como los signos de la integridad de la piel.

³⁸ Subdirección Asistencial de Enfermería. Servicio de Salud de las Illes Balears, **Úlceras por presión. Información para el paciente y para el cuidador**, revisado en línea en: http://www.cruzroja.es/centros_sanitarios/Palma/img/pdf/UPIPC.pdf[Revisado 15 Junio 2015]

EJECUCIÓN.

Se protegen prominencias óseas y se valora el estado de hidratación y coloración, se mantiene limpia y seca la piel, se dan cambios de posición periódicamente y se instruye a los familiares sobre el cuidado de la piel de su familiar en casa.

EVALUACIÓN.

La piel de Alfonsa se mantiene íntegra.

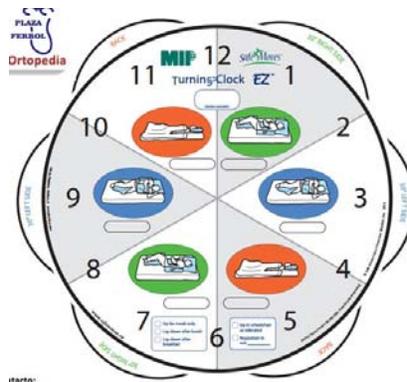
Diagnóstico de Enfermería 6. Deterioro de la movilidad en cama r/c deterioro neuromuscular m/p incapacidad para cambiar de posición en la cama.

Objetivo. Alfonsa mejorara su condición de movilidad en cama.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Cambio de posición. “Los cambios de postura son imprescindibles tanto en la prevención como en el tratamiento de las úlceras por presión”.³⁹



11 Reloj de cambios posturales.

³⁹ Subdirección Asistencial de Enfermería. Servicio de Salud de las Illes Balears, **Úlceras por presión. Información para el paciente y para el cuidador**, revisado en línea en: http://www.cruzroja.es/centros_sanitarios/Palma/img/pdf/UPIPC.pdf[Revisado 15 Junio 2015]

ACTIVIDADES. (NIC pág. 234).

- Explicar a Alfonso que es primordial que se le cambie de posición continuamente.
- Cambios de posición si es posible cada 2 hrs.
- Colocar sobre un colchón cama terapéutico.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Minimizar el roce al cambiar de posición a la persona.
- Llevar a cabo la ingesta de dieta prescrita y la ingesta de líquidos adecuada mediante un balance de líquidos.

Ejercicios Pasivos. “Los movimientos o ejercicios terapéuticos se realizan con el fin de restaurar la función articular, la potencia muscular o ambas. Los ejercicios son de dos tipos principales: Activos y Pasivos.

Los ejercicios pasivos son producidos por una fuerza externa, sin que el paciente ayude ni ofrezca resistencia voluntaria. La fuerza puede ser ejercida por el fisioterapeuta, por medios mecánicos o por la acción de la gravedad. Los ejercicios pasivos deben realizarse después de haber obtenido una relajación máxima de los músculos.

Objetivos de los ejercicios pasivos:

- Mantener la integridad de la excursión articular y conservar la flexibilidad y movilidad de las diversas estructuras, evitando adherencias y contracturas.
- Recuperación muscular. Los movimientos pasivos producen reflejos de estiramientos, que pueden ocasionar contracciones activas en los músculos.
- Mantener la imagen psicosensores y psicomotora.

- Ayuda a la circulación sanguínea y linfática, principalmente la de retorno.⁴⁰



12 Ejercicios Pasivos.

ACTIVIDADES.

Mostrar al familiar ejercicios pasivos que pueda brindarle a Alfonsa y arcos de movimiento.

EJECUCIÓN.

Se lleva a cabo ejercicios pasivos en cama a Alfonsa y se instruye a los familiares para llevarlos a cabo sumándose también los cambios de posición periódicos.

EVALUACIÓN.

La movilidad en cama de Alfonsa mejoro considerando la movilidad previa a las intervenciones, se mantiene su piel integra.

Diagnóstico de Enfermería 7. Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro musculo esquelético m/p incapacidad para lavarse el cuerpo.

Objetivo. Alfonsa mejorara su condición de aseo personal.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

⁴⁰ Recuperarte Rehabilitacion y Terapia Especializada, **Ejercicios Activos-Pasivos** , revisado en línea en: <http://www.recuperarte.net/index.php/ejercicios-pasivos-activos> [Revisado 15 Junio 2015]

INTERVENCIONES.

Ayuda al autocuidado. “El sistema totalmente compensador abordado por Orem en su teoría de sistemas de enfermería puede aplicarse durante la puesta en práctica de la actuación enfermera ante pacientes que están completamente incapacitados para autocuidarse. La enfermera suplente al individuo en las actividades de autocuidado. La atención de enfermería que se brinda es óptima ya que el paciente se hace dependiente de los cuidados enfermeros.”⁴¹



13 Baño en cama.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 212).

Instruir a los familiares como llevar a cabo el baño en casa.

⁴¹ PEREZ González Ariel y otros, **Modelo de autocuidado. Su aplicación en el proceso de atención de enfermería en Cuba**, Facultad De Ciencias Médicas "Juan Guiteras Gener", revisado en línea en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol1%202005/tema05.htm> [Revisado 15 Junio 2015]

EJECUCIÓN.

Se establece la rutina de aseo personal para Alfonsa y se hace parte de ello a los familiares, se les enseña a facilitar el aseo en casa, aseo facial, genitales, etc. Primero baño en cama y posterior como trasladarla de la cama a la regadera con el apoyo de una silla.

EVALUACIÓN.

Alfonsa mejora su condición de aseo personal y se brinda mayor confort.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Diagnóstico de Enfermería 8. Deterioro de la deglución r/c deterioro neuromuscular m/p atragantamiento, tos, falta de masticación.

Objetivo. Alfonsa mejorara la deglución.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Alimentación enteral por sonda. “El paciente críticamente enfermo requiere de un monitoreo minucioso debido al deterioro en su estado de salud. En el aspecto nutricional no es la excepción, ya que la ingesta alimenticia se encuentra seriamente comprometida por diversos factores que alteran la deglución, generalmente en forma transitoria. Esta situación justifica la necesidad de implementar una terapia nutricional para aportar los requerimientos calóricos y proteicos indispensables para que el paciente enfrente esta situación crítica de salud.”⁴²

⁴² Teniza Noguez Diana, Cadena Estrada Julio Cesar, **Valoración del residuo gástrico en el paciente adulto en estado crítico**, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Vol. 19, Núm. 3 Septiembre-Diciembre 2011, revisado en línea en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en113f.pdf> [Revisado 15 Junio 2015]



14 Paciente del INNN.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 161).

- Comprobar la colocación de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
- Comprobar los residuos gástricos antes de la alimentación; evitar la alimentación si el residuo es abundante⁴³.
- A la ministración de medicamentos triturar las pastillas y tabletas y diluirlas.
- Mantener la cabecera elevada durante 30 a 45 minutos después de la alimentación.
- Ministrar agua por la sonda posterior a la alimentación.
- Preparar a la familia para la alimentación por sonda en casa, explicar el procedimiento, las características del alimento que debe ser infundido por sonda, los cuidados previos y posteriores a la alimentación y el aseo de la sonda.

⁴³ La capacidad gástrica en el adulto es de aproximadamente de 1,500 a 2,000 cc. El tiempo medio de VG es aproximadamente de 80 minutos. Los factores gástricos que estimulan el VG son el efecto del volumen alimenticio gástrico y la velocidad de vaciamiento. (Teniza-Cadena 2011)

Terapia de deglución. “...Aquellos pacientes con enfermedades neurológicas en etapa aguda, habitualmente hospitalizados en servicios de cuidado intermedio o intensivo, con compromiso del sensorio, que requieren vigilancia de su vía aérea superior, y que frecuentemente tienen alteraciones por aspiración instrumental o intubación endotraqueal previa. En este grupo de pacientes se debe definir el momento en que se requiere de sondas nasointerales, gastrostomías percutáneas para nutrición, o traqueostomías transitorias; por el contrario se debe decidir cuándo reiniciar la ingesta oral, o cuándo la nutrición deberá ser mixta, al no asegurar un aporte calórico adecuado por vía oral.”⁴⁴



15 Terapia de deglución.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 749-750).

- Comprobar capacidad deglutiva.
- Comenzar con líquidos vía oral y progresar a papillas.
- Enseñar a los familiares como iniciar la alimentación vía oral poco a poco.
- Observar signos como tos o síntomas de aspiración.

⁴⁴ IVAN CAVIEDES S y otros, *Patología de la deglución y enfermedades respiratorias*, Revista chilena de enfermedades respiratorias, v.18 n.1 Santiago ene. 2002, revisado en línea en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482002000100004&script=sci_arttext [Revisado 15 Junio 2015]

- Detener la alimentación vía oral cuando aparezcan signos de atragantamiento.

EJECUCIÓN.

Se lleva a cabo la alimentación por sonda de gastrostomía dentro de los parámetros establecidos, se prepara a la familia para la alimentación en casa, se les da enseñanza sobre los alimentos y el cuidado de la sonda, además de signos de alarma de alimentación enteral y como progresar la alimentación vía oral, se inician líquidos vía oral mediante jeringa y se progresa a papillas.

EVALUACIÓN.

Se mejora el estado de deglución en Alfonsa, al momento de darse de alta tolera papillas vía oral, al momento de darse de alta Alfonsa complementa su alimentación por vía sonda de gastrostomía con alimentación vía oral.

Diagnóstico de Enfermería 9. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para ingerir los alimentos m/p Índice de Masa Corporal IMC inferior al límite normal (19.5 kg/m²), ingesta de alimento inferior a las necesidades, palidez de las conjuntivas y mucosas, caída excesiva de cabello, diarrea.

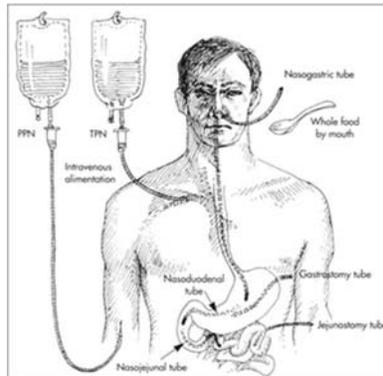
Objetivo. Alfonsa mejorara su estado nutricional.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Ayuda con los autocuidados: alimentación. “El estado de salud de toda persona depende, en gran medida, del aporte de todos y cada uno de los nutrientes que el organismo necesita para construir y reparar los tejidos y regular los procesos metabólicos. Las necesidades nutricionales de cada individuo varían a lo largo de la

vida debido a cambios fisiológicos, psicosociales y patológicos y, a consecuencia de ello, la alimentación también debe adaptarse de manera individualizada.”⁴⁵



16 Nutrición Enteral y Parenteral.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 215).

- Llevar los periodos de alimentación lo más apegado posible a las indicaciones del servicio de nutrición.
- Evitar la alimentación si el residuo es abundante.
- Observar la eliminación, suspender dieta si existe diarrea.

