



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

***“PROCESO ENFERMERO APLICADO A UN PACIENTE CON
ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD Y POSTURA RELACIONADO A
EVENTO CEREBRO VASCULAR”.***

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ALVARADO OLVERA EVERARDO.

ASESOR: LEO. JONAS SEBASTIAN SANDOVAL RODRIGUEZ.



CIUDAD DE MÉXICO
MARZO 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

Gracias Dios por darme la fuerza para haber logrado una meta más en mí vida a pesar de todos los obstáculos que tuve que superar.

Agradezco a mi esposa Silvia y a mí madre por su apoyo brindado, por sus consejos, gracias por estar con migo y confiar en mi, por enseñarme a trabajar para alcanzar mis sueños y lograr todo lo que me proponga.

A mi amigo el Sr. Humberto y a mi pápa que desde donde estén siempre los voy a recordar y a llevar en mi corazón.

Le agradezco al LEO. Jonás Sebastián Sandoval Rodríguez por su amistad y ayuda brindada para poder terminar con un proyecto más en mi vida

Les doy las gracias al ESP. Benjamín Huerta Robles y al MTRO. Julio Hernández Falcón por el apoyo brindado para la realización de este trabajo.

Y les dedico este trabajo a mis hijos Mathias y María José Alvarado Galicia con todo mi amor y cariño.



ÍNDICE.

I.	Introducción	
II.	Justificación.....	5
III.	Objetivos.....	6
IV.	Marco teórico	
	4.1 Paradigma en enfermería.....	7
	4.2 Modelo de enfermería Virginia Henderson.....	8
	4.3 Definiciones de la meta-paradigma de enfermería según Virginia Henderson y sus conceptos principales.....	10
	4.4 Proceso Enfermero.....	16
	4.4.1 Valoración.....	19
	4.4.2 Diagnóstico.....	22
	4.4.3 Planeación.....	27
	4.4.4 Ejecución.....	31
	4.4.5 Evaluación.....	34
	4.5 Relación entre el Virginia Henderson y el Proceso Enfermero.....	35
V.	Valoración de las 14 necesidades básicas.....	42
VI.	Análisis.....	50
VII.	Diagnósticos.....	51
VIII.	Evaluación.....	52
IX.	Plan de alta.....	60
X.	Conclusiones.....	61
XI.	Bibliografía.....	62
XII.	Anexos.....	68



I. Introducción.

En el presente trabajo se desarrollan las etapas del Proceso Atención Enfermería en un paciente hospitalizado en el hospital Médica Sur. En este se evalúan las actividades realizadas con el paciente, para lograr la limitación del daño y su pronta recuperación de la persona, así como ayudarlo a ser independiente y lograr satisfacer todas las necesidades básicas por sí mismo. De esta forma se enuncian las actividades para proporcionar un cuidado holístico, actividades realizadas con conocimientos teóricos, técnicos, metodológicos y docentes relacionados con el Proceso Salud – Enfermedad del individuo, esenciales para proporcionar cuidados integrales y progresivos, específicamente en este paciente ya que se tuvo la oportunidad de trabajar con el y brindarle un cuidado holístico.. El Proceso Enfermero permite explicar lo que se está haciendo, cuál es la fundamentación científica de dicha actuación y qué resultados se esperan de dicha práctica, se desarrollan las actividades realizadas por el equipo multidisciplinario y se desarrollan las cinco etapas del PAE (valoración, diagnósticos, planeación, ejecución, y evaluación) mostrando con esto un seguimiento del caso clínico lo cual nos permite evaluar el grado de satisfacción del paciente y me permitió desarrollar mi actividad profesional en los diferentes roles (sustituta, educadora y compañera).

Finalmente se muestran las conclusiones del trabajo evaluando el cumplimiento de los objetivos previamente establecidos.



II. Justificación.

Este proceso se realiza para proporcionar un cuidado integral basado en el modelo de Virginia Henderson al paciente con afección en las necesidades básicas que comprometan la vida, función y estética del paciente.

Se obtienen múltiples beneficios durante la aplicación del Proceso como son brindar cuidados de calidad y calidez basados en los conocimientos teóricos y metodológicos. Gracias a la investigación realizada para el estudio del caso es posible un conocimiento detallado de las necesidades y de las distintas alternativas de cuidado.

De la misma forma se ponen en práctica habilidades y destrezas para lograr la pronta recuperación y conservación de la salud del paciente.

En el presente se desarrollan las cinco etapas del PAE, lo cual proporciona al pasante la oportunidad de aplicar los conocimientos teóricos y prácticos con el fin de brindar al paciente un cuidado integral.



III. Objetivo General.

- Proporcionar un cuidado integral al adulto con alteraciones en las necesidades básicas, a través del proceso enfermero, basado en el modelo de Virginia Henderson.

Objetivos específicos:

- Poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- Valorar al paciente para identificar las principales necesidades alteradas y brindar cuidados de calidad y calidez que contribuyan a la limitación del daño y a la pronta recuperación del paciente.
- Aplicar el sustento teórico gracias a la investigación de las evidencias disponibles más actuales.



IV. MARCO TEÓRICO

4.1 PARADIGMA DE ENFERMERÍA

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que han surgido a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de la profesión, para cuyo conocimiento es necesario abordar los paradigmas y concepciones que han configurado su desarrollo.

Paradigma es un conjunto de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que sirven como referencia para el desarrollo de una ciencia.

Cuando hablamos de paradigmas estamos refiriéndonos a las estructuras, marcos referenciales, a partir de los cuales se desarrolla un modelo o una teoría de enfermería, en función de las características que tenga dicha estructura, el modelo o teoría será diferente. El metaparadigma es la perspectiva más global de toda la disciplina de una forma propia (Kozier, 1995).

Partiendo de la consideración de la existencia de los paradigmas se analiza la teoría de Virginia Henderson ubicándola en el paradigma de integración ya que pone de manifiesto el interés por la persona, de manera que esta se convierte en el centro de la práctica enfermera.

Los trabajos de enfermeras como Virginia Henderson, Hildergard Peplau, Dorotea Orem, quedan enmarcados dentro del paradigma. En donde la persona es considerada como la unidad resultante de la suma de sus partes. La persona tiene una esfera física, psicológica y espiritual, la interacción de estas tres partes dan como resultado a la persona.

El entorno está considerado por los diversos contextos en los que vive una persona. La persona y el entorno interaccionan resultando efectos de tipo positivos y negativos.



La salud: Salud y enfermería son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.

El cuidado: se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. El mantenimiento de la salud significa que el cuidado se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir la enfermedad e incluso fomentar su salud. La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona, procurando sus percepciones y globalidad. (Kozier, 1995).

4.2 MODELO DE ENFERMERÍA VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson Nació en 1897, originaria de Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial se despertó en Henderson el interés por la enfermería, por lo que en 1918 ingreso a la escuela de enfermería del ejército en Washington D.C. graduándose en 1921. En 1922 inicio su carrera como docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, cinco años más tarde ingreso en el Teachers College de universidad de Colombia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de enfermería. Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora iniciándose en el campo de los cuidados de enfermería en 1939 hasta la década de los ochenta por sus escritos y sus enseñanzas, ha influido en múltiples esferas debido a la importancia que ha dado a la utilización del proceso de cuidados según un modelo conceptual que ella misma elaboro nombrado: modelo conceptual basado en las necesidades humanas. Este modelo conceptual se puede definir como una organización conceptual de los cuidados enfermeros, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia. (Phaneuf, 1999)

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia



de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”

Virginia Henderson en su modelo conceptual se ve influenciada por varias autoras como la enfermera Annie W. Goodrich, de la profesora de filosofía Caroline Sackpole (de donde tomo la importancia de mantener el equilibrio), de la profesora de microbiología Jean Broadhurst (de ella aprendió la importancia de la asepsia y la higiene), del psicólogo Edward Thorndike (investigador de las necesidades básicas del ser humano), del médico George Deaver (de quien aprendió que la independencia del paciente es vital), de la enfermera Bertha Harmer autora del *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* con quien compartía opiniones similares, así como de la enfermera Ida Orlando, enfermera conocida por sus escritos e investigaciones sobre las relaciones interpersonales.



En las 14 necesidades que Henderson propone para la asistencia de enfermería, del ser humano, las cuales parten de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, donde se evidencia una clara correlación con la pirámide de necesidades de Abraham Maslow, sin citarlo a él como influencia directa. (Hernández, 1999).

4.3 DEFINICIONES DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON Y SUS CONCEPTOS PRINCIPALES.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. (Fernández, 1999)

Henderson señala 14 Necesidades Humanas Básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).



7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
9. Evitar riesgos y peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fe. (Creencias y Valores)
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

Además, Henderson establece tres niveles en la relación enfermera paciente, los cuales son:

- La enfermera como *sustituta* del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como *auxiliar* del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como *compañera* del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Enfermería: La define como la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo a realizar las actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda, si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciendo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo mas rápidamente posible. (Marriner, 1999).



Salud: En sus escritos la compara con la independencia, interpretaba la salud como la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería “se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida”.

Entorno: Lo define como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

Persona: Lo define como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud, independencia o lograr una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables. (Marriner, 1997)

Necesidad: Henderson en sus obras no señala ninguna definición concreta de necesidad. Si bien se dice que una necesidad es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social y espiritual y de asegurar su desarrollo. Ella señala 14 necesidades básicas del paciente que abarca todos los componentes de la asistencia de enfermería.

Para Henderson la satisfacción de estas necesidades revela que la persona es independiente por lo que ella define el siguiente concepto.

Independencia: Ya que para Henderson lo más importante es lograr la independencia del paciente, que lo lleve a un nivel estable de satisfacción de las necesidades de la persona, que adopte en función de su estado, comportamientos apropiados o que realice por si mismo algunas acciones sin ayuda. El nivel aceptable de satisfacción de las necesidades es la que permite el mantenimiento del equilibrio fisiológico, psicológico, social y espiritual de la persona que se manifiesta por un estado de bienestar. (Fernández, 1999)

Debido a que Henderson señala salud como la capacidad de la persona para lograr la satisfacción de las 14 necesidades básicas, así mismo da a entender que la enfermedad la considera como la dependencia hacia otras personas como la enfermera para la satisfacción de la misma.



