

00921
94



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"PROCESO DE ENFERMERIA. APLICADO A UN PACIENTE POST OPERADO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO".

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
SANDRA GUADALUPE JUAREZ OLIVERA

No. CTA. 9222923-9

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

REYES GOMEZ

DIRECTORA DEL TRABAJO: MTRA. EVA REYES GOMEZ



MEXICO, D. F.

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mis Padres:

*A quienes me han heredado
el tesoro más valioso que
puede dársele a una hija: Amor.*

*A quienes sin escatimar esfuerzo alguno;
han sacrificado gran parte de su vida
para formarme y educarme.*

*A quienes la ilusión de su vida
ha sido convertirme
en persona de provecho.*

*A quienes la ilusión de su vida
ha sido convertirme en persona de provecho.*

*A quienes no podré pagar sus noches de desvelo
ni aún con las riquezas más grandes del mundo.*

Por esto y más ... Gracias.

AGRADECIMIENTOS

En este día tan importante de mi vida en el cual he alcanzado metas profesionales y grandes satisfacciones personales en la Carrera de Enfermería, la cual deseo

Desempeñar con orgullo, dignidad y el mayor profesionalismo posible esperando

Que los conocimientos adquiridos por medio de mis profesores y dentro del campo

Clinico a lo largo de mi formación, me permitan brindar a todos los seres humanos

Que lo necesiten y/o requieran una atención integral y el apoyo que requieran en

Diferentes aspectos de la vida con el compromiso social ético y moral que debe tener

Alguien cuya función principal es el cuidado del ser humano.

Quiero dar las gracias a toda y cada una de las personas que colaboraron de alguna

U otra forma brindándome su apoyo para que yo pudiera realizar mi trabajo de Titulación. En especial quiero agradecer a mi asesora la Maestra Eva Reyes Gómez

Por su tiempo, amistad, paciencia y cordialidad que me ha brindado, a la Dra. Leora

Velásquez Pérez por su amistad, apoyo y asesoría técnica, al Sr. Heriberto Reyes O.

Por su apoyo y asesoría en el manejo de la computadora y presentación del trabajo, a mi familia por su apoyo y entusiasmo. Es por ello que les dedico este

trabajo de titulación dándoles mis más sinceras gracias por sus valiosas aportaciones para la elaboración y desarrollo de este trabajo.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

2

INDICE

Introducción	3
Objetivos	5
*General	
*Específicos	
Metodología	6
Marco Teórico Conceptual	7
1.-El Proceso de Enfermería	7
1.1.-Antecedentes y Aportaciones del Modelo Teórico de Virginia Henderson	10
2.-Hematoma Subdural Agudo	18
2.1.-Causas, incidencia y factores de riesgo	19
2.2.-signos y síntomas	20
2.3.-Exámenes de laboratorio y gabinete	22
2.4.-Tratamiento	23
2.5.-Pronóstico	26
2.6.-Complicaciones	27
2.7.-Síntomas de emergencia que son signo de complicaciones	29
2.8.-Hemorragia Subdural Aguda	29
2.9.-Síndrome de Herniación uncal	31
2.10.-Úlceras por presión	32
2.11.-Etiopatogenia	33
2.12.-Clasificación de los factores de riesgo en las úlceras por decúbito	34
2.13.-Localización	38
2.14.-Prevención	39
2.15.-Tratamiento	40
3.- Presentación del caso clínico aplicado a un paciente post operado de Hematoma Subdural Agudo	45
3.1.-Valoración de necesidades Básicas Humanas basadas en el Modelo Teórico de Virginia Henderson	51
3.2.-Plan de Cuidados de Enfermería aplicado a un paciente post operado de Hematoma Subdural Agudo	54
3.3.-Plan de Enseñanza	85
Glosario	90
Anexos	94
Conclusiones	95
Bibliografía	96

INTRODUCCIÓN

Los padecimientos neurológicos representan un problema de salud de gran importancia, debido a que condicionan un mayor aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad en la población.

El conocimiento de la estructura y dinámica de la población en la cual ocurren los daños a la salud es indispensable para ubicarlos en su real perspectiva.

El estar preparado para la atención del paciente en estado crítico, así como conocer el desarrollo de la enfermedad, sus factores de riesgo y las necesidades del paciente, es de gran importancia y debe ser el objeto primordial del personal de enfermería. El cuidado holístico que se le brinda al paciente neurológico nos permitirá satisfacer sus necesidades y en la medida de lo posible propiciar su independencia o bien ayudarlo a bien morir. Por otra parte, es importante señalar que el personal de enfermería que brinda atención a pacientes con enfermedades crónicas y alteraciones neurológicas deben tomar en cuenta que la valoración de enfermería, incluye la edad, el estilo de vida, las alteraciones sensorio perceptivas, el nivel de conciencia, la inmovilidad, los estados emocionales, las barreras lingüísticas, la historia previa de accidentes y el conocimiento y uso de precauciones de seguridad.

La actuación de enfermería comprende la educación sobre la prevención de accidentes y la modificación del medio para que éste sea seguro.