Monitorización de líquidos. “El balance de líquidos está regulado a través de los riñones, pulmones, piel, glándulas suprarrenales, hipófisis y tracto gastrointestinal a través de las ganancias y pérdidas de agua que se originan diariamente. El riñón también interviene en el equilibrio ácido-base, regulando la concentración plasmática del bicarbonato. El desequilibrio o alteraciones de los líquidos y electrolitos pueden originarse por un estado patológico preexistente o un episodio traumático inesperado o súbito, como diarrea, vómito, disminución o privación de la ingesta de líquidos, quemaduras, fiebre, hiperventilación, entre otras. El indicador para determinar las

⁴⁵ **Manual de Alimentación del Paciente Neurológico**, revisado en línea en:
http://www.infogerontologia.com/documents/miscelanea/nutricion/guia_alimentacion_pac_neurologico.pdf
[Revisado 15 Junio 2015]

condiciones hídricas de un paciente es a través del balance de líquidos, para lo cual se tendrán que considerar los ingresos y egresos, incluyendo las pérdidas insensibles. La responsabilidad del personal de enfermería para contribuir a mantener un equilibrio de líquidos en el organismo del paciente es preponderante, ya que depende primordialmente de la precisión con la cual realice este procedimiento, que repercutirá en el tratamiento y recuperación de su paciente.”⁴⁶



17 Balance hídrico.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 631).

- Manejo de líquidos.
- Balance de líquidos por turno.
- Observar hidratación de mucosas y piel.
- Vigilancia de signos vitales.
- Mantener la hidratación aun cuando se suspenda dieta nutricional.

EJECUCIÓN.

Se siguen las indicaciones por parte de del servicio de nutrición, se infunde dieta iniciando con un volumen bajo por hora (33 ml/hr.) y se aumentó conforme la aceptación y tolerancia, durante periodos de descanso de la dieta se infunden líquidos,

⁴⁶ **Balance Hidroelectrolítico**, revisado en línea en: http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_7.htm [Revisado 15 Junio 2015]

llevando un control de ingresos y egresos tratando de conservarse en balances negativos (-) bajos.

EVALUACIÓN.

Alfonsa acepta en mayor cantidad dieta por vía oral y se complementa su alimentación por medio de sonda de gastrostomía.

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

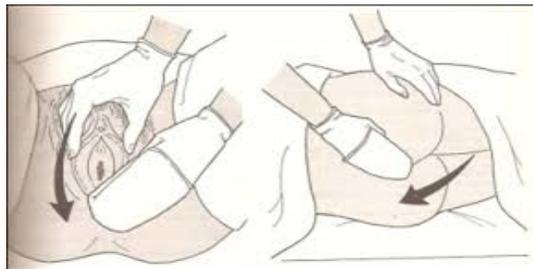
Diagnóstico de Enfermería 10. Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo y motor m/p incontinencia.

Objetivo. Proporcionar los cuidados que requiere el deterioro de la eliminación.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Ayuda con los autocuidados: eliminación. “Gran parte de la enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas”⁴⁷



18 Aseo de genitales.

⁴⁷ ROJAS Gallo Annia y otros, **Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado**, Rev Cubana Enfermer v.25 n.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2009, revisado en línea en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200002[Revisado 15 Junio 2015]

ACTIVIDADES. (NIC pág. 216).

- Ayudar a la persona en el aseo de genitales.
- Cambiar la ropa de la persona después de la eliminación.
- Mantener la piel limpia y seca.

Cuidados a la persona con sonda vesical. “Alrededor del 10-15% de los pacientes hospitalizados requieren un sondaje vesical, siendo una técnica con un alto riesgo de provocar una infección urinaria. Hasta un 80% de los casos de infecciones urinarias nosocomiales están asociadas al catéter vesical. Además, el paciente con sonda vesical permanente y la persona que lo cuide, en caso de no ser autónomo, tendrá que aprender a realizar unos autocuidados de forma correcta, para evitar la aparición de complicaciones (infecciones, obstrucción de la sonda, etc.)”⁴⁸



19 Vaciamiento de bolsa recolectora de orina.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 274-300).

- Mantener sistema de drenaje cerrado.

⁴⁸ FERREIRO Arcay Emma y otros, **Sondaje Vesical. Protocolo de Enfermería**, Asociación Española de Enfermería En Urología, revisado en línea en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3100147.pdf [Revisado 15 Junio 2015]

- Llevar técnicas asépticas en el manejo de la sonda.
- Explicar a los familiares sobre el cuidado de la sonda, como drenarla, características normales y anormales de la orina, signos y síntomas de alarma en el sondeo vesical (retención urinaria, volúmenes altos o bajos, signos y síntomas de infección.)

EJECUCIÓN.

Se llevan cuidados a la piel de la región perianal de Alfonsa, se mantiene limpia y seca, se llevan cuidados a la sonda vesical dentro de los parámetros establecidos, se enseña a los familiares el manejo de la sonda en casa y el cuidado que se debe llevar a la piel referente a la eliminación intestinal, se dan ejercicios vesicales por probable retiro de la sonda vesical, no existe sensibilidad a la micción espontánea, se retira la sonda y se valora la posibilidad de retención urinaria, Alfonsa micciona espontáneamente pero no controla esfínteres, se enseña a los familiares la importancia de cambios constantes de ropa y porque no deben mantenerla mucho tiempo mojada.

EVALUACIÓN.

Alfonsa es dada de alta sin sondeo vesical y sus familiares con la información necesaria para proveer de cuidados referentes a la eliminación urinaria.

Diagnóstico de Enfermería 11. Diarrea r/c alimentación por sonda m/p eliminación de dos a tres deposiciones líquidas por día, sonidos intestinales hiperactivos.

Objetivo. Se instauraran intervenciones que controlen la diarrea.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Manejo de la diarrea. “La diarrea aguda infecciosa constituye la 2ª causa de muerte en el mundo, después de las enfermedades cardiovasculares. El problema es especialmente grave en los países no desarrollados.”⁴⁹

ACTIVIDADES. (NIC pág. 533).

- Determinar la historia de la diarrea.
- Registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Identificar los factores (medicamentos, infección y alimentación) que pueden ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.

Manejo de líquidos. “La deshidratación es la complicación más frecuente y grave de las diarreas.”⁵⁰



20 Vida suero oral.

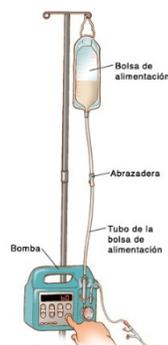
⁴⁹ **Manejo de Diarreas**, revisado en línea en:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo115/capitulo115.htm> [Revisado 15 Junio 2015]

⁵⁰Ibidem.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 570).

- Administrar líquidos abundantes durante el periodo en que duren las deposiciones líquidas.
- Llevar un registro preciso de ingestas y eliminaciones.
- Vigilar signos vitales.
- Valorar mucosas orales y la piel, para detectar indicios de alteración de líquidos y de equilibrio electrolítico.

Manejo de la nutrición. “Otra causa de diarrea no infecciosa en pacientes hospitalizados es la alimentación enteral. Esto es importante en pacientes de cuidados intensivos, ya que su tracto digestivo no funciona normalmente, presentando frecuentemente íleo paralítico que les imposibilita para tolerar soluciones enterales, especialmente si son hiperosmolares o se administran volúmenes elevados. La reducción de la osmolaridad de la solución enteral, la disminución del ritmo de administración o la suspensión temporal de la misma suelen ser medidas terapéuticas efectivas.”⁵¹



21 Manejo de la alimentación enteral.

⁵¹ **Manejo de Diarreas**, revisado en línea en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo115/capitulo115.htm> [Revisado 15 Junio 2015]

ACTIVIDADES. (NIC pág. 550).

Suspender la dieta si fuera necesario o disminuir la velocidad de infusión.

Manejo de la medicación. “El tratamiento empírico con antidiarreicos para disminuir el número de las evacuaciones, durante periodos cortos se debe considerar necesario en las siguientes situaciones:

1. Como medida adyuvante para evitar el desarrollo de complicaciones mientras se efectúa el diagnóstico.
2. Cuando en la evaluación inicial no se puede determinar la causa de la diarrea.
3. Cuando el diagnóstico se ha establecido y no se cuenta con el tratamiento específico.”⁵²



22 Ministración de medicamentos por sonda de gastrostomía.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 548).

- Solicitar al médico que valore la diarrea e indique medicación de ser necesario.
- Valorar la medicación y sus efectos.

EJECUCIÓN.

⁵²REMES Troche José María y otros, **Guía de diagnóstico y tratamiento de la diarrea crónica. Manejo del enfermo con diarrea crónica y situaciones especiales**, Rev Gastroenterol Mex. 2010;75:231-6 - Vol. 75 Núm.02, revisado en línea en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/guia-diagnostico-tratamiento-diarrea-cronica-/articulo/13153428/> [Revisado 15 Junio 2015]

Se informa al médico sobre las evacuaciones, el número, consistencia y color, valora e indica Loperamida 4 mg después de la primera evacuación y continuar con 2 mg después de cada evacuación líquida, se suspende la infusión de alimentación enteral y se mantiene con líquidos vía enteral y parenteral previniendo deshidratación.

EVALUACIÓN.

Las evacuaciones cambian de forma y cantidad después de dos días y se reinicia la alimentación enteral a una velocidad de infusión lenta y aumentándose a la tolerancia, tolera dieta y se continúa con alimentación de manera normal.

5. Provisión de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Diagnóstico de Enfermería 12. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (Traqueostomía, sonda de gastrostomía, catéter venoso periférico y sonda vesical).

Objetivo. Disminuir el riesgo de infección en Alfonsa.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Cuidado de sondas y catéteres. “Las infecciones asociadas a catéteres constituyen la principal causa de bacteriemia nosocomial y están relacionadas con una alta morbilidad y mortalidad, prolongación de estancias hospitalarias y aumento de costes.”⁵³

⁵³ RUMI Belmont Luisa y otros, **Cuidados y prevención de la infección de catéteres intravasculares**, revisado en línea en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion3/capitulo52/capitulo52.htm> [Revisado 15 Junio 2015]



23 Catéter subclavio derecho.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 282, 296, 300).

- Llevar un estricto cuidado aséptico de los posibles focos de infección.
- Enseñanza sobre el lavado de manos a los familiares y su importancia.
- Enseñar al familiar sobre las técnicas de cuidado en casa de traqueostomía, sonda de gastrostomía y sonda vesical.
- Explicar los signos y síntomas de alarma de infección.

EJECUCIÓN.

Se llevan a cabo procedimientos con principios de asepsia y antisepsia, se enseña a los familiares sobre la limpieza en casa de la cánula de traqueostomía y gastrostomía, lavado de manos, además de los signos de alarma de infección en Alfonsa (secreciones anormales, síntomas y signos como fiebre) y que hacer en caso de infección.

EVALUACIÓN.

Se disminuye el riesgo de infección en Alfonsa, durante su estancia hospitalaria no presenta signos y síntomas de infección, los familiares quedan conscientes y con la información necesaria para la prevención de infecciones.