Dependencia: La define como la incapacidad de la persona para adoptar comportamientos apropiados o para realizar por si mismo y sin ayuda las acciones que le permitan, en función de su estado, alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades. Esta se manifiesta en forma de signos, síntomas y por hábitos que dañan la salud. Se debe también definir el grado de dependencia en que el paciente se encuentra para planificar las acciones necesarias, el nivel de dependencia varía según la importancia de la ayuda que requiera una persona para satisfacer sus necesidades.

Niveles de dependencia.

Nivel 0: La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.

Nivel 1: La persona necesita de alguien que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia, asegurar su homeostasis y asegurar que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.

Nivel 2: La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, dispositivo de apoyo o una prótesis.

Nivel 3: La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento y apenas puede participar en ello.

Nivel 4: La persona debe confiar enteramente a alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello. (Phaneuf, 1999)



Causas de la dificultad: Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza: Interpretamos por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimientos: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado. (Fernández, 1999)

Relación enfermera paciente: En base a lo anterior se pueden establecer tres niveles de relación enfermera paciente que van desde una relación muy dependiente a una de independencia del paciente.

La enfermera como sustituta del paciente: En el momento de una enfermedad grave se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. Henderson reflejo este punto de vista al declarar que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la



pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiados débiles o privados del habla.

La enfermera es un auxiliar del paciente: Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que la independencia es un término relativo, nadie es independiente a los demás pero nos esforzamos para alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.

La enfermera como una compañera del paciente: En donde la enfermera y el paciente formulan juntos un plan de asistencia. Con la independencia del diagnóstico existen necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico. La posición social y cultural y la capacidad física e intelectual. (Phaneuf, 1999)



4.4 PROCESO ENFERMERO

Antecedentes

El Proceso Enfermero ha pasado por diferentes momentos de desarrollo hasta concebirse tal y como hoy se entiende. A esto ha contribuido, tanto la clarificación que han proporcionado los progresos de la disciplina a nivel teórico, como la demarcación del ámbito de actuación profesional, lo que significa que las concepciones pasadas influyeron en su configuración.

El proceso hizo su aparición en la década de los 50's, con Lydia Hall quien afirmaba que "la asistencia sanitaria es un proceso" (Lydia Hall 1955). Así como Lydia hubo más teóricas que contribuyeron con sus investigaciones para enriquecer este proceso. Lois Knowles en 1966 presenta un modelo que contenía las actividades que constituían los cometidos del profesional de enfermería para la atención del paciente, estas acciones eran las de descubrir, investigar, decidir, actuar y discriminar. Estas fases que ya en ese entonces Knowles describía daban la pauta para las actuales. En 1967 un comité norteamericano definió el Proceso Enfermero como la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente. Incluye los esquemas del comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante, donde las fases del proceso son: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación. Por su parte la escuela de asistencia sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases del proceso: valoración, planificación, ejecución, evaluación. La universidad de Colorado también reconoce varias etapas del proceso las cuales eran: identificación del estado del paciente a partir de la interpretación de los síntomas que presenta, establecimiento de deducciones, y la ejecución de acciones dirigidas al logro de los objetivos definidos. En este último ya se empieza a definir un poco la etapa de diagnóstico. Y es así que Bloch en 1974, Roy en 1975, Aspinall en 1976 y algunos autores más, establecen las cinco etapas del proceso atención enfermería como se conoce actualmente, esta son: Valoración, Diagnósticos, Planeación, Ejecución y Evaluación (Hernández, 1999).



Con ello se dio un paso importante, ya que el diagnóstico fue el elemento fundamental que revolucionó el Proceso Enfermero, añadiendo los recursos que sirvieron para unificar y configurar un lenguaje científico común y definir los problemas que tratan las enfermeras de acuerdo con su ámbito exclusivo de responsabilidad

King entre otras autoras define la intervención de la enfermera como un proceso de acción, reacción, interacción y ejecución. A través del cual el profesional de enfermería ayuda al individuo de cualquier edad a satisfacer sus necesidades humanas básicas mediante la atención. Alfaro en 1993 lo define como un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales.

Objetivos.

Tiene como objetivo ser un instrumento que identifique y defina el campo del ejercicio profesional de enfermería, así como de ayuda para que la enfermera pueda guiar su atención donde el paciente es beneficiado, con el fin de mantener un nivel óptimo de bienestar del paciente y la garantía de que se le esta proporcionando atención de calidad y calidez de cuidados necesarios para restituir la salud; en caso que no se pueda lograr esta, el proceso debe contribuir a proporcionar una calidad de vida tan elevada como sea permisible durante el mayor tiempo posible (García, 1997).

Características

El Proceso Enfermero, es un método sistemático de brindar cuidados, porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud del paciente, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

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



Es *humanista* por considerar al hombre como un ser **holístico**, que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

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

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

Es *flexible* porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es *interactivo* porque requiere de la interrelación humano-humano con el paciente para acordar y lograr objetivos comunes (Hernández, 1999).

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana. Por otra parte el proceso compromete al paciente, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

Etapas. El Proceso Enfermero consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una conduce a la siguiente.

Las etapas son:

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planeación.
- Ejecución.
- Evaluación. (Hernández, 1999)



4.4.1 VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso que nos permite estimar el estado de salud del paciente, la familia y la comunidad. Con la valoración se reúne la información necesaria referente al paciente, familia o comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como las capacidades con que cuentan. (Hernández 1999).

La valoración proporciona información valiosa del paciente, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de las capacidades existentes para conservar y recuperar la salud.

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

- Recolección de la información.
- Validación de la información.
- Registro de la información.

Recolección de la información

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario, y continúa en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta. Es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el paciente y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

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

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



Esta guía debe considerar:

- Datos biográficos del paciente y familia.
- Antecedentes personales y familiares de enfermedad.
- Aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar.
- Datos para el examen físico.
- La recolección de datos del usuario puede ser general y específica; así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado el problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica. (Alfaro, 2005)

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos:

- Datos subjetivos: son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual.
- Datos objetivos: es la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos.
- Datos históricos: se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario.
- Datos actuales: son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico, ambas se complementan y clarifican mutuamente, a veces se pueden realizar en forma simultánea.

a) La **entrevista** requiere de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el paciente. Tiene como finalidad: la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el paciente.



Toda entrevista por más sencilla que sea debe tener una introducción, para saludar al paciente, proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista; también poseer un núcleo, caracterizado por el diálogo y por seguir la estructura de la guía de valoración. Por último, la entrevista debe presentar un cierre para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

b) El **examen físico** permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o céfalo-caudal.

Para efectuar el examen físico se requieren cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de las constantes vitales y de la somatometría.

Validación de la Información

Una vez reunida la información del paciente tiene que ser validada para estar seguro de que los datos obtenidos sean los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

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

Registro de la información

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. Los objetivos del registro de la información son:

- Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria.
- Facilitar la prestación de una asistencia de calidad.
- Proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia.



-Formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.

4.4.2 DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del paciente, familia y comunidad, así como las capacidades. (Hernández, 1999).

Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

- Razonamiento diagnóstico.
- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
- Validación.
- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Razonamiento diagnóstico

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales e integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Los pasos a seguir para el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

1. Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aportó la valoración incluyendo las capacidades.
2. Analizar y agrupar los datos significativos que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes.
3. Comparar los datos significativos con los factores relacionados/riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. (North American Nursing Diagnosis Association).
4. Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.



5. Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema.
6. Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas, y a las respuestas fisiopatológicas.
7. Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema). (Kozier, 1994).

Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

El *diagnóstico enfermero* es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente. (Hernández 1995)

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional, ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

Un *problema interdependiente* o de colaboración es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

Los *problemas interdependientes* se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que nos sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el paciente.

El diagnóstico enfermero y el problema interdependiente son juicios clínicos, sin embargo el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el



campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera tiene la autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente; en cambio, el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento. (Fernández, 1993)

Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

El **diagnóstico enfermero real**: describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, además de tener factores relacionados.

El **diagnóstico enfermero de riesgo (potencial)**: describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias, sólo se apoya en los factores de riesgo.

El **diagnóstico enfermero de salud**: es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede alcanzar un nivel mayor.

Clasificación de los problemas interdependientes

Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas, entonces se trata de un problema interdependiente de riesgo.

Hay que tener presente que los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica.

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la



N.A.N.D.A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En el caso del diagnóstico enfermero real se aconseja un formato en tres partes: problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivos.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales; y los datos objetivos (características definitorias / sintomatología), son las evidencias de que el problema existe.

El problema se une a los factores relacionados con las palabras Relacionado con, y éstos se unen con las características definitorias mediante las palabras manifestado por.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos. Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo familia o comunidad a un acontecimiento nocivo.

Los diagnósticos enfermeros de riesgo y los diagnósticos de salud son escasos en el listado de categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A, a pesar de ello la mayoría de las etiquetas diagnósticas pueden formularse como tal, si se emplean las palabras antes mencionadas.

Entre las variaciones más comunes de los diagnósticos enfermeros está la existencia de múltiples factores relacionados o de riesgo, debido a la frecuencia con que el paciente, familia y comunidad presenten respuestas humanas derivadas de diferentes causas.

También puede darse la situación de que no estén claros los factores relacionados o de riesgo, en consecuencia se recomienda utilizar las palabras



FACTORES DESCONOCIDOS.

Al estructurar diagnósticos enfermeros se debe evitar:

1. Formular diagnósticos enfermeros utilizando terminología médica
2. Identificar dos problemas al mismo tiempo.
3. Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.
4. Usar relacionado con, ya que la segunda frase identifica una relación entre la respuesta humana y los factores relacionados y no necesariamente una causa-efecto.
5. Redactar diagnósticos enfermeros con juicios de valor que surgen de “los valores personales y, normas del profesional de enfermería”, y no datos objetivos y subjetivos.
6. Cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero.
7. Registrar dos enunciados en el diagnóstico enfermero que tengan igual significado.
8. Escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados, que la enfermera pueda solucionar o modificar en forma independiente.
9. Emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico enfermero.