La elaboración de un Proceso de Enfermería es de gran importancia ya que permite realizar un Plan de Cuidados en el cual se identifican las necesidades del paciente y se buscan estrategias que permitan satisfacerlas.

El Modelo de Necesidades Básicas Humanas De Virginia Henderson el cual se tomó en consideración para aplicarlo en este Proceso de Enfermería aplicado a un paciente post operado de Hematoma Subdural Agudo es de gran utilidad al proporcionarnos las bases teóricas las cuales nos permitan, tomando en cuenta todas y cada una de las necesidades realizar una valoración de enfermería más completa; utilizar un enfoque

holístico e identificar las deficiencias y potencialidades de este tipo de pacientes, las cuales sirven de pauta a la enfermera para brindar sus cuidados, tratando en la medida de lo posible involucrar a la familia del paciente en su atención, cuidado y rehabilitación.

El proporcionar una atención de calidad y calidez nos da la oportunidad de disminuir los índices de morbi- mortalidad del paciente neurológico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Ejecutar un Proceso de Enfermería que me permita valorar y jerarquizar las intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención, cuidado y rehabilitación del paciente neurológico brindándole en todo momento una atención integral acorde a sus necesidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Elaborar diagnósticos de enfermería que involucren todas y cada una de las necesidades del paciente y además permitan implementar estrategias dirigidas a su satisfacción en la medida de lo posible.

Identificar las necesidades particulares del paciente tomando en cuenta su entorno emocional, económico, social y psicológico.

Implementar un plan de capacitación que involucre a la familia en el cuidado del paciente neurológico y le permita conocer sus necesidades y en la medida de lo posible ayudar a satisfacerlas.

METODOLOGIA

Se Seleccionó el expediente clínico para realizar un Proceso de Enfermería. El caso clínico seleccionado fue un paciente post operado de Hematoma Subdural Agudo. Para el estudio de este paciente se aplicó el Proceso de Enfermería basándose en el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson.

Se solicitó y revisó el expediente clínico para obtener información relacionada con el diagnóstico del caso clínico sujeto de estudio. La información relacionada con el paciente se obtuvo del expediente clínico y de los familiares a los cuales se les entrevistó.

Se recopiló información bibliográfica sobre la patología la cual se seleccionará a través de fuentes primarias , secundarias y directas. En las fuentes primarias se consultarán libros, revistas, etc., en las fuentes secundarias se utilizará información actualizada (internet), expediente clínico y en las fuentes directas se interrogará a los familiares. Se investigarán los antecedentes, ventajas, desventajas y aportaciones del Modelo Teórico de Virginia Henderson con el propósito de validar su aplicación en este modelo de enfermería.

Se identificarán y jerarquizarán las necesidades del paciente; con el propósito de elaborar un Plan de Cuidados que permita satisfacer dichas necesidades.

Elaborar un Plan de Enseñanza dirigido a los familiares del paciente con el propósito de capacitarlos en la atención y manejo del paciente una vez que este egrese a su domicilio.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.-EL Proceso de Enfermería.

El Proceso de Enfermería es una adaptación de las técnicas de resolución de problemas y la teoría de sistemas. Es un método racional para planificar y proporcionar cuidados. (Kozier,1993:185)

Su objetivo es identificar las necesidades de cuidados actuales o de riesgo de un cliente, para establecer planes y realizar acciones específicas que las cubran. Sus componentes básicos son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (Kozier,1993:181)

La **valoración** consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales, se obtienen de varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones de las fases siguientes. Para realizar este primer paso del procedimiento, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y entrevista. (Kozier,1993:185)

El **diagnóstico** es un proceso que tiene como resultado un informe de enfermería, el cual constituye una relación de las alteraciones, actuales o potenciales, del nivel de salud del cliente. El análisis lleva implícita una afirmación sobre las respuestas del cliente que las enfermeras están autorizadas a tratar. El diagnóstico de enfermería consiste en desarrollar una relación de problemas de salud reales y de riesgo del cliente, dar tratamiento a las reacciones del individuo que se incluyen en el diagnóstico.

La **planificación** implica una serie de fases, en las cuales la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas, para solucionar los problemas identificados, y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros del equipo de salud. En colaboración con el cliente, desarrolla acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.

La **ejecución** consiste en llevar a cabo el Plan de Cuidados. Durante esta fase la enfermera continúa recogiendo datos y validando un plan realizado. La recogida continua de información es esencial, no solo para descubrir los cambios en el estado del paciente, sino también para obtener aquellos datos que permitan la ejecución de los objetivos de la siguiente fase. Para validar el plan la enfermera determina:

- A) Si el Plan de Cuidados es realista y ayuda al cliente a lograr las respuestas o metas deseadas
- B) Si se han considerado las prioridades del cliente.
- C) Si el plan esta individualizado para cubrir las necesidades particulares de éste.