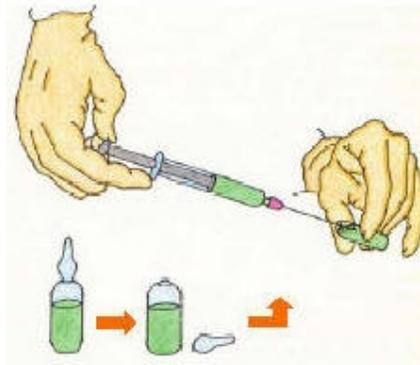
Diagnóstico de Enfermería 13. Dolor agudo r/c lesión encefálica m/p cambios en el pulso, diaforesis, conducta expresiva (gemidos, retiro de extremidades a la palpación).

Objetivo. Disminuir el dolor y proporcionar un estado de bienestar a Alfonsa.

Sistema de Enfermería. Totalmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Ministración de analgésicos. “Aliviar el dolor es esencial para mejorar la calidad de vida. El dolor impide que las personas hagan las actividades que disfrutaban, hablen y pasen tiempo con los demás; puede afectar el estado de ánimo y la capacidad para pensar. Además, el dolor puede causar dificultades para comer y dormir, lo que puede empeorar otros síntomas. El dolor causa angustia y sufrimiento a los pacientes y sus seres queridos. Tratar el dolor ayuda a aliviar el sufrimiento.”⁵⁴



24 Preparación de medicamentos.

⁵⁴ **Cuidados paliativos: La importancia del manejo del dolor**, revisado en línea en: <http://www.geisinger.kramesonline.com/Spanish/3,S,41118> [Revisado 15 Junio 2015]

ACTIVIDADES. (NIC pág. 134).

- Determinar la ubicación, características y gravedad del dolor antes de medicar a la persona.
- Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Ministran los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles a la analgesia.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada dosis y observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náusea y vómitos, hipotensión, sequedad de la boca y estreñimiento).

Manejo del dolor. “El cuidado es la esencia de las competencias del profesional, entendiéndose como cuidado: prodigar, proveer, atender, administrar acciones tendientes a brindar comodidad, alivio, equilibrio biosicosocial al individuo-familia-comunidad en los diferentes sistemas de atención en salud.”⁵⁵



25 Escala Visual Análoga del Dolor (EVA).

⁵⁵ MONTEALEGRE Gómez Doris, **Manejo del dolor: un reto permanente para enfermería**, revisado en línea en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/05.pdf> [Revisado 15 Junio 2015]

ACTIVIDADES. (NIC pág. 585).

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor, que incluya la localización, características, aparición/duración, calidad, intensidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, apoyarse utilizando la valoración mediante la Escala Visual Análoga del Dolor.

EJECUCIÓN.

Se ministran analgésicos sin suspender sus horarios para lograr el efecto continuo deseado se controla el dolor y se proporciona un estado de confort mediante la eliminación de los factores estresantes del ambiente, se instaura una terapia relajante mediante masaje con aceite aromático que le brinda una de sus sobrinas.

EVALUACIÓN.

Alfonsa no manifiesta signos de dolor.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad e interacción humana.

Diagnóstico de Enfermería 14. Deterioro de la comunicación verbal r/c disminución de la circulación cerebral, traqueostomía m/p dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual.

Objetivo. Establecer un patrón de comunicación con Alfonsa.

Sistema de Enfermería. Parcialmente compensatorio.

INTERVENCIONES.

Mejorar la comunicación déficit del habla. "Los pacientes que desarrollan lesiones estáticas encefálicas son propensos a sufrir alteraciones neurolingüísticas que desencadenan un cuadro sintomatológico estrechamente relacionado con el daño

encefálico, la afasia es una de ellas; esta logopatía es determinante en la calidad de vida del individuo, de ahí la importancia de su rehabilitación.”⁵⁶



26 Cartel de comunicación efectiva usado en el INNN.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 616).

- Mantener una escucha activa valorando las señales que manifieste Alfonsa.
- Mostrar carteles para favorecer la comunicación con Alfonsa.
- Invitar a los familiares a mejorar la comunicación con Alfonsa.

EJECUCIÓN.

Se establece un patrón de comunicación con Alfonsa mediante señas e imágenes donde señala si tiene calor o frio, hambre o sueño, además ella puede responder si o no.

EVALUACIÓN

Se mejora el patrón de comunicación con Alfonsa.

⁵⁶ GONZALEZ Murgado M., Armenteros Herrera N., **Abordaje terapéutico del paciente afásico**, Revista **Mexicana de Neurocirugía**, 2004 5(2), revisado en línea en: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/07/Nm0042-05.pdf> [Revisado 15 Junio 2015]

Diagnóstico de Enfermería 15. Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c el cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir este papel, entorno físico inadecuado para prestar los cuidados.

Objetivo. Disminuir el riesgo de cansancio en la familia de Alfonsa.

Sistema de Enfermería. Asistencial/ Educativo.

INTERVENCIONES.

Apoyo al cuidador principal. “Como consecuencia de numerosos factores...se está produciendo un aumento de las personas en situación de dependencia y así mismo de los llamados cuidadores informales o principales. Estos se enfrentan a la

tarea de prestar asistencia de manera continuada y durante largos periodos de tiempo, soportando una gran sobrecarga que les puede llevar a padecer numerosas alteraciones y en consecuencia a verse incapaz de seguir desarrollando su rol, viendo mermada su salud y la de la persona dependiente a su cargo.⁵⁷

“Atender y cuidar de la salud de los cuidadores es una responsabilidad que supone llevar a cabo actividades que contribuyan a la promoción de su salud, a la prevención de problemas y enfermedades, administración de tratamientos y cuidados cuando sean necesarios y ayudar a recuperar el máximo nivel de salud. No sólo se debe cuidar del cuidador porque colabora en la ejecución de los cuidados, sino porque como ciudadano tiene ese derecho”⁵⁸

⁵⁷ PAJARES Bernardo Mercedes, **Cansancio del rol del cuidador**, Reduca(Enfermería, Fisioterapia y Podología), Serie Trabajos de Fin de Grado. 4 (1), 2012, revisado en línea en: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1015/1028> [Revisado 15 Junio 2015]

⁵⁸ Ibidem



27 Cuidador primario.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 170).

- Permitir y fomentar la expresión de emociones y sentimientos.
- Observar si hay indicios de estrés y proporcionar herramientas para el desahogo del mismo.
- Sugerir un rol entre dos o más cuidadores que permita una distribución equitativa de las actividades.

Fomentar la implicación familiar. “La situación familiar que rodea al cuidador y a la persona dependiente es de vital importancia, ya que en este sentido la familia desempeña un papel muy importante para mantener un bajo nivel de sobrecarga y es necesario que se implique en los cuidados, debe integrarse en las tareas de asistencia y prestar apoyo al cuidador”⁵⁹

⁵⁹ PAJARES Bernardo Mercedes, **Cansancio del rol del cuidador**, Reduca(Enfermería, Fisioterapia y Podología), Serie Trabajos de Fin de Grado. 4 (1), 2012, revisado en línea en: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1015/1028> [Revisado 15 Junio 2015]



28 Implicación familiar.

ACTIVIDADES. (NIC pág. 440).

- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.
- Animar a los miembros de la familia a mantener las relaciones familiares.
- Apoyar al cuidador principal en el aprovechamiento de oportunidades de servicios de relevo.
- Reconocer los síntomas físicos de estrés en los miembros de la familia (llanto, náuseas, vómitos y estado de distracción).

EJECUCIÓN

Se procura involucrar al mayor número de integrantes de la familia de Alfonsa a su cuidado, se sugiere que lleven a cabo un rol de actividades y se proporcionan técnicas de relajación para el estrés que puedan llegar a sentir al realizar cuidados en casa.

EVALUACIÓN.

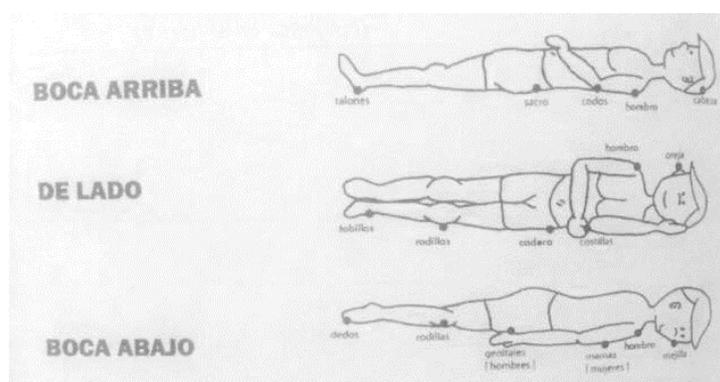
Se logra un estado de comprensión de la importancia del cuidado a los cuidadores en el círculo familiar de Alfonsa y manifiestan tener calma para controlar los posibles daños emocionales que implicaría cuidar a Alfonsa.

PLAN DE ALTA.

Previo a que Alfonsa se fuera de alta en su domicilio se le proporcionaron los cuidados específicos que podría requerir en su hogar:

Problemas de Movimiento.

- Cambiar a Alfonsa de posición cada dos horas si es posible manteniendo posturas adecuadas.
- Proteger con almohadillas las zonas de presión (rodillas, tobillo, codos, nuca, orejas, cadera) para evitar úlceras por presión.



29 Sitios de presión.

- Realizar ejercicios de los arcos de movimiento, girar los brazos y piernas cuidadosamente en forma circular, y si Alfonsa no lo puede realizar sola, que lo haga con el apoyo familiar hasta donde sea posible. (ejemplificación en anexos).
- Mantenga la cama limpia, cómoda y sin arrugas para evitar la lesión de la piel.
- Ayude a Alfonsa a movilizarse fuera de la cama, por ejemplo: moverla de la cama a una silla o un sofá, vigilándola constantemente para evitar el riesgo de caídas.
- Apoye a Alfonsa en sus actividades de la vida diaria: baño, vestido, alimentación, peinado, ir al baño, corte de uñas, lavado de dientes, lavado de manos entre otros.
- Mantenga la integridad de la piel conservándola limpia y seca.
- Bañe a Alfonsa con jabón suave y agua tibia.
- Úntele con algún tipo de crema o aceite de la piel.

- Coloque una pelotita de esponja debajo de los dedos de las manos o una almohadilla de forma intermitente para evitar que se deformen, limpiar y secar perfectamente cuando suden.

Problemas de Sensibilidad.

- Terapia de relajación simple: escuchar música suave o la que conozcan que le guste a Alfonsa; mientras la escucha dar masaje.
- Vigilar la coloración y temperatura de las extremidades: si están frías, cambios de color: palidez, muy rojizos o amoratados.



30 Ejercicios pasivos.

- Cuidar que Alfonsa no toque cosas muy calientes o que la puedan lastimar, ya que su sensibilidad esta disminuida y puede lastimarse gravemente, por ejemplo: templarle el agua a la hora del baño.

Problemas Auditivos y Visuales.