Estructuración de los Problemas interdependientes

Los problemas interdependientes precisan empleo de terminología médica y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario, razón por la cual no debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas, que ya tienen un nombre.

En la redacción de problemas interdependientes reales se necesita un problema, etiología del problema y sintomatología; los problemas interdependientes de riesgo únicamente requieren del problema y etiología; así como de las palabras riesgo de, al inicio de su formulación.



Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras secundario a, y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras manifestado por.

Validación

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependiente. Durante la validación, la enfermera debe consultar al paciente para corroborar que esté en lo cierto, también solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

4.4.3 PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo (Hernández 1999).

Los pasos para realizar la planeación son:

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



Establecer prioridades

De los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes es indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del paciente.

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Alfaro:

Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.

Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. A veces los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el paciente se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea con los problemas interdependientes. (Alfaro 1988)

Elaboración de objetivos

Con la elaboración de objetivos podemos medir el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y son factores de motivación al generar numerosas acciones en las enfermeras.



Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características:

1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir, centrarse en dar solución al problema, y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o sus efectos.
2. Estar dirigidos al paciente, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes.
3. Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.

Entre los *verbos observables y evaluables* están: “identificar, describir, hacer, relatar, explicar, hacer un listado, comentar, discutir, demostrar, compartir, expresar, perder, aumentar, mostrar, ejercitar, comunicar, toser, andar”.

4. Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto, verbo (conducta), condición (circunstancias en que deba realizarse la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).
5. Haber involucrado al paciente y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del paciente y familia.
6. Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.
7. Ser realistas, es decir, que consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del paciente para que se puedan alcanzar.
8. Considerar los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud.



Determinación de acciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas. (Fernández 1999)

Documentar en el plan de cuidados

Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen:

- El problema de salud encontrado.
- Objetivos.
- Acciones de enfermería.
- Evaluación.

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

Son características de los planes de cuidados:

- La *individualidad*, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/riesgo específicos.
- La *participación* del paciente, familia y comunidad en su elaboración.
- La *actualización* con respecto a los cambios del paciente y a los avances de la enfermería como disciplina científica.
- La *fundamentación científica* de las acciones con fines didácticos.
- Ser *fuentes de comunicación* entre los profesionales de la enfermería.



La documentación del plan de cuidados es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser:

- *Individualizados*: cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el diagnóstico enfermero/problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación.
- *Estandarizados*: en caso de que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario.
- *Computarizados*: que surgen de “planes creados por ordenador” que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

4.4.4 EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. (Hernández 1999).

Los pasos de la ejecución son:

- Preparación.
- Intervención.
- Documentación.



Preparación

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del paciente y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria haciéndose necesaria la revaloración.
- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- Crear un ambiente confortable y seguro para el paciente durante la realización de cada actividad.
- Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

Intervención

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen:

- La valoración.
- La prestación de cuidados para conseguir los objetivos.
- La educación del usuario, familia y comunidad.
- La comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del paciente durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.



Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración del paciente, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por lo cual el término **RUTINA** es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención de enfermería somos responsables tanto de los resultados emocionales y de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta del paciente y familia.

Documentación

La documentación es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del paciente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Los propósitos de los registros de enfermería son:

- Mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del paciente, cuidados proporcionados y las respuestas del paciente/familia.
- Ser base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de cuidados.
- Respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera.
- Servir para estimar el pago de los servicios prestados.

Los registros de enfermería deben de cubrir con ciertas características como son:

- Fecha y hora.
- Datos de valoración.
- Intervenciones de enfermería.



- Resultados obtenidos.
- Nombre y firma de la enfermera.

Asimismo, las notas deben ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.

4.4.5 EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda la práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución. (Hernández 1999).

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

- ¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?
- ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
- ¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?
- ¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
- ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de objetivos?

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado, por consiguiente es necesario la valoración del paciente, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta



actividad la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o falta de progreso hacia la realización de sus metas en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el paciente y su familia.

4.5 RELACION ENTRE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO ENFERMERO

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de los cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados sea cual sea la situación que viva el paciente. Sin embargo, para llegar a planificar los cuidados a partir de los conceptos de cuidados de enfermería de Virginia Henderson hay que profundizar en los conceptos claves de este modelo. La definición del rol fundamental de la enfermera elaborado por esta autora, permite precisar los principales conceptos del modelo dado que esta definición refleja de forma clara, precisa y completa, que fue definido en el capítulo anterior.

En ella encontramos conceptos claves que permiten identificar los postulados, los valores y los elementos mayores.

POSTULADOS

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



Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son:

Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problemas de dependencia: Cambio desfavorable de orden bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permite identificar la independencia la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

VALORES

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y están precisados en su definición.

Si nos referimos al ejercicio de la profesión mencionado anteriormente, este rol fundamental se efectúa en el ejercicio de la profesión de enfermería. Además del rol propio de la enfermera, se añade su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio la profesión. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple con su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. (Fernández 1999)



ELEMENTOS MAYORES

Los elementos mayores del modelo de Virginia Henderson son identificados de la siguiente manera:

Objetivo: Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Paciente: Ser humano que forma un todo completo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial. El paciente debe verse como un todo teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de enfermera: El rol de enfermera es un rol de suplencia. Suplir, para Virginia Henderson significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad y conocimiento, Las intervenciones de la enfermera apunta esencialmente hacia la dependencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y lo mas rápidamente posible.

Fuentes de dificultad: Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad: una falta de fuerza, falta de voluntad y falta de conocimiento. Sin embargo en la práctica resulta difícil buscar las causas de dependencia debidas a las falta de voluntad.

Intervenciones: El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, es decir la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces interviene a nivel de las fuentes de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Así, las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar las acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Secuencias deseadas: es evidente que la enfermera apunta como consecuencias deseadas el cumplimiento del objetivo, es decir la independencia del cliente, la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales



El proceso de cuidados a partir de un modelo conceptual no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el cliente. En efecto, resulta esencial para la enfermera, además de la recogida de datos, de la planificación de los cuidados y de la aplicación de las intervenciones, establecer una relación significativa con el paciente. Por ello, debe presentarse adoptando actitudes de cálido respeto, de comprensión empática, de autenticidad y de consideración positiva. Es cierto que la comunicación eficaz entre enfermera y paciente es muy exigente y exige grandes cuidados y continuados esfuerzos a la enfermera, pero ella sabe que es indispensable para ayudar al paciente a vivir una situación difícil. (Fernández 1999)

Aplicación del modelo de V. Henderson.

El modelo de Henderson como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención:

1.- En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta se determina:

- El grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formación de objetivos de independencia en base a las causas de las dificultades detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.



Finalmente en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora, nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos. (Fernández 1999).



**VALORACIÓN A UN ADULTO EN LAS 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA
HENDERSON.**

Nombre: Humberto G.G.

Edad: 79 años

Fecha de nacimiento: 18/ 09 /1933

Ciudad de origen: Monterrey N.L.

Radicando: D.F.

Ocupación: Contador.

Estado civil: Casado.

Escolaridad: Licenciatura.

Datos Objetivos.

Masculino de 79 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, diabetes mellitus tipo 2, alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, con automedicación de somníferos (Rivotril, Halción, Tafil, Seroquel).

Antecedentes Heredofamiliares.

Papá: con hipertensión arterial, alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, mala alimentación, fallece de infarto cerebral.

Madre: con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad mórbida, tabaquismo, mala alimentación, fallece de infarto cerebral.



Datos históricos.

Paciente con antecedentes de dos eventos cerebro vasculares con secuelas de afasia, alteraciones sensitivas. El día 16 de junio de 2012 se encuentra acompañando a su esposa en consulta con el psicólogo y refiere dolor severo en hemisferio craneal derecho perdiendo el conocimiento y control de esfínteres. Es llevado al hospital Médica Sur en ambulancia donde es recibido en la sala de urgencias, se inicia exploración física se encuentra hipertenso, arrítmico. Se procede a realizar resonancia magnética, glucosa sérica, electrocardiograma, Biometría Hemática, incluyendo cuenta de plaquetas y tiempos de coagulación.

Se inicia manejo de la vía aérea (intubación y ventilación mecánica) control de hipertermia y presión arterial, se coloca sonda Foley y se inicia el tratamiento de inyección intravenosa de activador tisular del plasminógeno.

Descripción breve del caso clínico.

Se trata de paciente masculino de 79 años de edad que ingresa a esta unidad el día 16-junio-2012 al servicio de urgencias por presentar dolor severo en hemisferio craneal derecho, hipertensión arterial, pérdida de control de esfínteres, hipertermia, perdida del conocimiento y dificultad para respirar.

Se encuentra en decúbito dorsal no forzado, apoyado con ventilación mecánica, inconsciente, con un diagnóstico de ingreso de Evento Cerebral Isquémico, se realizan estudios de gabinete y resonancia magnética, encontrando coágulos en lóbulo parietal derecho y antebrazo izquierdo, iniciando tratamiento con inyección intravenosa de activador tisular del plasminógeno (alteplasa). Aplicándose en vena del brazo derecho. Este potente medicamento para disolver coágulos se administra idealmente dentro de las tres primeras horas después de que comiencen a manifestarse los síntomas del derrame cerebral.



Continua con cuidados en el área de terapia intensiva de Medica Sur a cargo del personal de salud con una mejoría del estado de salud, se retira ventilación mecánica, se apoya con oxígeno por puntas nasales se realiza exploración por tomografía computarizada para detectar posibles coágulos, se coloca gastrostomía para ayudar en alimentación por problemas de deglución, se colocan protecciones en miembros superiores e inferiores para evitar lesiones, se utiliza parche alevín en sacro para evitar úlceras por presión. El día 27 de junio se indica subir a sexto piso a terapia intermedia para seguimiento médico.



Valoración de las 14 necesidades.

Valoración hospitalaria.

Oxigenación: Se encuentra paciente consciente, orientado, con frecuencia respiratoria de 28 por minuto, saturando 91%, con periodos de apnea obstructiva, con oxígeno suplementario por puntas nasales a 5 litros por minuto, con ligera palidez de tegumentos, aleteo nasal, a la inspección con ligera cianosis peribucal, tos productiva, cuello cilíndrico simétrico, tráquea central desplazable a la palpación sin alteraciones en tiroides, ruidos cardiacos rítmicos adecuados en frecuencia e intensidad, T/A 138/87, a la auscultación sin soplos o ruidos agregados, campos pulmonares hipoventilados, con sonido mate a la percusión, tórax con dolor a la inspiración, con disminución en ruidos respiratorios en hemidiafragma derecho con presencia de estertores crepitantes de predominio derecho, Valorando los pulsos carotideo, radial y braquial encontramos buena ritmicidad, FC 103 por minuto, con llenado capilar de 3 segundos.

Gasometría arterial.

Valores de gases en sangre.	
pH	7.008
pCO ₂	37 mmHg
pO ₂	61 mmHg

Nutrición e Hidratación: Peso: 75 kg, talla: 1.70 mts, IMC 25.95 Kg/m²

Valoración hospitalaria. Según su IMC el Sr. Humberto se encuentra con sobre peso, a la inspección se encuentran mucosas orales semihidratadas, en la cavidad oral encontramos placas dentales completas, abdomen blando, sin dolor a la palpación, ruidos peristálticos presentes. El paciente se encuentra con un catéter



largo con una solución de base Fisiológica de 1000 para 12 horas. Actualmente el paciente se encuentra con alimentación parenteral por gastrostomía indicada por personal de salud, realizando tres comidas al día. Toma aproximadamente un litro de agua al día. Cuenta con Glicemia capilar: 97 mg/dl. Indicada preprandial, sin rebasar valores normales durante su estancia hospitalaria.

La esposa del Sr. Humberto refiere que en casa realiza tres comidas al día, con horarios establecidos, su dieta era inadecuada ya que estaba basada en carbohidratos y su consumo en frutas y verduras es mínimo, la esposa del Sr. Humberto refiere en la entrevista que han viajado durante los últimos 15 años y reconoce que su dieta era inadecuada, regreso a México hace aproximadamente 3 meses y su dieta cambio radicalmente, refiere además que ha tenido infecciones estomacales frecuentes y que ha bajado aproximadamente 6 kilos de peso desde su llegada.

Valoración hospitalaria. Solución base fisiológica 1000 para 24 horas, infusión de Ibuprofeno a 4.1 ml por hora. Se transfunde 1 paquetes globulares el día 23 de junio

Medicamentos: Omeprazol 40 mg cada 24 horas, pradaxar de 75mg cada 12 horas, clindamicina 600 mg cada 8 horas, Telmisartan 40 mg cada 12 horas.

Química sanguínea.

Glucosa	97 mg/dl	82.00 – 115.00
Urea	6.42 mg/dl	10.00 – 50.00
BUN	3 mg/dl	8.00 – 23.00
Acido Úrico	2.61 mg/dl	3.40 – 7.00
Creatinina sérica	0.60 mg/dl	0.70 – 1.20

Eliminación: Presenta abdomen blando con ruidos peristálticos presentes 3 por minuto, con un volumen urinario de 1.5 ml/kg/hr, de características macrosómicas normales por sonda, eliminación intestinal con frecuencia de una evacuación al día de características normales.



Química clínica.

Electrolitos.	Resultado.	Referencia.
Sodio	143 mmol/L	138.00 – 150.00
Potasio	4.13 mmol/L	3.50 – 5.00
Cloro	97 mmol/L	96.00 – 112.00

Movilidad y postura. El señor Humberto se encuentra en posición semifowler y presenta dolor con los cambios posturales, es un paciente en edad adulta el cual no necesita de ningún dispositivo como auxiliar para moverse y mantener una buena postura. Sin alteraciones a nivel muscular y articular, con buen tono muscular, con integridad en la piel, con adecuada fuerza y tono muscular, se recomiendan cambios posturales para evitar dolor.

Cuando inicio su padecimiento actual presentaba disnea al realizar alguna actividad física, esto le limitaba ampliamente su movimiento y sus actividades cotidianas.

Antes de su padecimiento actual el señor Humberto refiere que no tenía ninguna limitación para satisfacer esta necesidad, realizaba además deporte en su tiempo libre (Caminar).

Descanso y sueño:

De forma intrahospitalaria la esposa del señor Humberto refiere que le resulta difícil conciliar el sueño debido a las actividades del personal multidisciplinario durante las noches, además el ruido y la luz le imposibilitan dormir de forma continua, y durante el día refiere sentirse cansado, se observan facies de cansancio, ojeras y bostezos frecuentes, refiere que las condiciones del medio hospitalario le imposibilitan descansar adecuadamente y conciliar el sueño y cuando logra dormir no lo hace de forma continua y al despertar no se siente descansado.

De forma extra hospitalaria la esposa del señor Humberto refiere que dormía aproximadamente 7 horas diarias con un horario de 11 p.m. a 6 a.m. Consideraba



que descansaba, no realizaba siestas durante el día, con hábitos establecidos para dormir (sin ruido, sin luz, con cena ligera). Esta conforme con sus horas de sueño y se siente realmente descansado al levantarse.

Vestido: El Sr. Humberto utiliza bata hospitalaria, con la cual no se siente muy cómodo, se le permite utilizar ropa interior, el cambio de ropa es de forma diaria después del baño.

La esposa del Sr. Humberto refiere que no tiene ninguna limitación para satisfacer esta necesidad, su ropa de uso diario es de acuerdo a edad y clima, esta le permite moverse con normalidad y le resulta agradable su estilo propio, realiza cambio de ropa diario.

Termorregulación: A la toma de la temperatura axilar se encuentra con picos febriles del 16 al 23 de junio, tratados con medios físicos y químicos, la fiebre cede con antipiréticos, se procede a la toma de la temperatura cada 15 minutos y se vigila estrechamente curva térmica hasta que cede la fiebre.

16/06/2012	17/06/2012	18/06/2012	19/06/2012
38.5°C	38.5°C	38°C	37.8°C

Higiene y condiciones de la piel: La esposa del Sr. Humberto refiere que realizaba baño en regadera diario y cambio de ropa diario, con piel hidratada, turgente, el baño se realiza por horario (entre 9 y 10 a.m.), utiliza además cremas hidratantes que aplica en todo el cuerpo, después del baño de esponja el personal de enfermería realiza curación de la sonda de gastrostomía sin mostrar datos de infección, se cubre con gasa estéril y la piel se encuentra en buen estado, se trata de cuidar su imagen corporal, el cuero cabelludo se aprecia limpio, con adecuada implantación capilar, la higiene bucal es adecuada ya que se limpian sus prótesis dentales, las uñas se encuentran recortadas y en buen estado sin presencia de



micosis. Se realiza curación de catéter central sin encontrar datos de infección. Las características de la piel son normales, se muestra piel hidratada con buena turgencia y no hay presencia de úlceras por presión o alguna otra alteración en piel.

Evitar riesgos y peligros: A la exploración física el paciente muestra una visión adecuada, con una adecuada audición, con riesgo de caída debido a aditamentos para tratar patología de base, además de mostrarse inquieto, se aseguran barandales de cama.

La esposa del Sr. Humberto comenta que acostumbra chequeos médicos para valorar su estado de salud, refiere que por su edad y antecedentes heredo familiares de hipertensión arterial y dos eventos cerebrovasculares anteriores con secuelas de afasia y alteraciones sensitivas. Tratamiento farmacológico:

Inhibitron de 40mg cada 24hrs, Micardis (telmisartan) de 40mg cada 12hrs, Pradaxar de 75mg cada 12hrs, Norfenon de 150mg cada 12hrs, Contumax sobres 1 cada 12hrs, Combodart 1 capsula cada 24hrs, Actinium (Oxcarbazepina) de 300 mg ½ tableta cada 12hrs, Dabex 500mg 1 cada 24hrs, Rivotril (Clonazepan) de 2.5mg 10 gotas por la noche y Seroquel 100mg 1 tableta por la noche.

Biometría hematina.

Leucocitos	9.10	4.00 – 10.60
Neutrófilos%	60 %	55.00 – 62.00
Linfocitos %	15.70 %	20.00 – 40.00
Monocitos %	7.30 %	4.00 – 10.00
Eosinofilos %	1.80 %	1.00 – 3.00
Basófilos %	0.20 %	0.00 – 1.00
Neutrófilos #	5.80 10 ³ /mm ³	2.00 – 7.50
Linfocitos #	1.20 10 ³ /mm ³	1.00 – 4.00
Monocitos#	0.60 10 ³ /mm ³	0.20 – 1.00
Eosinofilos #	0.10 10 ³ /mm ³	0.00 – 0.50
Basófilos #	0.0 10 ³ /mm ³	0.00 – 0.20
Eritrocitos	4.66 10 ⁶ /mm ³	3.80 – 6.50
Hemoglobina	7.90 gr/dl	11.50 – 17.00
Hematocrito	39.80 %	37.00 – 54.00



MCV	85.50	80.00 – 100.00
MCH	27.90	27.00 – 32.00
MCHC	32.60 g/dl	32.00 – 36.00
RDW	14.60 %	11.00 – 16.00
Plaquetas	387.00 $10^3/mm^3$	150.00 -500.00
MPV	7.40	6.00 – 11.00

Comunicación: El Sr. Humberto cuenta con una adecuada visión y audición, tiene secuelas de afasia y problemas para poder comunicarse con sus familiares y el personal de salud.

La esposa del Sr. Humberto expresa que le gustaría tener mayor comunicación con el personal de salud para aclarar dudas respecto al estado de salud de su esposo y tener más informes sobre cómo cuidar su salud y las actividades que podrá y no podrá realizar, además expresa sentir muchas dudas respecto al estado de salud del Sr. Humberto.

Valores y creencias: El Sr. Humberto profesa la religión católica, refiere poco apego a su religión, con alejamiento de los lugares de culto, pero debido a su situación actual tiene la necesidad de refugiarse en su religión para poder sobrellevar su situación actual, se siente intranquilo, el paciente cuenta con valores establecidos y gran apego familiar.

Autorrealización: Nivel escolar licenciatura, desempeña el rol de esposo, refiere su esposa que el Sr. Humberto se sentía satisfecho con su situación económica ya que le permitía realizar viajes por todo el mundo en compañía de su familia, ya que tenía negocios en México y Estados Unidos.