- Familiarice a Alfonsa con el lugar, descríbele la ubicación de ventanas, puertas.
- Inicie cuidado personal según sea tolerado.
- Identifíquese siempre que se acerque o que toque a Alfonsa.
- Utilice ayudas visuales, lupas, letras grandes y/o hable de forma tranquila pero fuerte para que Alfonsa escuche las indicaciones que se le dan.

- Cuide que sus oídos y ojos se mantengan limpios y sin presencia de algún síntoma de infección, en caso del oído no introducir objetos que puedan lastimarlo y evitar el contacto de los ojos con las manos sucias.
- Utilizar dibujos, el alfabeto o señas para poder comunicarse con Alfonso y así poder crear un mejor vínculo y brindarle seguridad y confianza.



31 Cartel de comunicación efectiva que se usa en el INNN.

- Escuche con atención a Alfonso incluso observe el lenguaje no verbal como expresiones faciales o sonidos.
- Proporcione medios de comunicación (papel, lápiz e imágenes).

Sonda de Gastrostomía.

- Antes de cada alimentación, comprobar si hay residuos de la misma en el estómago; utilice jeringas desechables o jeringas asepto que se mostraron en la enseñanza durante la hospitalización, así mismo colóquese guantes desechables y aspire el contenido de la sonda.



32 Manejo de la sonda de gastrostomía.

- Evite la alimentación si los residuos en ese momento son abundantes.
- Proporcionar los alimentos en forma líquida, cuidando su consistencia para evitar que se tape la sonda.
- Seguir la dieta sugerida (puede moler la comida del menú del día, evitar condimentos o picantes)
- Evitar que entre aire al estómago (darle la alimentación como se le enseñó en el hospital; pinzar la sonda cada que se vaya a destapar).
- Mantener a Alfonsa en posición sentada durante la comida, hasta 30 minutos después de esta.
- Enjuagar la sonda con 30 mililitros de agua hervida para limpiar los residuos de comida que pudieran quedar, con una jeringa desechable o jeringa asepto para evitar que se tape la sonda, siempre tener las manos limpias al manipular la sonda.
- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vomito.
- Lavar la piel alrededor de la zona de contacto con la sonda y secar perfectamente todos los días.
- Observar las características de las evacuaciones (de acuerdo al tipo de alimentación), si presenta diarrea disminuir el volumen de la dieta que se proporciona, mantener hidratación.

Medicamentos.

Darle sus medicamentos a la hora indicada, la dosis prescrita verificando la fecha de caducidad:

- Omeprazol 20 mg 1 capsula vía Sonda de Gastrostomía cada 24 horas por la mañana (este medicamento previene la formación de úlceras en el estómago)
- Ketoprofeno 100 mg 1 tableta vía Sonda de Gastrostomía cada 8 horas por presencia de dolor una pastilla por la mañana, a la hora de la comida y a la hora de la cena (este medicamento es un analgésico)
- Captopril 25 mg 1 tableta vía Sonda de Gastrostomía cada 24 horas una tableta por la mañana (este medicamento es un antihipertensivo eso significa que disminuye su presión arterial, es importante mantenerla en cifras normales como por ejemplo 110/70 mmHg a 120/80 mmHg para prevenir que vuelva a romperse una arteria de su cerebro; así mismo que no disminuya de estas cifras si se encontraran presiones bajas se puede suspender una toma, para esto es necesario que se le tome diario por las mañanas la presión a Alfonsa).
- Fenitoina Sódica 100 mg 1 tableta vía Sonda Gastrostomía cada 12 horas una por la mañana y una por la noche (este medicamento es indicado para prevenir las convulsiones, si Alfonsa llegara a presentar una convulsión aun tomando correctamente el medicamento en sus horarios es necesario que acudan al médico para recibir un ajuste en la dosis).
- Pravastatina Sódica 40 mg 1 tableta vía Sonda Gastrostomía por las noches (este medicamento junto a una dieta saludable baja en grasas disminuye los niveles de colesterol en la sangre que significaría disminuir el riesgo de una nueva embolia y menor riesgo de resangrado en Alfonsa).

- Romper la capsula o triturar la tableta y poner su contenido en un vasito y diluirlas con poquita agua (30 ml) después de dárselas enjuagar la sonda (como se le indico en la alimentación).

- Establecer horarios para la toma de medicamentos como por ejemplo a la hora del desayuno la comida o la cena.

Dolor.

- Valorar localización, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad o severidad y factores desencadenantes.



33 Escala Visual Análoga del dolor.

- Identificar factores que alivian o empeoran el dolor, modificarlos.
- Utilizar dosis de medicamentos o analgésicos indicados por el médico.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para disminuir o eliminar el dolor.

Traqueostomía.

- Vigilar salida de secreciones y características de las mismas (trasparentes, blanquecinas, verdosas, con sangre, espesas) en caso de ser anormales acudir a revisión médica.
- Curación diaria de la traqueostomía (como lo aprendió en el hospital).
- Enjuagar la endocanula con agua hervida (con guantes a chorro de agua, se puede ayudar con hisopos pero enjuagar completamente al terminar para evitar que queden residuos de algodón).
- Vigilar que al cambio de posición no se mueva la cánula (tener mucho cuidado).



34 Traqueostomía.

Crisis convulsivas.

Al momento de presentarse una crisis seguir los siguientes pasos:

- Guiar movimientos para evitar lesiones (colocarlo de lado sosteniéndolo con suavidad evitando que se lastime).
- Permanecer con Alfonso durante la crisis.
- No colocar nada en la boca durante la crisis.
- Registrar las características de la crisis: duración, partes corporales implicadas, cuantas veces durante qué tiempo se presentan.



35 Actuación ante una crisis convulsiva.

CONCLUSIONES.

El proceso de atención de enfermería ofrece la oportunidad de efectuar un cuidado basado en un método científico, con pasos que guíen al profesional de enfermería hacia un resultado completamente fidedigno, positivo y certero con el fin de la recuperación o mantenimiento del estado de salud de la persona.

Cuando este proceso se hace basado en una teoría de enfermería el profesional tiene la responsabilidad de elegir que pensamiento teórico es el que más le conviene para ofrecer ese cuidado y esos resultados.

Dorothea Orem busca satisfacer la autonomía al mayor grado posible en la persona, para que este mismo continúe con su cuidado en casa cuando no cuente con el apoyo de enfermería, lo cual es una gran idea; ya que ofrece la oportunidad de hacer partícipe a la persona en todo momento durante su hospitalización y que siga con esas conductas positivas aprendidas en el hospital cuando llegue a su hogar.

Gracias a esto Alfonsa y su familia pudieron aprender los cuidados que requerían sus nuevas limitaciones, así como todo lo que requería el tratamiento de su enfermedad; haciendo la “ida a casa” un suceso menos susceptible de nerviosismos y miedo.

Por lo tanto los objetivos del PAE se cumplieron, se comprendió mejor la patología de Alfonsa y el cuidado específico que ella requería, además que las intervenciones de enfermería ayudaron a que sus síntomas mejoraran y ella fuera a casa lo mejor posible, la teoría en la que está basada este trabajo permitió adecuar mejor las intervenciones a los déficits de autocuidado que Alfonsa presentaba, los objetivos de cada diagnóstico se cumplieron en su mayoría.

Solo queda seguir trabajando en el perfeccionamiento de la técnica de aplicación del PAE en todo momento durante la vida laboral como profesional de enfermería, sin permitir olvidar la responsabilidad que conlleva el cuidado de una vida.

ANEXOS.

Revisión de la patología.

Aneurismas Intracraneales.

En 2013 la tasa de mortalidad reportada por el INEGI las enfermedades cerebrovasculares entre ellas incluidas los aneurismas intracerebrales, ocuparon la novena causa de muerte en México⁶⁰ con el 5.2% de las muertes; en Hombres la doceava causa de muerte con 2.5% de las muertes y en Mujeres la octava causa de muerte con 2.7% de las muertes.

El término aneurisma se refiere a la dilatación patológica persistente de la pared arterial, gracias a la debilidad de la capa media y la laminar elástica interna de la pared; también se define a un aneurisma cerebral intracraneal o intracerebral como un punto débil o fino en un vaso sanguíneo cerebral que sobresale como un balón y se llena de sangre. El aneurisma saliente puede poner presión sobre un nervio o tejido cerebral circundante.

El 95% de los aneurismas ocurren cerca del polígono de Willis, en las bifurcaciones de las arterias carótida interna, cerebral medial y basilar.

Etiogenia.

La teoría congénita considera que la causa básica de la formación de un aneurisma es la discontinuidad de la capa muscular lisa de la túnica media de las arterias, especialmente en una zona de bifurcación. Al existir menos resistencia en estos focos se produciría con el tiempo mayor degeneración arterial y saculación.⁶¹

⁶⁰ INEGI, Mortalidad, **Causas de Defunción en 2013**, revisado en línea en: <http://www.inegi.org.mx/>[Revisado 15 Junio 2015]

⁶¹ **Aneurismas intracraneales**, disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/neurocirugia/volumen1/aneu_intrac_1.htm [Revisado 15 Junio 2015]

Clasificación.⁶²

Los aneurismas intracraneales pueden clasificarse de acuerdo a diferentes factores:

1. Por su etiología.

- Aneurismas saculares: constituyen el 80 a 90%, se ubican en la zona de emergencia de ramas de los vasos principales cuando discurren por el espacio cisternal, tienen un sector que es el cuello del aneurisma y otro que es el fondo.

- Aneurismas fusiformes o ateroscleróticos: no ocurren en salida de ramas, que comprometen todo un segmento de la pared de un vaso arterial principal como la carótida intracraneal, la arteria vertebral o la basilar. Se asocian con frecuencia a aterosclerosis e hipertensión arterial. Ocasionalmente ocasionan cuadros de compresión sobre nervios craneales, sobre otros vasos o sobre el parénquima cerebral.

- Aneurismas infecciosos o "micóticos": Se consideran a las lesiones causadas por émbolos bacterianos o muy raramente por hongos, tienden a ser de circulación distal, con mayor frecuencia en ramas distales de la arteria cerebral media.

- Aneurismas traumáticos: son considerados con una frecuencia menor al 1%. Por lo general se trata de pseudoaneurismas ya que parte de su estructura es tejido cerebral, se ven asociados a trauma penetrante de cráneo.

- Aneurismas tumorales: Ocurren en casos de enfermedad tumoral embolizante como el mixoma auricular o en lesiones tumorales del cerebro que infiltran la pared arterial y dan lugar a la formación de un aneurisma.

⁶² **Aneurismas intracraneales**, disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/neurocirugia/volumen1/aneu_intrac_1.htm [Revisado 15 Junio 2015]

2. De acuerdo a su tamaño.

- Pequeño: menor de 6 mm.
- Mediano: 6-15 mm.
- Grande: 16-25 mm.
- Gigante: más de 25 mm.

3. Localización.

Los aneurismas saculares son más comunes en el sistema carotídeo (85 a 95%) y los lugares más frecuentes son:

- a) Arteria carótida interna, a nivel de la salida de la arteria comunicante posterior.
- b) Arteria cerebral anterior en zona de unión con arteria comunicante anterior.
- c) Bifurcación o trifurcación de arteria cerebral media.
- d) Bifurcación carotídea.