En su tiempo libre le gustaba caminar y leer.

Recreación: De forma extra hospitalaria la esposa del Sr. Humberto refiere que en su tiempo libre le gustaba la lectura y viajar, solía hacer caminatas eh ir a tomar café o vino tinto a los restaurantes cercanos a su casa.



Aprendizaje: Nivel escolar máximo licenciado en contaduría, con adecuada capacidad intelectual para aprender, sin alteraciones en los sentidos que pudieran limitar su aprendizaje.

La esposa del Sr. Humberto expresa el deseo de aprender y aclarar dudas acerca del padecimiento actual de su esposo y tiene la voluntad de realizar actividades para ayudarlo a recuperar y mantener su salud, recibe con agrado las indicaciones que el personal de salud le da para el manejo de su salud y sigue las indicaciones dadas al pie de la letra, el Sr. Humberto se muestra muy poco cooperativo para aprender y recuperar lo antes posible su salud.



V. Análisis.

NECESIDAD	JERARQUIA DE NECESIDADES	CAUSA DE DIFICULTAD			ROL DE LA ENFERMERA		
		FF	FC	FV	S	C	E
1. Oxigenación	Oxigenación	X	X	X	X	X	X
2. Nutrición – hidratación	Nutrición - Hidratación	X	X	X	X	X	X
3. Eliminación	Eliminación	X		X		X	X
4. Movilidad y postura	Movilidad y postura	X		X	X	X	X
5. Sueño y descanso	Sueño y descanso	X	X	X		X	X
6. Vestido	Termorregulación	X	X	X	X	X	X
7. Termorregulación	Higiene y condiciones de la piel	X	X		X	X	X
8. Higiene y condiciones de la piel	Evitar riesgos y caídas	X	X	X	X	X	X
9. Evitar riesgos y peligros	Comunicación	X			X	X	X
10. Comunicación	Vestido	X			X	X	
11. Valores y creencias	Recreación	X			X	X	
12. Autorrealización	Valores y creencias	X	X	X	X	X	
13. Recreación	Aprendizaje	X		X		X	
14. Aprendizaje	Autorrealización	X		X		X	

- FF. Falta de fuerza.
- FC. Falta de conocimiento.
- FV. Falta de voluntad.
- S. Sustituta
- C. Compañera.
- E. Educadora.



VI. Diagnósticos.

- Alteración de la oxigenación r/c dolor m/p disnea, alteración del ritmo respiratorio y disminución de la saturación de oxígeno.
- Alteración en la alimentación r/c sonda de gastrostomía m/p mala deglución.
- Eliminación alterada r/c daño neurológico m/p por sonda Foley y métodos químicos para poder evacuar.
- Riesgo de úlceras por presión r/c inadecuada movilización y postura.
- Trastornos del sueño r/c ruidos, iluminación, actividades del personal de salud m/p fatiga de cansancio, ojeras y bostezos frecuentes.
- Hipertermia r /c infección m/p aumento de la temperatura corporal, piel enrojecida y calor al tacto.
- Riesgo de infección r/c rotura de la piel, procedimientos invasivos y aumento de la exposición a agentes patógenos.
- Riesgo de caída r/c uso de ventilador mecánico.



VII. Plan de cuidados.

1										
Diagnóstico De Enfermería	Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar.									
Resultados De Enfermería										
Patrón Funcional Alterado	Resultado		Indicadores	Escala De Medición					Puntuación Diana Del Resultado	
				1	2	3	4	5		
Oxigenación	Dominio: II. Salud fisiológica	Clase: E. Cardio pulmonar	Saturación de oxígeno (041112)	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal	Mantener (1) Aumentar (3) Evaluación (3)	
Etiqueta Diagnostica										
Deterioro del intercambio de gases	Respuesta de la ventilación mecánica: adulto (0411) Intercambio alveolar y perfusión tisular apoyados eficazmente mediante ventilación mecánica.		Ansiedad	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (1) Aumentar (3) Evaluación (4)	
Dominio: 3. Eliminación e intercambio										
Clase: 4. Función respiratoria										
Factores Relacionados				Inquietud	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (2) Aumentar (3) Evaluación (3)
- Desequilibrio de la ventilación perfusión				Hipoxia	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (1) Aumentar (3) Evaluación (4)
Características Definitivas								Mantener (0) Aumentar (0) Evaluación (0)		
- Disnea										
- Hipoxia										
- Inquietud										
Intervenciones De Enfermería					Intervenciones De Enfermería					
Manejo de la vía aérea (3140) Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.					Manejo de la ventilación mecánica: invasiva (3300)					
Campo: II. Fisiológico: Complejo			Clase: K. Control respiratorio		Campo: II. Fisiológico: Complejo			Clase: K. Control respiratoria		
Actividades					Actividades					
<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar las secreciones mediante succión. - Insertar una vía aérea oral o nasofaríngea, según corresponda. - Auscultar los sonidos respiratorios. - Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. 					<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente. - Iniciar la preparación y la aplicación del respirador. - Explicar a la familia las razones y las sensaciones esperadas y asociadas al uso de respiradores mecánicos. - Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén conectadas. 					



2

2											
Diagnóstico De Enfermería	Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit en la estructura o función oral faríngea o esofágica.										
Resultados De Enfermería											
Patrón Funcional Alterado	Resultado		Indicadores	Escala De Medición					Puntuación Diana Del Resultado		
	1	2		3	4	5					
Nutrición	Dominio: Clase:	Clase:	Estudio de deglución: fase oral	Grave	Sustancial	Moderada	Leve	No	Mantener (2) Aumentar (3) Evaluación (3)		
Etiqueta Diagnostica				Mente	Mente	Mente	Mente	Compro			
Deterioro de la deglución	Estado de deglución: fase oral (1012) Preparación, contención y movimiento posterior de líquidos y/o sólidos en la boca.	Clase:	Atragantamiento, tos y náuseas antes de la deglución	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (1) Aumentar (2) Evaluación (3)		
Dominio: 2. Nutrición Clase: 1. Ingestión											
Factores Relacionados				Reflujo nasal	Grave	Sustancial	Moderado	Leve		Ninguno	Mantener (2) Aumentar (3) Evaluación (5)
- Deterioro neuromuscular											Mantener () Aumentar () Evaluación ()
Características Definitorias											Mantener () Aumentar () Evaluación ()
- Dificultad en la deglución - Retraso en la deglución											
Intervenciones De Enfermería					Intervenciones De Enfermería						
Terapia de deglución (1860) Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias.					Cambios de posición (0840) Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.						
Campo: I. Fisiológico: Básico			Clase: D. Apoyo nutricional		Campo: I. Fisiológico: Básico			Clase: C. Control de inmovilidad			
Actividades					Actividades						
<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio. - Ayudar al paciente hemipléjico a sentarse con el brazo afectado hacia adelante sobre la mesa. - Enseñar a la familia a cambiar de posición, alimentar, y vigilar al paciente. - Vigilar si hay signos y síntomas de aspiración. 					<ul style="list-style-type: none"> - Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda. - Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. - Colocar en posición de alineación corporal correcta. 						



3										
Diagnóstico De Enfermería	Definición: Pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga.									
	Resultados De Enfermería									
Patrón Funcional Alterado	Resultado		Indicadores	Escala De Medición					Puntuación Diana Del Resultado	
				1	2	3	4	5		
Eliminación	Dominio: II. Salud fisiológica	Clase: F. Eliminación	Vacía la vejiga completamente (050209)	Nunca	Rara	A veces	Frecuente	Siempre	Mantener (1)	
Etiqueta Diagnostica				Demos	Mente	Demos	Mente	Demos	Demos	Aumentar (3)
Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176)	Continencia urinaria (0502) Control de la eliminación de orina de la vejiga.		Capaz de comenzar interrumpir el chorro de la orina (050208)	Nunca	Rara	A veces	Frecuente	Siempre	Mantener (1)	
Dominio: 3. Eliminación e intercambio Clase: 1. Función urinaria			Trado	Mente	Demos	Mente	Demos	Demos	Aumentar (2)	
Factores Relacionados			Reconoce la urgencia de miccionar (050201)	Nunca	Rara	A veces	Frecuente	Siempre	Mantener (3)	
				Demos	Mente	Demos	Mente	Demos	Aumentar (4)	
				Trado	Demos	Trado	Demos	Trado	Evaluación (5)	
- Disinergia del esfínter detrusor externo			Pérdidas de orina entre micciones (050207)	Siempre	Frecuente	A veces	Rara	Nunca	Mantener (1)	
				Demos	Mente	Demos	Mente	Demos	Aumentar (2)	
				Trado	Demos	Trado	Demos	Trado	Evaluación (2)	
Características Definitorias			Ropa interior mojada durante el día (050212)	Siempre	Frecuente	A veces	Rara	Nunca	Mantener (1)	
				Demos	Mente	Demos	Mente	Demos	Aumentar (2)	
				Trado	Demos	Trado	Demos	Trado	Evaluación (2)	
					trado		trado			
Intervenciones De Enfermería					Intervenciones De Enfermería					
Cuidados de la incontinencia urinaria (0610) Ayuda a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.					Manejo de la eliminación urinaria (0590) Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria <u>optima</u> .					
Campo: I. Fisiológico: Básico			Clase: B. Control de la eliminación		Campo: I. Fisiológico: Básico			Clase: B. Control de la eliminación		
Actividades					Actividades					
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las causas multifactoriales que producen la incontinencia. - Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. - Proporcionar prendas protectoras. 					<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. - Explicarle al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. - Obtener una muestra a mitad de la micción para el análisis de orina. - Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al baño. 					