Diagnostico.

- Sintomático: con los signos y síntomas de su ruptura o compresión sobre tejido cerebral o vasos cerebrales.
- Por hallazgo: cuando se encuentra al realizar estudios como Tomografías Axiales Computarizadas TAC o Resonancia Magnética RM.

Tratamiento.

- Cirugía (clipaje de aneurisma).

Los adelantos en la angiografía cerebral, las técnicas anestesiológicas modernas y el desarrollo de la microneurocirugía, hicieron del uso del clip en el cuello del aneurisma el modo habitual de tratamiento.⁶³

El tratamiento quirúrgico se realiza en los casos en lo que la embolización no puede llevarse a cabo por ser el aneurisma de cuello ancho o por la presencia de algún vaso eferente del propio saco aneurismático.⁶⁴

➤ Terapia endovascular.

En el caso de los aneurismas intracraneanos y su tratamiento utilizando técnicas endovasculares, ha tenido un acelerado desarrollo en las últimas décadas⁶⁵. Esto se debe a los avances en el diseño de equipos angiográficos y su alta resolución, al perfeccionamiento en la tecnología para la fabricación de microcatéteres y microguías y a la permanente innovación en los sistemas de prótesis endovasculares oclusivas. Entre estas últimas se encuentran los microbalones inflables y desprendibles y los microespirales de hilos metálicos trombogénicos comúnmente denominados "*coils*", y recientemente materiales líquidos polimerizantes.⁶⁶

Las técnicas endovasculares ofrecen numerosas ventajas, entre ellas:

- Su realización sin anestesia general, ni craneotomía con la consecuente retracción cerebral.
- No existe una manipulación de los vasos con posible daño a arterias perforantes, ni infecciones postoperatorias o epilepsia como secuela.

⁶³ Tegah José, **Tratamiento endovascular de los aneurismas cerebrales: sus comienzos hace 30 años y su desarrollo actual**, Revista Chilena de Radiología. Vol. 9 Nº 2, año 2003; 78-85., Revisado en línea en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000200007 [Revisado 15 Junio 2015]

⁶⁴ M.J. Katati y otros, **Calidad de vida en pacientes con aneurismas intracraneales: cirugía versus tratamiento endovascular**, Neurocirugía v.17 n.4 Murcia ago. 2006, revisado en línea en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732006000400003 [Revisado 15 Junio 2015]

⁶⁵ Tegah José, **Tratamiento endovascular de los aneurismas cerebrales: sus comienzos hace 30 años y su desarrollo actual**, Revista Chilena de Radiología. Vol. 9 Nº 2, año 2003; 78-85., Revisado en línea en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000200007 [Revisado 15 Junio 2015]

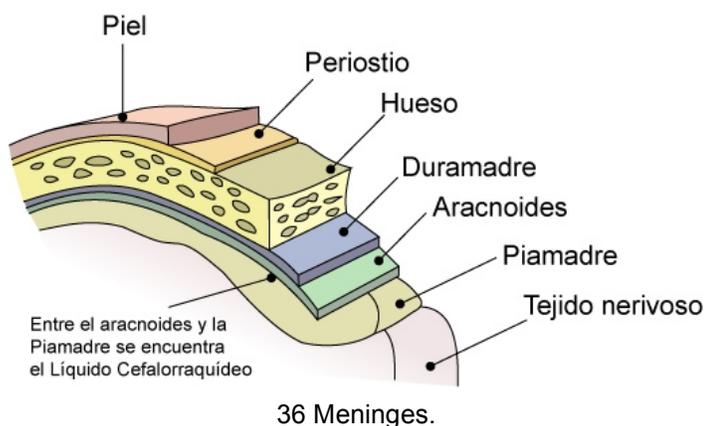
⁶⁶ Ibidem.

Hemorragia Subaracnoidea.⁶⁷

El cerebro es el órgano más propenso a sangrar sobre su propia superficie. Una de las formas más frecuentes ocurre en el espacio subaracnoideo, condición conocida como hemorragia subaracnoidea (HSA).

Los vasos de la circulación intracraneal forman una red en el exterior del órgano, en el interior de los surcos y fisuras; las paredes arteriales de los vasos intracraneales cuentan con pocos elementos musculares y menos tejido elástico de sostén, además de ausencia de membrana elástica externa.

La aracnoides es una membrana delgada de tejido conectivo fibroso ubicada por debajo de la duramadre y en íntima relación con la piamadre, el espacio subaracnoideo aloja el LCR y contiene un volumen total de 90 -150 ml en adultos.



Cuando esta salida de sangre que se presenta en forma súbita supera los 100 ml, los mecanismos compensatorios de presión-volumen no alcanzan a superar estos bruscos cambios de presión.

Las enfermedades hemorrágicas constituyen el 20% del total de las enfermedades cerebrovasculares, resultando la localización subaracnoidea la más frecuente (por

⁶⁷ A.L. Cardentey-Pereda, R.A. Pérez Falero, **Hemorragia Subaracnoidea**, Revista Neurológica, 2002, revisado en línea en: http://www.hapmd.com/home/hapmdcom/public_html/wp-content/uploads/2009/03/interna/jueves-terapeutica/20110418_hsa_rev_mex.pdf [Revisado 15 Junio 2015]

encima del 50%); ésta, a su vez, obedece a diferentes causas, como son rupturas de los aneurismas intracraneales (21-72%) –de los que el 20% son múltiples–, malformaciones arteriovenosas (3-5%) e hipertensión arterial (50%).⁶⁸

Signos y síntomas.

Cuando la sangre irrumpe en el espacio subaracnoideo generalmente, se manifiesta clínicamente como una cefalea de gran intensidad, explosiva y aguda, que puede acompañarse o no de una disminución del nivel de conciencia, el cual puede ir desde la simple somnolencia hasta el coma profundo.

En un 50-70% de los casos se refieren antecedentes de cefalea de perfil vascular, semanas o días antes de ocurrir el ictus, es la denominada cefalea centinela, pero se plantea que es diferente a la que habitualmente padece.

Dicho síntoma no es el único ni el más importante, pues la existencia de defectos motores transitorios, dificultades en el lenguaje o trastornos sensitivos pueden ser prominentes; son los denominados síntomas centinelas, que algunos autores han justificado como el resultado de la salida al espacio extravascular de pequeñas cantidades de sangre a baja presión. No obstante, el síntoma más importante es la cefalea centinela, presente en un período de días o semanas, y hasta un mes, previo a la evidente HSA.

⁶⁸ A.L. Cardentey-Pereda, R.A. Pérez Falero, **Hemorragia Subaracnoidea**, Revista Neurológica, 2002, revisado en línea en: http://www.hapmd.com/home/hapmdcom/public_html/wp-content/uploads/2009/03/interna/jueves-terapeutica/20110418_hsa_rev_mex.pdf [Revisado 15 Junio 2015]

Tabla de signos y síntomas en la Hemorragia Subaracnoidea.

SIGNOS.	SINTOMAS.
Cefalea súbita e intensa.	Rigidez Nucal.
Náuseas y vómitos.	Kerning y Brudsky.
Mareos.	Anomalías del campo visual o borrado de éste.
Fatiga.	Parálisis oculomotoras.
Diplopía (visión doble).	Hemiparesias, afasias, Hemiplejias.
Fotofobia.	Confusión, agitación y coma.
Dolor en cuello y espalda.	Hipertensión arterial.
Movimientos anormales. (crisis convulsivas)	

37. Signos y síntomas.

Diagnostico.

El diagnostico se hace en función de la clínica que la persona presente y de estudios complementarios como lo son:

- Punción lumbar: Desde todos los puntos de vista, la evidencia de sangre en el espacio subaracnoideo constituye el diagnóstico positivo de la HSA y este signo se puede demostrar a través de la visualización directa de dicho espacio o mediante el análisis de su contenido, el líquido cefalorraquídeo (LCR).

- Tomografía Axial Computarizada:
 1. Alto índice de diagnósticos positivos, que disminuye de forma gradual con el transcurso de los días.
 2. Determina el sitio de sangrado.

3. Es posible inferir la probable etiología con sólo la visualización de los cortes tomográficos.
4. Permite el diagnóstico de complicaciones graves, algunas de ellas con implicación quirúrgica de urgencia, como la hidrocefalia y los hematomas intracraneales.
5. Es capaz de predecir la aparición de complicaciones, dentro de la cuales se incluyen el vasoespasma cerebral (Clasificación pronóstica de Fisher) y la hidrocefalia.
6. Bajo costo gradualmente decreciente.
7. Prueba no invasiva.

Grado	Cuadro Clínico
I	Asintomático, leve cefalea o rigidez de nuca
Ia	Sin compromiso de conciencia, estable, pero con déficit neurológico establecido
II	Cefalea moderada a severa, rigidez de nuca, compromiso de nervios craneanos
III	Soporoso, confuso, con déficit focal leve
IV	Sopor moderado a profundo, hemiparesia moderada a severa, esbozo de rigidez de descerebración
V	Coma profundo, rigidez de descerebración, aspecto moribundo

38 Escala Hunt y Hess.

La escala propuesta por Hunt y Hess valora el grado de hemorragia dependiendo de los síntomas que se presenten.

Escala de Fisher	
I	Sin evidencia de sangrado en cisternas ni ventrículos.
II	Sangre difusa fina, con una capa < 1 mm en cisternas medida verticalmente.
III	Coágulo grueso cisternal, >1 mm en cisternas medido verticalmente
IV	Hematoma intraparenquimatoso, hemorragia intraventricular, +/- sangrado difuso.

39 Escala de Fisher.

La escala de Fisher también conocida por escala de hallazgos en la TAC, valora los hallazgos visualizados en la tomografía al momento del diagnóstico, así mismo permite un pronóstico de las posibles complicaciones.

Tratamiento.

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

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

Las principales acciones para prevenir las complicaciones antes mencionadas son:

- Reposo.
- Analgésicos.
- Dependiendo el caso, antiepilépticos.
- Uso de protectores gástricos.
- Cuidado de la Tensión arterial (proporcionar una eficiente perfusión cerebral).

- Uso de soluciones intravenosas hipertónicas.
- Cuidado de la temperatura corporal.
- Control de glicemias capilares.
- Valoración del estado neurológico continuo.
- Valoración de aumento de la PIC.
- Dependiendo de la severidad del sangrado derivación quirúrgica para disminuir la PIC.

Terapia Triple “H”.

Vasoespasmó.

El vasoespasmó cerebral como complicación de hemorragia subaracnoidea (HSA) fue descrito por primera vez por Ecker y Riemenschnaider hace poco más de 50 años.

Esta complicación es detectada entre el 70 y 90% de los pacientes en algún momento durante los 14 días posteriores a la instalación del cuadro de HSA; el cual puede presentarse como vasoespasmó angiográfico o sono-gráfico, provocando síntomas entre el 36 y 50% de los mismos siendo conocido como vasoespasmó sintomático.