4

4												
Diagnóstico De Enfermería	Definición: Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.											
Resultados De Enfermería												
Patrón Funcional Alterado	Resultado		Indicadores	Escala De Medición					Puntuación Diana Del Resultado			
				1	2	3	4	5				
Eliminación	Dominio: II. Salud fisiológica	Clase: K. Nutrición	Frecuencia de deposiciones (101503)	Grave	Sustancial	Moderada	Leve	No Compro metido	Mantener (5) Aumentar (5) Evaluación (5)			
Etiqueta Diagnostica				Mente	Mente	Mente	Mente					
Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)	Función gastrointestinal (1015) Capacidad del tracto gastrointestinal para ingerir y digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar productos de desecho.		Ruidos abdominales (101508)	Grave	Sustancial	Moderada	Leve	No Compro metido	Mantener (2) Aumentar (3) Evaluación (3)			
Dominio: 3. Eliminación e intercambio				Mente	Mente	Mente	Mente					
Clase: 2. Función gastrointestinal				Compro metido	Compro metido	Compro metido	Compro metido					
Factores Relacionados				Distensión abdominal (101514)	Grave	Sustancial	Moderado			Leve	Ninguno	Mantener (2) Aumentar (3) Evaluación (4)
- Inmovilidad - Régimen terapéutico				Estreñimiento (101536)	Grave	Sustancial	Moderado			Leve	Ninguno	Mantener (2) Aumentar (3) Evaluación (4)
Características Definitivas			Dolor abdominal (101513)	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (1) Aumentar (3) Evaluación (2)			
- Abdomen distendido. - Cambios en los ruidos intestinales												
Intervenciones De Enfermería					Intervenciones De Enfermería							
Control intestinal (0430) Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal.					Manejo de la medicación (2380) Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.							
Campo: I. Fisiológico: Básico			Clase: B. Control de la eliminación		Campo: II. Fisiológico: Complejo			Clase: H. Control de fármacos				
Actividades					Actividades							
<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. - Monitorizar los ruidos intestinales. - Administrar supositorios de glicerina, si es necesario. - Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales. 					<ul style="list-style-type: none"> - Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente. - Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación. - Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito. 							



5

5										
Diagnóstico De Enfermería	Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.									
Resultados De Enfermería										
Patrón Funcional Alterado	Resultado		Indicadores	Escala De Medición					Puntuación Diana Del Resultado	
				1	2	3	4	5		
Descanso y sueño	Dominio: I. Salud funcional.	Clase: A. Mantenimiento de la energía.	Dificultad para conciliar el sueño (000421)	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (1) Aumentar (2) Evaluación (2)	
Etiqueta Diagnostica			Trastorno del patrón del sueño (00198)	Sueño interrumpido (000406)	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (1) Aumentar (2) Evaluación (3)
	Dominio: 4. Actividad/ reposo Clase: 1. Sueño/ reposo		Sueño (0004) Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.	Dependencia de la ayudas para dormir (000417)	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (1) Aumentar (1) Evaluación (1)
Factores Relacionados										
- Factores ambientales										
Características Definitorias										
- Fascias de cansancio - Ojeras - Bostezos frecuentes										
Intervenciones De Enfermería					Intervenciones De Enfermería					
Manejo ambiental (6480) Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.					Disminución de la ansiedad (5820) Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.					
Campo: IV. Seguridad		Clase: V. Control de riesgos			Campo: III. Conductual			Clase: T. Fomento de la comodidad psicológica		
Actividades					Actividades					
<ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente seguro para el paciente. - Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de conducta. - Disponer de camas de baja altura para cuando se precise. - Disminuir los estímulos ambientales. 					<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un enfoque sereno de seguridad. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 					



6									
Diagnóstico De Enfermería	Definición: Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.								
	Resultados De Enfermería								
Patrón Funcional Alterado	Resultado		Indicadores	Escala De Medición					Puntuación Diana Del Resultado
				1	2	3	4	5	
Termorregulación	Dominio: II. Salud fisiológica	Clase: Regulación metabólica	i. Temperatura cutánea aumentada	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (2) Aumentar (3) Evaluación (3)
Etiqueta Diagnostica									
Hipertermia (00007)	Termorregulación (0800)		Hipertermia	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (1) Aumentar (3) Evaluación (3)
Dominio: 11. Seguridad/protección	Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.								
Clase: 6. Termorregulación									
Factores Relacionados			Irritabilidad	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (2) Aumentar (4) Evaluación (2)
- Infección									Mantener () Aumentar () Evaluación ()
Características Definitorias									Mantener () Aumentar () Evaluación ()
- Aumento de la temperatura corporal, piel ruborizada y caliente al tacto.									
Intervenciones De Enfermería					Intervenciones De Enfermería				
Regulación de la temperatura (3900) Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal.					Control de infecciones (6540) Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.				
Campo: II. Fisiológico: Complejo		Clase: M. Termorregulación			Campo: IV. Seguridad			Clase: V. Control de riesgos	
Actividades					Actividades				
<ul style="list-style-type: none"> - Observar el color y la temperatura de la piel. - Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas. - Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuados. - Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración. 					<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al personal de cuidados, el lavado de manos apropiado - Uso de guantes estériles. - Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. - Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuado. - Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado. 				



7

7									
Diagnóstico De Enfermería	Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.								
Resultados De Enfermería									
Patrón Funcional Alterado	Resultado		Indicadores	Escala De Medición					Puntuación Diana Del Resultado
				1	2	3	4	5	
Evitar peligros	Dominio: II. Salud fisiológica	Clase: L. Integridad tisular	Temperatura de la piel (110101)	Gravemente Compro Metido	Sustancialmente Compro Metido	Moderadamente Compro Metido	Levemente Compro metido	No Compro Metido	Mantener (2) Aumentar (3) Evaluación (4)
Etiqueta Diagnostica									
Riesgo de infección (00004)	Dominio: 11. Seguridad/protección Clase: 1. Infección	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.	Integridad de la piel (110113)	Gravemente Compro metido	Sustancialmente Compro metido	Moderadamente Compro metido	Levemente Compro metido	No Compro metido	Mantener (1) Aumentar (2) Evaluación (4)
Factores Relacionados				Eritema (110121)	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
- Procedimientos invasivos									Mantener (0) Aumentar (0) Evaluación (0)
Características Definitivas									Mantener (0) Aumentar (0) Evaluación (0)
Intervenciones De Enfermería					Intervenciones De Enfermería				
Protección contra las infecciones (6550) Prevención y detección de la infección en pacientes de riesgo.					Cuidados de las heridas (3660) Prevención de complicaciones de la heridas y estimulación de su curación.				
Campo: IV. Seguridad		Clase: V. Control de riesgos			Campo: II. Fisiológico: Complejo			Clase: L. Control de la piel/heridas	
Actividades					Actividades				
<ul style="list-style-type: none"> - Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. - Mantener la asepsia para el paciente de riesgo. - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. - Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al profesional sanitario. 					<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. - Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión, según corresponda. - Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas. - Enseñar a los familiares los procedimientos de cuidados de la herida. 				



8										
Diagnóstico Enfermería	De	Definición: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.								
		Resultados De Enfermería								
Patrón Funcional Alterado	Resultado	Indicadores	Escala De Medición					Puntuación Diana Del Resultado		
			1	2	3	4	5			
Evitar peligros	Dominio: II. Salud fisiológica	Clase: J. Neurocognitiva	Equilibrio (091101)	Gravemente Comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente Comprometido	Levemente Comprometido	No comprometido	Mantener (1) Aumentar (2) Evaluación (3)	
Etiqueta Diagnostica										
Riesgo de caídas	Estado neurológico: control motor central (0911)		Mantenimiento de la postura (091103)	Gravemente Comprometido	Sustancialmente Comprometido	Moderadamente Comprometido	Levemente Comprometido	No comprometido	Mantener (2) Aumentar (3) Evaluación (3)	
Dominio: 11. Seguridad/ protección Clase: 2. Lesión física	Capacidad del sistema nervioso central para coordinar la actividad muscular esquelética para el movimiento corporal.		Anomalías de la marcha (091113)	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (1) Aumentar (2) Evaluación (3)	
Factores Relacionados			Espasticidad (091107)	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno	Mantener (1) Aumentar (2) Evaluación (4)	
- Alteración de la función cognitiva									Mantener (1) Aumentar (1) Evaluación (1)	
Características Definitorias										
Intervenciones De Enfermería					Intervenciones De Enfermería					
Prevenición de caídas (6490) Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.					Terapia de ejercicios: Ambulación (0221) Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.					
Campo: IV. Seguridad		Clase: V. Control de riesgos			Campo: I. Fisiológico: Básico			Clase: A. Control de actividad y ejercicio		
Actividades					Actividades					
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. - Ayudar a la deambulación de las personas inestables. - Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso. - Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc. 					<ul style="list-style-type: none"> - Vestir al paciente con prendas cómodas. - Colocar una cama de baja altura. - Ayudar al paciente a sentarse a un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales. - Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. - Ayudar al paciente con la deambulación inicial. - Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas. 					



VIII. Evaluación.

El Sr. Humberto ya establecido en casa logra una saturación de 92% sin puntas nasales realizando ejercicios con espirómetro, una presión arterial de 130/80 con ayuda de medios químicos sin presencia de estertores ni sibilancias, una frecuencia cardiaca de 85 pulsaciones por minuto con ritmo cardiaco sinusal con llenado capilar de 3 segundos.

Se retira catéter central iniciando hidratación por vía oral, inicia dieta en papilla pasando a dieta blanda y llegando a dieta normal retirando sonda de gastrostomía por indicación del médico tratante.

Se inicia la administración de medicamentos por vía oral sin ningún problema para deglutir.

Se realizan ejercicios vesicales cada 3 hrs y se cambia sonda Foley cada 15 días intentando retirarla, al notar globo vesical e inquietud en el paciente se coloca sonda y se sigue con ejercicios vesicales logrando retirar sonda en dos meses. Se ministran medios químicos para lograr una adecuada evacuación.

Se inicia terapia física con movimientos de miembros superiores e inferiores. El Sr. Humberto logra incorporarse y dar pasos por sí mismo durante 2 años y por el daño neurológico empieza a deteriorarse.

Se acondiciona su habitación para dormir por periodos de 8 a 10 hrs con ayuda de medios químicos indicados por el médico tratante.

Se realiza baño de regadera en retrete y cambio de ropa diariamente con ayuda del familiar y enfermero, se hidrata piel para evitar lesiones.

Se mantiene vigilada la temperatura corporal periódicamente.

Se suben barandales de cama durante la noche para evitar caídas, sale a tomar café a perisur y regresa a comer a casa, se sienta en reposet a ver televisión por la tarde y se acompaña en todo momento a realizar sus necesidades y actividades.

El Sr. Humberto queda con secuelas de afasia por el cual solo puede comunicarse con señas, se dan terapias de lenguaje por lo que logra articular algunas palabras para poder expresar sus necesidades.