En la actualidad, el manejo de pacientes con vasoespasmó clínico, ha sufrido modificaciones, que depende del médico tratante la utilización de ellas; uno de estos tratamientos es a través de la terapia triple H, cuando existe un aneurisma intracraneal en presencia de este fenómeno no puede someterse a los pacientes a cirugía por aumento del riesgo quirúrgico; se sabe que la manipulación mecánica de una arteria previamente vasoespástica exacerba el estrechamiento arterial y por ende el riesgo de isquemia cerebral.

El vasoespasmó cerebral se describe como “estrechamiento local de una o varias arterias de gran tamaño que se observan en una tomografía axial computarizada

(TAC)", el vasoespasmo aparece como efecto directo en la sangre o producto que entra en contacto directo con el tejido cerebral.

Considerando la fisiopatología del vasoespasmo; es importante mencionar que los vasos sanguíneos cerebrales presentan diferencias estructurales y funcionales en relación con el resto de la economía. En el endotelio se localiza un sistema de secreción autocrino y paracrino, por ultimo del balance entre mecanismo relajadores y constrictores de la pared vascular, desencadenados por fenómenos físicos como fuerza de rozamiento de la sangre por las paredes de los vasos pueden ser modificados por multitud de influencias.

Existen numerosas teorías que han tratado de explicar la génesis del vasoespasmo; entre ellas se tienen las que involucran factores neurogénicos, miotónicos, aracnoideos y agentes vasoactivos.

Aunque existe gran variedad de sustancias contenidas en la sangre, está demostrada la participación de hemoglobina y otros componentes del eritrocito como base fundamental de la patogénesis del vasoespasmo.

La ocurrencia de vasoespasmo clínico está directamente relacionada con volumen y persistencia de sangre adyacente a las arterias de la base del cerebro.

Las manifestaciones clínicas del vasoespasmo cerebral pueden dividirse en neurológicas y sistémicas. En el primer caso se incluye exacerbación de cefalea, puede aparecer vómito, depresión de, nivel de conciencia y signos neurológicos focales como defecto motor y afasia fundamentalmente. Las principales manifestaciones sistémicas clínicas y humorales incluyen: hipertermia (habitualmente mayor a 38°C), leucocitosis (mayor a 15 x 10 g/L) y tendencia a la hiponatremia.

Detección del vasoespasmo.

- Angiografía cerebral.
- Doppler transcraneal.
- Imagenología estructural (TAC y RNM).

Tratamiento del vasoespasmo.

Desde el punto de vista teórico existen cuatro abordajes en el manejo del vasoespasmo:

1. **Profilaxis del vasoespasmo:** Este objetivo puede lograrse por remoción o inactivación de las sustancias espasmogénicas del espacio subaracnoideo, lo cual puede realizarse extrayendo sangre y productos de su desintegración de dicho espacio en caso de cirugía temprana (en las primeras 72 horas) del o los aneurismas intracraneales.

Se han usado con efectividad agentes trombolíticos (mayormente activador tisular plasminogeno) en el espacio subaracnoideo o intraventricular durante la cirugía, demostrándose lisis efectiva de dichos hematomas permitiendo su retirada con irrigación y aspiración gentiles.

Se ha relacionado el influjo intracelular de calcio en las células de la pared arterial en la producción del vasoespasmo; bajo este razonamiento se han utilizado medicamentos anticálcicos; sobre todo la nimodipina por su mayor selectividad cerebral. Su efecto no reside en la eliminación de estenosis arterial, tal y como se pensaba inicialmente; sino en una mejoría ostensible en la circulación colateral y factores hemorreológicos optimizando flujo sanguíneo cerebral regional; así como, neuroprotector, reduciendo riesgo o impidiendo ocurrencia de infarto y protegiendo el área de penumbra isquémica.

Su uso debe comenzarse en las primeras horas de ocurrida la hemorragia y se prolonga hasta 21 días después; se administra por vía oral de 60 a 90 mg cada cuatro horas; las complicaciones que se han visto con este esquema son:

hipotensión arterial e íleo adinámico. Muchos autores prefieren al aparecer estas complicaciones, mantener una presión arterial con el uso de agentes vasoactivos.

2. **Reducción de estenosis arterial:** Este objetivo puede lograrse fundamentalmente mediante la dilatación mecánica de luz de las arterias estenosadas; la angioplastia transluminal con el uso de balón catéter es una técnica relativamente nueva en el tratamiento del vasoespasmio, su empleo se realiza en pacientes donde han fallado las demás técnicas de tratamiento del vasoespasmio sintomático.

3. **Prevención y reversión de los déficits isquémicos:** la optimización del estado hemodinámico y hemorreológico del paciente puede ser lograda mediante la aplicación de la llamada terapia triple H, diseñada por Fisher (hipertensión, hemodilución e hipervolemia). El trastorno de autorregulación cerebral en el área de penumbra isquémica determina que el flujo en esta zona depende directamente de la presión de perfusión cerebral que puede ser mejorada mediante aumento de la presión arterial media o reducción de presión intracraneal.

El gasto cardíaco debe ser aumentado con el uso de inotrópicos cardíacos o por incremento del volumen intravascular; habitualmente se postula alcanzar una TA sistólica de 240 mmHg, PVC de 10 mmHg y presión en cuña de la arteria pulmonar de 18 a 20 mmHg.

Los medicamentos más utilizados para lograr este efecto son los dextrans de bajo peso molecular, albumina humana, plasma fresco y norepinefrina; así como dopamina y dobutamina que disminuyen la diuresis a menos de 200ml/h.

La hemodilución se aplica para reducir el hematocrito del 35 al 30% y hemoglobina a 100g/L; esta terapéutica no debe sobrepasar los cinco días.

Escala de coma de Glasgow.

Ideada para comas postraumáticos, pero que puede ser utilizada para comas de otro origen y que por su fácil aplicación es útil para valorar la evolución de un paciente comatoso. Existe una escala adaptada para su uso en pediatría.⁶⁹

ESCALA DEL COMA DE GLASGOW		
CONDUCTA EXPLORADA	CRITERIOS PARA DETERMINAR LA PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
Respuesta de apertura de los ojos	Apertura espontánea	4
	Ante estímulos verbales	3
	Ante el dolor	2
	Ninguna	1
La mejor respuesta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palabras inadecuadas	3
	Incoherente	2
	Ninguna	1
La respuesta motora más integrada	Obedece órdenes	5
	Localiza el dolor	4
	Flexión ante el dolor (decorticado)	3
	Extensión ante el dolor (descerebrado)	2
	Ninguna	1

Puntuación máxima 14; puntuación mínima: 3

40. Escala de Coma de Glasgow.

Signo de Godet.

El edema es definido como una inflamación palpable producida por expansión del volumen intersticial de líquidos. La formación de edema se asocia comúnmente con insuficiencia cardíaca, cirrosis, síndrome nefrótico, insuficiencia renal, insuficiencia venosa etc.

El edema se clasifica como Godet positivo o Godet negativo. El signo de Godet refleja el movimiento del exceso de agua intersticial en respuesta a la presión. Si después de presión

⁶⁹ GIL Hermoso Ma. De los Remedios y otros, **Valoración neurológica**, revisado en línea en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo119/capitulo119.htm> [Revisado 15 Junio 2015]

sostenida por no menos de 5 segundos, queda una depresión en la zona, se habla de Godet positivo.⁷⁰

Escala de EVA.

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos.

Escala analógica visual- EVA, permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

⁷⁰ **Diagnóstico, Evaluación Clínica y Tratamiento del Linfedema.** revisado en línea en:
http://www.elrincondelamedicinainterna.com/2011_03_22_archive.html [Revisado 15 Junio 2015]

Instrumento de valoración.



INSTITUTO NACIONAL NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

MANUEL VELASCO SUAREZ
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN NEUROLOGICA DE ENFERMERÍA CON EL MODELO DE DOROTHEA OREM

DATOS PERSONALES:

Agente de cuidados dependiente: **Alfonsa Pérez Medina**

Edad: **48 años**

Género: Masculino () Femenino ()

Diagnóstico médico: **HSA + aneurismas múltiples**

Peso: **50 Kg**

Talla: **1.60**

I.M.C. **19.5**

Factores heredo familiares: **Negados**

Factores de riesgo: **Negados**

ORIENTACIÓN SOCIOCULTURAL:

Fecha de Nacimiento: **23/Enero/1966**

Lugar de Residencia: **Tizayuca, Pachuca Hgo.**

Escolaridad: **Primaria completa**

Ocupación: **Ama de casa**

Religión: **Católica**

Estado Civil: **Soltera**

Integrantes de la familia: **Hermana, Cuñado**

Lugar que ocupa en la familia: **Hermana**

Rol en la familia: **Dependiente**

Características de la vivienda: **Casa propia con servicios de agua, luz y drenaje**

REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

¿Fuma o fumó? Si () No (**x**)

¿Qué tiempo ha consumido tabaco? **Nunca**

No. de cigarrillos consumidos al día: **Ninguno**

¿Ha intentado dejar de fumar? Si () No (**x**) **NV**

¿Convive con fumadores? Si () No (**x**)

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer la oxigenación? Si (**x**) No ()

¿Cuál? **Traqueotomía asistida a nebulizado**

Parámetros: $F_i O_2$: **35%**, F.R.: **24x'**, $SatO_2$: **86-97%**

V.C.: , PEEP: , Modo Ventilatorio: **Nebulizador**

FC: **70-100lx'**, T/A: **100/70mmHG**, Temperatura: **35.5-37.1°C**

Respuesta pupilar: **SCR**

Estado de conciencia: Alerta (**x**) Somnoliento () Estupor () Coma ()

¿Presenta reflejo tusígeno? Si (**x**) No ()

Tipo de respiración: Eupnea () Bradipnea ()

Taquipnea (**x**) Disnea () Apnea ()

¿Presencia de cianosis? Si () No (**x**)

Peribucal () Ungueal ()

Estado de fosa nasal: **Mucosa Hidratada, Rosada**

Tabique nasal: **Fosa nasal permeable**, Anomalías: **Ninguna**

Tráquea: **Tráquea central móvil, sin anomalías**

Pulsos carotídeos y yugulares: **Palpables, rítmicos**

Cuello: **Corto, cilíndrico, ancho, móvil**

Campos pulmonares: **C / Estertores, bases, torácicas, hipoventilada**

Ruidos cardiacos: **Rítmicos**

¿Hay presencia de secreciones? Si (**x**) No ()

Características de secreciones: **Verdosas, abundantes x cánula y**

boca Presencia de estertores Si (**x**) No ()

¿Hay condiciones que limitan su respiración? Si (**x**) No ()

¿Cuáles? **Esfuerzo respiratorio, abundantes secreciones**

¿Percibe olores? Si () No (**x**) **NV**

Nota: Presenta periodos de inquietud y diaforesis.