El Sr. Humberto pide ir a misa todos los domingos para sentirse más apegado a sus creencias y estar más tranquilo.



Le gusta salir de paseo a Monterrey y a revisar sus negocios a EUA en el tiempo que su estado físico se lo permitiera.

IX. Plan de alta.

El plan de alta pretende asegurar un autocuidado, una vez que el paciente sea dado de alta de este hospital, educar al propio paciente y a la familia, para asegurar que se lleven acabo las indicaciones y que los cuidados sean los correctos y se realicen de forma adecuada.

- Educar al paciente acerca de los síntomas de alarma en el enfermo con problemas de Hipertensión Arterial (Cefalea, aumento de la frecuencia cardiaca, mareos, zumbidos), para que estos sean identificados de forma oportuna y evitar mayores complicaciones.
- Educar al paciente sobre la importancia de cumplir con el tratamiento farmacológico completo y no suspender las tomas, dosis, ni modificar los horarios.
- Realizar ejercicios respiratorios: como inflar globos o hacer burbujas en un vaso de agua con un popote, estos ejercicios deben realizarse tres veces al día con una duración mínima de 20 minutos, en esta actividad puede participar la familia para que sirva de apoyo hacia el paciente.
- Vigilar el sitio de la herida de la gastrostomía y acudir de inmediato en caso de alguna complicación, valorar el color de la piel, vigilar la salida de alguna secreción, baño diario y secar perfectamente el sitio de herida.
- Realizarse estudios de gabinete, tomografía, consulta con el neurólogo, cardiólogo y geriatra para descartar algún posible evento vascular.
- Poner especial atención en cefalea, hipertensión y glucosa, enseñar a los familiares a tomar la presión arterial, a utilizar el glucómetro y tomar temperatura corporal y los rangos normales y en caso de presentar picos febriles acudir a su centro médico.
- Mantener una buena higiene, baño diario poniendo especial atención en el sitio de la herida.
- Promover una alimentación balanceada de acuerdo a la dieta indicada.



X. Conclusión.

Este trabajo me ha servido para profundizar en la elaboración y aplicación del “Proceso enfermero”. Durante nuestra práctica profesional dicho proceso será una herramienta fundamental para la aplicación de nuestros cuidados y delimitara nuestro campo de estudio.

A demás de poner en práctica lo aprendido durante la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, y me ha permitido brindar el cuidado enfermero con profesionalismo, calidad y calidez, logrando valorar las 14 necesidades del ser humano, identificar alteraciones en las mismas, elaborar diagnósticos enfermeros para poder elaborar un plan de cuidados acorde a las necesidades del Sr. Humberto y conforme a la evaluación realizada me quedó satisfecho al ver reflejada la mejoría del Sr. Humberto, el cual logro rehabilitarse y mantener su salud estable durante 7 años, aun cuando el pronóstico de vida era muy desfavorable, reconoce la importancia de los cuidados brindados por parte del personal de enfermería y se muestra agradecido.

Estoy satisfecho por la elaboración de dicho trabajo y los resultados logrados mediante el cuidado y la educación al Sr. Humberto, logrando su rehabilitación y una adecuada calidad de vida durante el tiempo que se brindaron los cuidados de enfermería, la educación para la salud fue fundamental y los resultados que se mostraron son ampliamente satisfactorios.



XI. Bibliografía.

Alfaro R. (2005) Perspectiva general del Proceso Enfermero. Barcelona: Ed Masson.

Campo M.A (2000) Proceso de Enfermería. Barcelona: Fundación Jordi Goli Gurin.

Collier.. (1993). Promover la vida. España: Interamericana Mc Graw Hill.

Fernandez F. C. (1993) El Proceso Atención Enfermería. Barcelona España: Masson.

Garcia .G . (1997). Conceptos básicos del modelo de enfermería de Virginia Henderson. México: Progreso.

Gerard M. (2007). Diagnósticos y tratamientos quirúrgicos. México: Océano.

Goodman y Gidman. (1996). las bases farmacológicas de la terapéutica. España: Mc Graw Hill.

Hernández, J.. (1995). Historia de la enfermería. Madrid España: Interamericana.

Kerovac.S.P. (1996). El Pensamiento Enfermero. Barcelona: Masson

Kozier B. (1994). Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y prácticas. México: Interamericana Mc Graw-Hill.

Marriner A. (1992). El Proceso Atención Enfermería (Un Enfoque Científico). México: El Manual Moderno.

N.A.N.D.A.. (2001). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Madrid: Harcourt.

Phaneuf M. (1999). Modelo Conceptual en Cuidados Enfermeros. Philadelphia: Mc Graw hill-Interamericana.

Potter P. (2001). Fundamentos de Enfermería. Mosby/Doyma: Madrid.



Tortora J. (2006). Principios de Anatomía y Fisiología . México: Panamericana.

Riopellel G. (1993). Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Mc Graw-Hill_Interamericana.

Rosales S. (2004). Fundamentos de Enfermería. México: Manual Moderno.

Tortora J. (2006). Principios de Anatomía y Fisiología. México: Panamericana.

Wilkinson J, Ahern N. (2008). Manual de diagnósticos de enfermería. Mé3xico: Pearson Prentice Hall.



XII. Anexos.

Evento Cerebro Vascular Isquémico.

Definición: La enfermedad vascular cerebral EVC se ha definido tradicionalmente como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a una afección neurológica focal, y que persiste más de 24 horas sin otra causa aparente distinta del origen vascular.

Clasificación de la enfermedad vascular cerebral.

Infarto Cerebral

- Enfermedad de gran vaso.
- Infarto lacunar.
- Infarto cardioembólico.

Hemorragia intracraneal

- Hemorragia cerebral hipertensiva.
- Otras causas.
- Hemorragia subaracnoidea.

Trombosis venosa cerebral.

Factores de riesgo.

Los principales factores de riesgo no modificables para presentar infarto cerebral son la edad avanzada, el género masculino y la historia familiar de EVC. Estos factores de riesgo identifican a los individuos con mayor riesgo de presentarla y, por lo tanto, en los que se deben implantar medidas de prevención más rigurosas.

Los factores de riesgo modificables más importantes son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo, el etilismo, las cardiopatías (valvulopatías, infarto



agudo al miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva y fibrilación auricular), la hipercolesterolemia, el sedentarismo y la obesidad.

Educación para la salud.

La prevención consiste en el control adecuado de los factores de riesgo modificables ya mencionados y en cambios del estilo de vida (dieta, sedentarismo, sobrepeso, etc.). Éstas medidas deben ser difundidas y reforzadas para disminuir la incidencia de ésta enfermedad.

Diagnóstico temprano.

La sospecha ocurre en el primer nivel de atención. El médico de atención primaria debe realizar una historia clínica y una exploración física focalizadas, y todos los pacientes con sospecha de infarto cerebral deberán ser referidos a la brevedad posible al especialista de segundo o tercer nivel de atención.

Inicialmente se debe interrogar acerca de la presencia de factores de riesgo, ya mencionados, que hacen que el diagnóstico de infarto cerebral sea más probable.

Posteriormente, el factor más importante que orienta el diagnóstico es el inicio súbito o agudo de un déficit neurológico de características focales.

Exploración física.

Como en cualquier enfermedad aguda, la valoración inicial debe ser dirigida a los aspectos ABC de la atención urgente del paciente grave (A- Vía aérea, B- Ventilación, C- Circulación) corrigiendo cualquier problema potencial, con las medidas adecuadas.

La exploración física debe considerar específicamente la búsqueda de soplos (carotídeos, cardíacos) y arritmia cardíaca, que den pista acerca de la etiología del infarto cerebral (cardioembólico, por enfermedad de grandes vasos, o por infarto lacunar).



La exploración general del paciente también puede evidenciar estigmas de enfermedades comórbidas (reumatológicas, infecciosas, neoplásicas) que se relacionan con un infarto cerebral.

La exploración neurológica rápida pero completa puede llevarse a cabo en unos minutos y determinará la presencia de síntomas neurológicos focales.

Signos de alteración neurológica focal según el territorio vascular afectado.

Territorio carotideo:

Alteraciones motoras: paresía, o parálisis de un hemicuerpo.

Alteraciones sensitivas: parestesias o disminución de la sensibilidad en un lado del cuerpo.

Trastornos del lenguaje: en forma de disartria (dificultad para articular el lenguaje) o bien de afasia (dificultad en la expresión y/o comprensión del lenguaje).

Alteraciones visuales: amaurosis unilateral o hemianopsia homónima.

Territorio vértebro-basilar:

Alteraciones motoras: hemiparesia, tetraparesia, o síndromes alternos (afección de nervios craneales de un lado y de la sensibilidad o fuerza del hemicuerpo contralateral),

Alteraciones sensitivas: disminución de la sensibilidad o parestesias afectadas a uno o ambos lados del cuerpo.

Trastornos visuales: ceguera bilateral transitoria o no, hemianopsia homónima.

Trastornos del equilibrio: inestabilidad o ataxia.

Diplopía, disartria, disfagia o vértigo: suelen presentarse en asociación con los anteriores.

Patologías que pueden simular un EVC.



Hiperglucemia.

Hipoglucemia.

Neoplasias intracraneales.

Crisis epilépticas.

Migraña.

Exámenes de laboratorio y gabinete

Están dirigidos a:

- Descartar enfermedades que simulan la sintomatología del infarto cerebral.
- Dar pistas acerca de la etiología del infarto cerebral.
- Determinar si el paciente cumple criterios de inclusión y carece de criterios de exclusión para tratamiento de reperfusión.
- Los estudios se deben realizar en forma inmediata y rápida.
- Trastornos funcionales (conversivos).
- Encefalopatías tóxicas o metabólicas.

Estudios a realizar en un paciente con sospecha de infarto cerebral.

Todos los pacientes:

- Tomografía simple o resonancia magnética.
- Glucosa sérica.
- Electrolitos séricos, pruebas de función renal.
- Electrocardiograma.
- Biometría hemática, incluyendo cuenta de plaquetas.
- Tiempos de coagulación.

Pacientes seleccionados (de acuerdo con los hallazgos en interrogatorio y exploración física):



- Pruebas de función hepática.
- Perfil toxicológico.
- Nivel de alcohol en sangre.
- Prueba de embarazo.
- Gasometría arterial.
- Radiografía de tórax.
- Punción lumbar.
- Electroencefalograma.

Exámenes de imagen.

- Aunque existen diferencias clínicas entre los distintos tipos de enfermedad vascular cerebral (infarto cerebral, hemorragia cerebral, etc.) no es posible distinguirlos en todos los casos.

Por lo tanto, a todo paciente con la sospecha diagnóstica de enfermedad vascular cerebral isquémica aguda debe realizársele un estudio de imagen (tomografía axial computarizada [TAC] o resonancia magnética [IRM]) o debe ser enviado a un centro donde se pueda realizar.

- La TAC en la etapa aguda (primeras 12 a 24 horas) no demuestra cambios en el caso de infarto pero descarta una hemorragia intracraneal.
- La IRM da información precisa acerca de la anatomía del infarto agudo, delimitando la zona de necrosis y la penumbra isquémica (zona de hipoperfusión), dando posiblemente la pauta para tratamiento definitivo.
- Sin embargo, la baja disponibilidad y alto costo de la IRM, y la necesidad de tratamiento inmediato de ésta enfermedad, obligan a que la TAC sea el estudio de elección, excepto cuando la IRM esté disponible en forma inmediata.

El tratamiento temprano y en específico el tratamiento de reperfusión (con rtPA intravenoso antes de las tres horas de iniciados los síntomas), así como el tratamiento quirúrgico oportuno, mejoran el pronóstico y la sobrevida de los pacientes. Por ésta razón no debe postergarse la referencia de los pacientes hacia un centro que tenga capacidad de administrar éstos tratamientos.

Tratamiento del infarto cerebral agudo.



Medidas generales.

- Manejo de la vía aérea (incluyendo intubación y ventilación mecánica, de ser necesario).
- Temperatura: control de hipertermia, hipotermia.
- Presión arterial TA: su control debe ser juicioso, no causando caídas súbitas en la presión, con el afán de no disminuir la perfusión cerebral.

La administración de fármacos intravenosos u orales debe reservarse en caso que la presión arterial sistólica rebase los 220 mm Hg o la presión arterial diastólica rebase los 120 mm Hg.

En otros casos, la reducción de la presión arterial debe ser lenta, aproximadamente con disminución del 10 al 25% en el primer día.

El agente a utilizar es indistinto, sólo tomando en cuenta la comorbilidad y características del paciente.

La hipotensión arterial debe evitarse, administrando líquidos iso-osmolares en forma suficiente.

- Glucemia: la hipoglucemia y la hiperglucemia se consideran factores de mal pronóstico, por lo cual deben ser manejados en forma inmediata y agresiva.

Tratamiento de reperfusión.

- El tratamiento de reperfusión (trombolisis) con alteplasa (rt-PA) es un tratamiento seguro y eficaz para mejorar la supervivencia y funcionalidad en pacientes que se presentan en las primeras tres horas de iniciados los síntomas, cumplen con los criterios de inclusión y no presentan ningún criterio de exclusión.
- Un paciente que se presenta en éstas circunstancias debe ser referido inmediatamente a un centro en el que se pueda administrar éste tratamiento.

Otras medidas:

- Los anticoagulantes (la heparina, heparinas de bajo peso molecular, anticoagulantes orales) no han demostrado ser efectivas como tratamiento del infarto cerebral agudo.



- Deben administrarse sólo como profilaxis contra la trombosis venosa profunda, altamente prevalente en pacientes inmovilizados.
- En pacientes no sometidos a trombolisis, como medidas de prevención secundaria deben administrarse antiagregantes plaquetarios, como el ácido acetilsalicílico oral a dosis de por lo menos 150 mg diarios.
- En pacientes con alergia u otras contraindicaciones para el uso de ácido acetilsalicílico, deben considerarse otros antiagregantes plaquetarios.
- Otros tratamientos, como vasodilatadores (nimodipino), hemorreológicos (pentoxifilina) y neuroprotectores, no han demostrado utilidad en el manejo agudo del infarto cerebral y no deben ser administrados.

Tratamiento quirúrgico.

- En infartos extensos de la arteria cerebral media, la craniectomía descompresiva temprana (48 horas) es un tratamiento efectivo para mejorar la supervivencia y funcionalidad del paciente.
- Los pacientes que tengan éstas características deben ser referidos en forma inmediata a centros con posibilidad de realizar éste procedimiento

Manejo del paciente con sospecha de enfermedad vascular cerebral isquémica, en el primer y segundo nivel de atención.

- Sospecha de enfermedad vascular cerebral. Interrogatorio y exploración física orientada.
- ¿El cuadro sugiere una EVC? TAC o IRM o referencia.
- ¿Se Confirma EVC? ¿Indicaciones y no contraindicaciones para rtPA? Iniciar manejo médico de sostén de la EVC.
- ¿Isquémico o hemorrágico? **Hemorrágico** Iniciar y mantener manejo médico de sostén. Referencia inmediata a neurocirugía.
- **Isquémico.** Diagnóstico diferencial.
- No Trombolisis. Vigilar posibles complicaciones. Continuar manejo médico de sostén de la EVC. Rehabilitación temprana. Vigilar complicaciones.

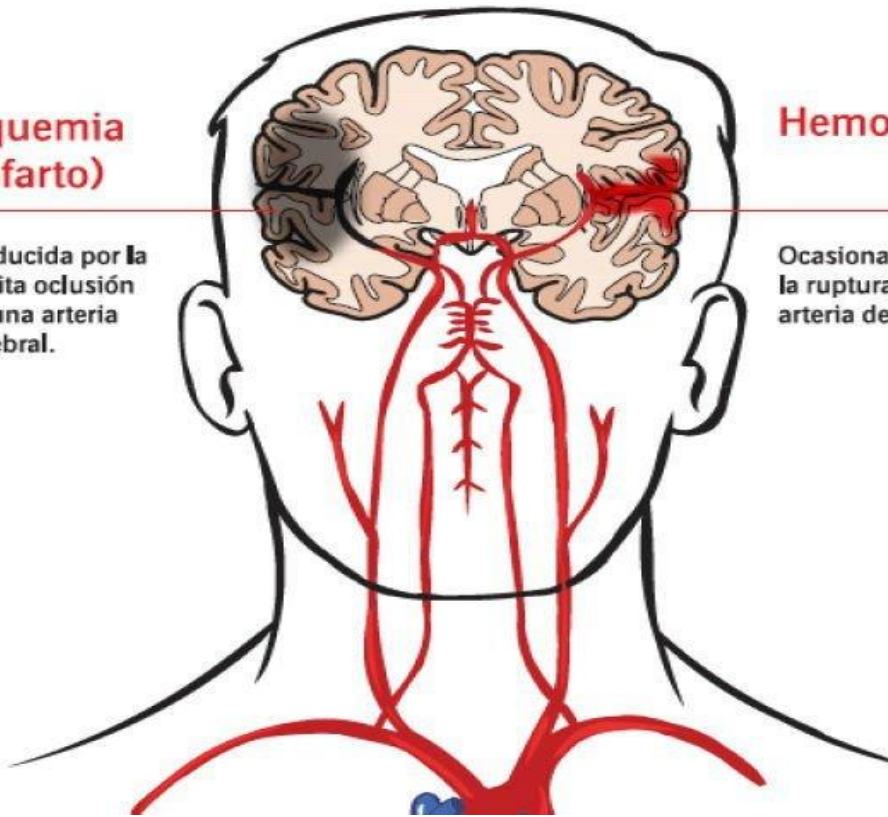


Isquemia (infarto)

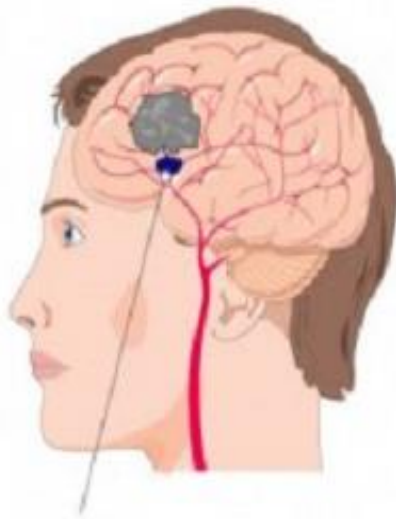
Producida por la súbita oclusión de una arteria cerebral.

Hemorragia

Ocasionada por la ruptura de una arteria del cerebro.

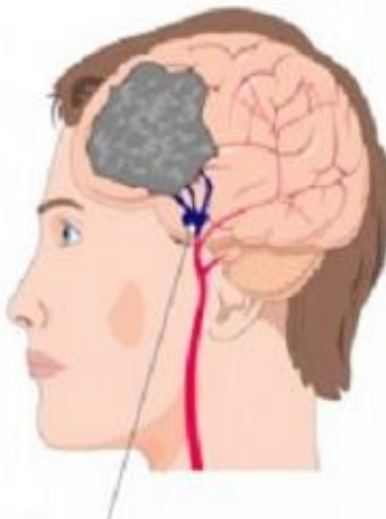


Trombosis 40 – 50 %
La interrupción del flujo sanguíneo afecta al cerebro.



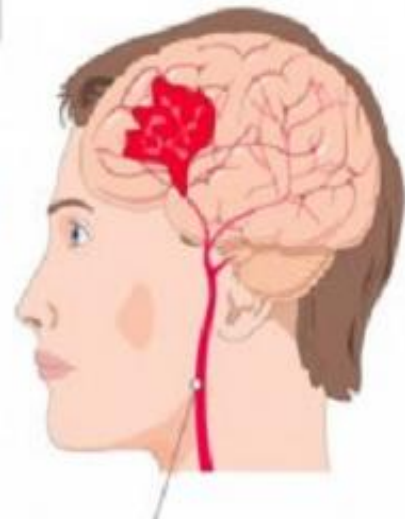
Trombo

Embolia 30 – 35 %
La interrupción del flujo sanguíneo afecta al cerebro.



Émbolo desprendido

Hemorragia 20 – 25 %
Derrame de la región cerebral.



Arteria carótida interna