2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

Pérdida de peso Si () No ()

¿Ha ganado peso últimamente? Si () No ()

¿Tipo de líquidos que consume? Agua () Café () Thé ()

Jugo () Refresco ()

Ingesta de líquidos en 24 hrs.: **500ml x turno aprox. = 1500ml**

Cantidad de Solución parenteral en 24 Hrs.: **40cc/hr=960-1000cc**

¿Hay edema? Si () No ()

Orbital () Facial () M. Superiores ()

M. Inferiores () Anasarca ()

Signo de Godet: **+**

Edo. de la piel: Hidratada () Deshidratada () Tibia () Fría ()

Características de la piel: **Turgente, con buena coloración**

Mucosas: Color: **Rosadas** Hidratadas () Deshidratadas ()

Labios: Color: **Rosa pálido** Hidratados () Deshidratados ()

Último balance del control de líquidos: **573**

3.-MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Tipo de dieta: **Polimérica**

Vía de alimentación: Oral () S.N.G. () S.O.G ()

S.N.Y. () Gastrostomía () Parenteral ()

¿Tiene problemas para deglutir? Si () No ()

Distingue los sabores: Dulces Si () No () **NV**

Saldos Si () No () **NV**

Amargos Si () No () **NV**

Calorías: **1655kcal** No. de tomas: **5x1 6-24 hrs**

Suplementos alimenticios: Si () No ()

¿Cuáles?

Piezas dentarias completas: si () No ()

Encías: Rosadas Si () No () Gingivitis Si () No ()

Velo del paladar y la úvula: Normal () Anormal ()

Observaciones: **Se alimenta posteriormente por vía gastrostomía**

Inspección de la lengua: Observaciones: **Rosada**

¿Presenta alteraciones en la masticación? si () No ()

Náuseas: si () No ()

Reflejo nauseoso: si () No ()

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS

No. Micciones aproximadas al día: **NV (sonda vesical instalada)**

Características de la micción: Oliguria () Poliuria () Anuria ()

Nicturia () Hematuria () Disuria ()

¿Utiliza fármacos para favorecer la diuresis? Si () No ()

¿Cuál?

Resultados de EGO: PH: _____, Creatinina: _____, Urea: _____,

Bacterias: _____, Leucocitos: _____, Eritrocitos: _____

¿Tiene instalada sonda vesical? Si () No ()

Fecha de instalación: **15/Enero/2014**

Controla esfínteres Si () No (), Evacúa Si () No ()

Características de las evacuaciones: Formada () Pastosa ()

Semilíquida () Líquida ()

Color de la evacuación: Café () Amarilla ()

Melena () Acolia ()

Estreñimiento: Si () No ()

Abdomen: **Blando, depresible**, Peristaltismo Si () No ()

Dolor a la palpación: Si () No ()

Ruidos intestinales: Si () No ()

Antecedentes gineco-obstétricos: **IVSA**

FUM: **Se desconoce**

Gestas: **0**, Para: **0**, Aborto: **0**, Cesárea: **0**

Drenajes:

Subgaleal () Volumen: _____

Epidural () Volumen: _____

Ventricular () Volumen: _____

Pleural () Volumen **NV servicio de recuperación**

Otro _____ Volumen _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Frecuencia del baño: Diario () Cada 3° día () Una vez a la semana ()

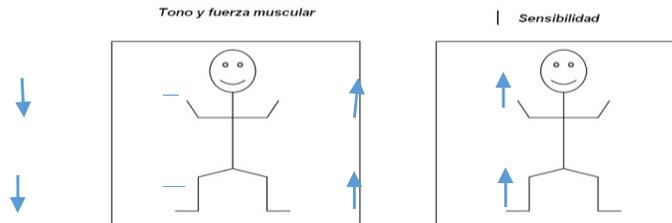
¿Se realiza aseos parciales? Si () No () ¿Cuál? **Bucal**

Frecuencia del cambio de ropa personal: **Diario**

¿Limitación para el movimiento?: Si () No ()

Movilidad en cama: Reposo absoluto () Reposo relativo ()

Deambulación asistida ()



Deformación articular Si () No ()

Espasmo muscular Si () No ()

Monoplejía () Hemiplejía () Monoparesia () Cuadriparesia ()

Movimientos finos () gruesos ()

Crisis convulsivas Si () No () Cefaleas Si () No ()

Marcha: **NV** Postura: **NV**

Se realiza rehabilitación músculo esquelético: Si () No ()

¿Cuántas horas duerme? **Intervalos cortos, inversión del ciclo**

¿Tiene alteraciones en el sueño? Si () No () circadiano

¿Usa fármacos para dormir? Si () No ()

Reflejos patológicos Babinsky () Brudzinsky () Kerning ()

Hiperreflexia () Hiporreflexia ()

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD E INTERACCIÓN HUMANA

¿Trabaja? Si () No (**x**)

¿Con quién convive? Familia (**x**) Amigos () Vecinos () Todos ()

¿Cómo es su relación en su núcleo familiar?

Buena (**x**) Regular () Mala ()

¿Tiene algún miedo o temor? Si (**x**) No ()

¿Cuál? **A la atención médica**

¿Es miembro activo de algún grupo organizado?

Si () No (**x**) ¿Cuál?

¿Tiene pareja? Si () No (**x**)

¿Es satisfactoria su vida sexual? Si () No () **NV**

¿En su estancia hospitalaria lo acompañan?

Si (**x**) ¿Quién? **Sobrinas, dos hermanos y su hermana**

No ¿Por qué?

¿Quiénes lo visitan? **Hermana y sobrinas**

Estado emocional :Introvertido (**x**) Extrovertido () Apático ()

Colaborador () Agresivo (**x**) Ansioso () Deprimido ()

Tiene dificultad para comunicarse:

Afasia: Si (**x**) No () Problemas auditivos: Si () No (**x**)

Problemas visuales: Si () No () Dislexia: Si () No (**x**)

¿Tiene sensibilidad y fuerza en el rostro? Si (**x**) No ()

¿Registre alteraciones? **Hipersensibilidad, facies álgicas**

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

¿Realiza acciones para conservar su salud? Si () No ()

Vías invasivas: SNG () S. Vesical ()

Catéter venoso: Periférico () Central ()

Herida Quirúrgica: Si () No () Localización: **Parieto-temporal izquierda en proceso de cicatrización.**

Alergias: Si () No ()

¿Cuáles?: Material _____ Comida _____

Medicamentos _____ Animales _____

Otra _____

Características de la vivienda:

Agua potable Si () No () Luz Si () No () Drenaje Si () No ()

Área geográfica: Urbano () Suburbano () Rural ()

Flora: Arboles _____ Fauna: No _____

Puntuación de Escala de Glasgow **9**

Puntuación de Escala Visual Analógica **NV**

Puntuación de Escala de Downton **4**

Puntuación de Escala de Norton **14**

Puntuación de escala de RASS **+1 (inquieta, ansiosa).**

8. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO DE SER NORMAL

¿Reconoce las fortalezas y limitaciones que tiene como persona? Si () No ()

¿Tiene facilidad para adaptarse a situaciones nuevas? Si () No ()

¿Busca apoyo para mejorar su desarrollo personal? Si () No ()

¿Tiene aceptación en los grupos sociales y/o familiares donde convive? Si () No ()

¿Los familiares participan en la atención que se le proporciona al paciente? Si () No ()

¿Los familiares significativos aceptan al paciente con sus limitaciones? Si () No ()

¿Cómo es su visión? Diplopía () Visión borrosa () Fotofobia () NV Lagrimeo excesivo ()

Hemianopsia () Cuadrantanopsia ()

¿Utiliza algún sistema para mejora la visión? Si () No () ¿Cuál?

¿Distingue los colores? Si () No () NV

¿Puede leer un texto o figura a diferentes distancias? Si () No ()

Observaciones: **No es valorable, es complicada la comunicación, es introvertida con el personal de enfermería.**

¿Cómo son las aberturas palpebrales?

Normales () Ptosis () Edema ()

¿Puede cerrar los ojos al mismo tiempo, abrir la boca, arrugar la frente, apretar los labios? Si () No ()

Registre alteraciones observadas: **Solo sigue ordenes sencillas, abre y cierra los ojos**

¿Se mareo sin razón aparente? Si () No ()

¿Tiene problemas con el equilibrio? NV

Vértigo () Weber () Rinne () Tinnitus Si () No ()

¿Responde a la prueba de Barány?

Algunas veces () Siempre () Nunca () NV

¿Tipo de marcha? Recta () Zigzagueante () Atáxica () NV

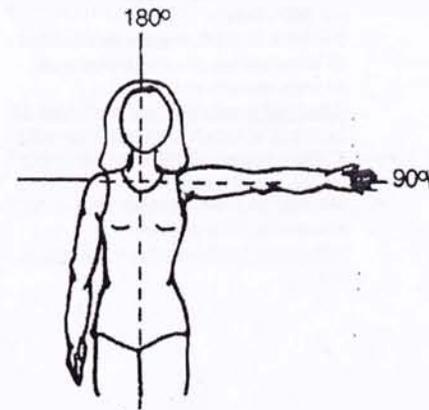
Ejercicios pasivos

Son movimientos que brindan la posible corrección de daños musculares y prevención de complicaciones a personas que no pueden moverse por sí mismas.

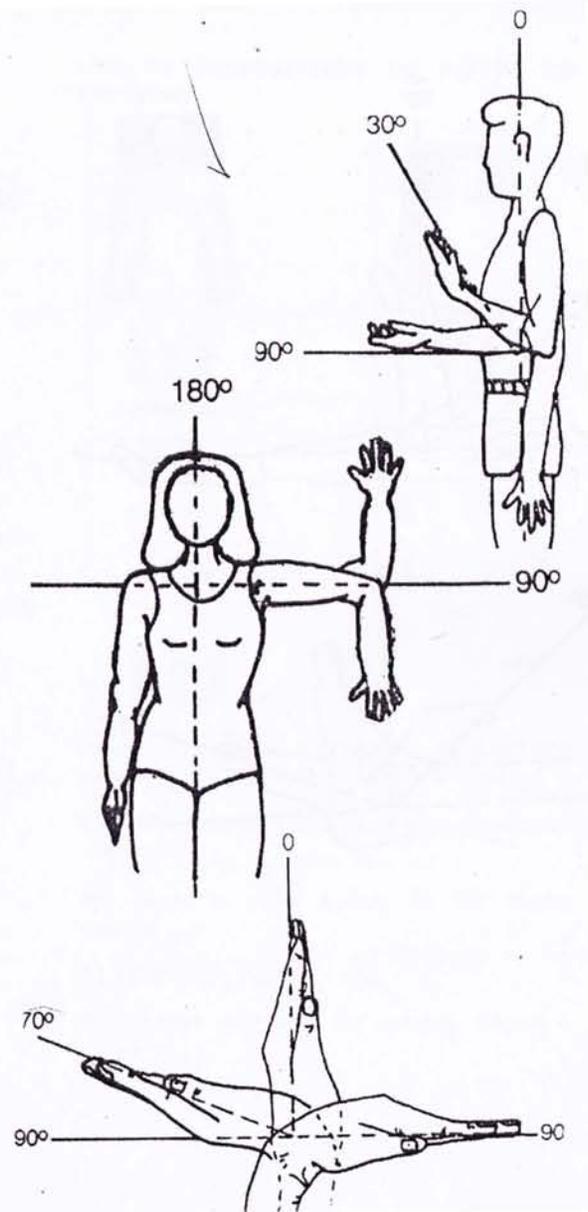
- ✓ Los ejercicios se deben llevar a cabo por lo menos 3 veces al día, una hora después de cada comida.
- ✓ Los ejercicios deben ser despacio, para permitir al musculo recuperarse.
- ✓ Sostener la extremidad por encima y por debajo de la articulación.
- ✓ Finalizar los movimientos cuando se note dolor o resistencia.
- ✓ Adoptar una posición cómoda para su familiar y Usted mismo, evitando encorvarse.

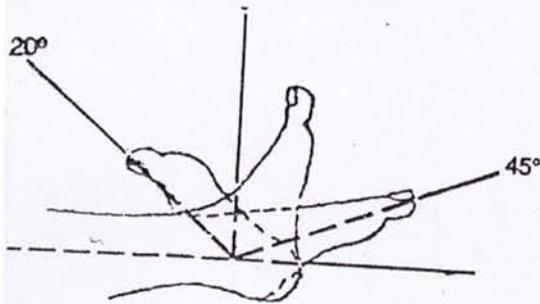
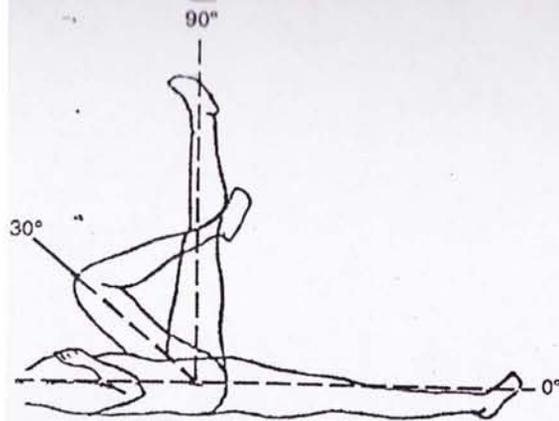
Rutina:

1. Comenzar por la cabeza, puede sujetar la cabeza de su familiar con las dos manos (una en la nuca y otra en la barbilla) y flexionarla suavemente hacia el frente y hacia atrás, girar hacia la izquierda y hacia la derecha.



2. Seguir con los brazos, comenzar a mover hombros después brazos y al final las manos, tomar el brazo con las dos manos uno el hombro y el otro la mano, elevar el brazo hasta donde sea posible, hacia arriba y después bajarlo, también hacia afuera y hacia adentro, doblar el codo llevando la mano hacia el hombro y bajar la mano, mover la muñeca hacia arriba y hacia abajo, separar los dedos uno por uno lo que sea posible, repetir con el otro brazo.
3. Flexionar rodillas hasta donde sea posible y abrir piernas hacia afuera y hacia adentro
4. Mover el pie flexionándolo hacia arriba y hacia abajo hasta donde sea posible sin causar dolor.



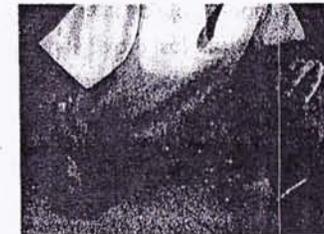


UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA
ENFERMERIA DEL ADULTO

EJERCICIOS PASIVOS



Referencias

- ✓ CARPENITO, Juall, Lynda, **Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería, Diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración**, Mc Graw-Hill, 2004, España.
- ✓ DHARMA, Sadhana, **Nagulos de movilidad en articulaciones**, Estudios profesionales en Yoga, revisado en línea: <http://sadhanadharm.com/archivos/auxiliar/mes4/semana%204/Articulaciones%20III%20Angulos%20de%20movilidad%20en%20articulaciones.pdf>
- ✓ **Movilización pasiva en enfermos encamados**, video en internet: <http://www.youtube.com/watch?v=IVOai68AXvs>

Elaborado por: Berenice Muñoz Valdez
No. De cuenta 307209430
Grupo: 2604
6° semestre
Profesor: Lic. Querubín Enríquez González

¿QUÉ SON?

Son lesiones en la piel o debajo de ella.

Causadas por una presión mantenida en una zona del cuerpo.

Se llaman también **ESCARAS** o **LLAGAS**.

Son difíciles de curar.

Pueden comprometer seriamente la salud.

¿POR QUÉ SE PRODUCEN?

PRESIÓN: el peso del cuerpo aprieta los tejidos entre la cama y el hueso.

FRICCIÓN: al subir al paciente hacia la cabecera arrastrándolo.

DESLIZAMIENTO: cuando el paciente está sentado y se va resbalando poco a poco.

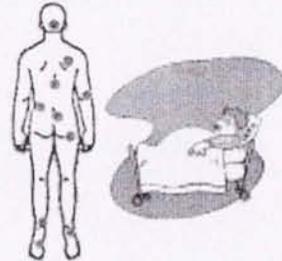
MACERACIÓN: producida por humedad excesiva de la piel: Piel húmeda (con orina y heces).

¿DÓNDE APARECEN?

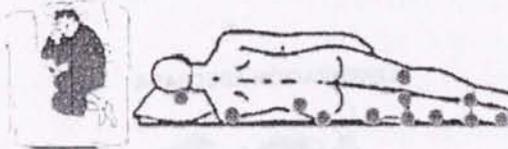
Paciente sentado:



Paciente acostado boca arriba:



Paciente acostado lateralmente:



¿CÓMO SE PREVIENEN?

1º Higiene y cuidado de la piel



Lave la piel prestando atención a los pliegues cutáneos.

Aclare y seque minuciosamente sin frotar enérgicamente.

SI agua tibia y jabón suave.

NO agua caliente, colonia o alcohol.

Mantener la piel **SECA** (sin heces y orina) y bien **HIDRATADA**.

2º Realizar cambios posturales

Pacientes encamados → cada 3 horas

Pacientes sentados → cada 1 hora

USO DE DISPOSITIVOS DE ALIVIO DE PRESIÓN:



Mover al Paciente **EVITANDO ARRASTRES** para que no fricione la piel sobre la ropa.

EVITAR: botones, costuras de ropa o restos de alimentos.

NO elevar la cama a más de 30º mucho tiempo.

SI sábanas de algodón o lino.

SI sábanas estiradas, sin arrugas, limpias y secas.

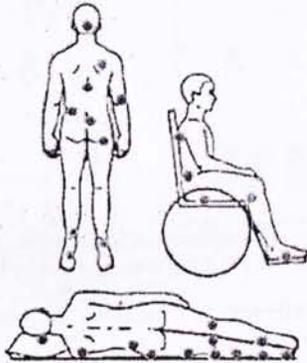


INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIURGÍA

MANUEL VELASCO SUAREZ

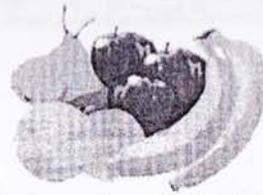
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Úlceras por presión: ¿Cómo puedo prevenirlas?



Elaborado por: P.L.E Berenice Muñoz
Valdez

ALIMENTACION ADECUADA

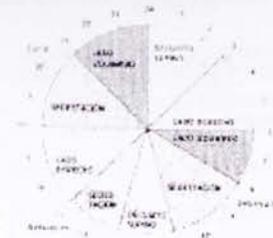


Rica y variada; que le guste y prefiera.

Si tiene problemas para masticar o tragar:
comida triturada.

Líquidos (entre 1 litro y medio a 2 litros
diarios): agua, zumos, infusiones.

Ambiente agradable y comidas con buena
presentación.



USTEDES: Las familias y/o cuidadores
desempeñan un papel determinante en el
cuidado integral y continuado del paciente.

Son el eslabón entre el paciente y profesional
sanitario.

Son sujetos activos en el mantenimiento y
mejora de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTSCHUL, **Manual de enfermería psicología**, Serie de Manuales de Enfermería, Editorial Continental, 1982.
- **Aneurismas intracraneales**, disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/neurocirugia/volumen1/aneu_intrac_1.htm [Revisado 15 Junio 2015]
- Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A. C., **El proceso de atención de enfermería**, revisado en línea en:
http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista19_S2A1ES.pdf [Revisado 15 Junio 2015]
- Bernal González Araceli, **Intervenciones de enfermería a la persona con malformación arteriovenosa cerebral basado en la teoría de Orem**, Revista de Enfermería Neurológica, Vol. 6 No. 1:1-9, 2007, INNN.
- Cardentey Pereda A.L., Pérez Falero R.A., **Hemorragia Subaracnoidea**, Revista Neurologica 2002; 34(10), pp 954-966. Cuba, revisado en línea en:
http://www.hapmd.com/home/hapmdcom/public_html/wp-content/uploads/2009/03/interna/jueves-terapeutica/20110418_hsa_rev_mex.pdf [Revisado 15 Junio 2015]
- Castillo Pérez Magdalena, **La terapia triple H**, Guías clínicas en enfermería neurológica I, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 1ª Edición 2010, México D.F.
- Cisneros Fanny, **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**, Universidad del Cauca, Facultad Ciencias de la Salud, revisado en línea en:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>[Revisado 15 Junio 2015]
- **Enfermería**, Organización Mundial de la Salud OMS, revisado en línea en:
<http://www.who.int/topics/nursing/es/> [Revisado 15 Junio 2015]
- FUERST Elinor, **Principios fundamentales de enfermería**, Editorial La prensa Mexicana, 1982.

- Klusek Hamilton Helen, Bowen Rose Minnie, **Enfermedades neurológicas**, Editorial científica, 1985.
- León Román Carlos A., **Enfermería ciencia y arte del cuidado**, Revista Cubana de Enfermería, 2006, revisado en línea en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm [Revisado 15 Junio 2015]
- M.J. Katati y otros, **Calidad de vida en pacientes con aneurismas intracraneales: cirugía versus tratamiento endovascular**, Neurocirugía v.17 n.4 Murcia ago. 2006, revisado en línea en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732006000400003 [Revisado 15 Junio 2015]
- Pereda Acosta Margarita, **Explorando la teoría general de enfermería de Orem**, Revista de Enfermería Neurológica, Vol. 10, No. 3: 163-167, 201, INNN.
- **Proceso de Enfermería**, revisado en línea en:
http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2_2.htm
[Revisado 15 Junio 2015]
- Reina Nadia C., **El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado**, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003> [Revisado 15 Junio 2015]
- Tesis Grupal, **Intervención de enfermería basada en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem dentro del programa universitario para adelgazar**, Mayo 2006, UNAM-ENEO.
- Tevah José, **Tratamiento endovascular de los aneurismas cerebrales: sus comienzos hace 30 años y su desarrollo actual**, Revista Chilena de Radiología. Vol. 9 N° 2, año 2003; 78-85., Revisado en línea en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000200007[Revisado 15 Junio 2015]