La **evaluación** permite valorar la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería y después se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad. Con frecuencia, estos estándares se refieren a criterios de evaluación. La enfermera determina en que medida los objetivos o las respuestas esperadas han sido alcanzadas, parcialmente alcanzadas o no conseguidas. Si los objetivos no se han conseguido, es imprescindible reajustar el Plan de Cuidados. Este reajuste debe implicar cambios en alguna o todas las fases del Proceso de Enfermería.

El Proceso de Enfermería está orientado hacia las metas, facilita la comunicación de las metas del cliente e individualiza los cuidados para facilitar la obtención de metas. (Kozier,1993:185)

El Proceso de Enfermería proporciona un marco de responsabilidad a las enfermeras.

❖ Finalidad del Proceso de Enfermería

- 1.- Proporcionar un marco para la planificación de los cuidados de enfermería**
- 2.-Personalizar los cuidados a fin de responder mejor a las necesidades de la persona.**
- 3.-Descubrir y maximizar los recursos de la persona, tanto los personales como los externos.**
- 4.-Planificar las intervenciones que permitan mantener a la persona en una situación óptima de bienestar e independencia.**
- 5.-Asegurar la continuidad de los cuidados a pesar de los diferentes turnos de trabajo, los cambios de equipo y las sustituciones. (M. Phaneuf,1999:57)**

1.1.-Antecedentes y aportaciones del Modelo Teórico de Virginia Henderson.

ENFERMERÍA: "La enfermería es la prestación de una ayuda holística a las personas en las actividades de auto cuidado relacionadas con su salud. Se trata de un proceso interpersonal e interactivo que aporta las fuerzas necesarias para impulsar el desarrollo, la liberación y la canalización de los recursos con que afrontar las consecuencias y en torno de cada uno. La meta que persigue es lograr un estado percibido de salud óptimo y de satisfacción". (Marriner,1999:393)

El marco teórico de la enfermería es el armazón que encuadra y delimita la existencia de una determinada forma de actuar. Trata de guiar la acción profesional en la función asistencial, docente, administrativa e investigadora. Este está constituido por:

- Ideas y conceptos inherentes a la propia disciplina.
- Ideas y conceptos seleccionados entre otras áreas o disciplinas de la ciencia. (Prado Lagunas,1998:224)
- ❖ Supuestos Básicos de las Teorías de Enfermería

El hombre necesita la enfermería

El hombre tiene capacidad propia para mejorar su estado de salud

Los conocimientos de la enfermería a lo largo de la historia se han relacionado con la salud y la enfermedad.

El hombre interacciona constantemente con el entorno.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Mejorar la salud es una meta de los cuidados de enfermería.

La salud es un valor positivo en la sociedad.

❖ **Objetivos de los Modelos de Enfermería**

- Formular una Legislación que regule la práctica y la formación en enfermería.
- Desarrollar reglamentos que interpreten las leyes en las prácticas de enfermería con el fin que el profesional de enfermería, comprenda mejor las leyes.
- Desarrollar el programa de estudios para la formación de la enfermería.
- Establecer criterios para medir la calidad de la asistencia, formación e investigación en enfermería.
- Orientar el desarrollo de diferentes sistemas de proporcionar cuidados de enfermería.
- Proporcionar conocimientos para la administración, práctica, formación e investigación en enfermería.
- Identificar las competencias y objetivos en enfermería.
- Orientar la investigación con el fin de establecer una base empírica de conocimientos de enfermería .Página escrita por José Raúl Duenas Fuentes :<http://www.com.mx://teeline.Terra.es/persona/duenas/teorias2htm>

El Modelo de Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson, parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería y tiene su base común en las necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo de acción enfermera basada en la teoría de la motivación y la personalidad de Maslow.

- ❖ Los elementos más importantes de esta teoría de necesidades son:
- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de salud.

En el Modelo de Necesidades Básicas Humanas de Virginia Henderson, se observa una similitud con la escala de necesidades de Maslow. Las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, la octava y novena, relacionadas con la seguridad, la décima, relacionada con la propia estima. La onceava con la pertenencia y la doceava y catorceava, relacionadas con la auto realización.

Partiendo de la teoría de las necesidades básicas humanas, Virginia Henderson identifica 14 necesidades básicas humanas fundamentales que comparten los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ella factores físicos, psicológicos y sociales. Página escrita por José Raúl Duenas Fuentes:<http://www.com.mx://.Terra.es/persona/duenas/teorias2htm>.

Las Necesidades Básicas Humanas según Henderson son:

- 1.-Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
- 3.-Eliminar los desechos del organismo.
- 4.-Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.-Descansar y dormir.
- 6.-Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
- 7.-Mantener la temperatura corporal y un buen aspecto y protección de la piel seleccionando la ropa y modificando las condiciones del ambiente.
- 8.-Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y protección de la piel.
- 9.-Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
- 10.-Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones.
- 11.-Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12.-Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
- 13.-Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
- 14.-A prender a descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto hace falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen problemas de salud (dependiente).

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a falta de conocimiento. (Marriner,1999:102)

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina "cuidados básicos de enfermería". Estos cuidados básicos, se aplican a través de un Plan de Cuidados de Enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

- ❖ Henderson describe la relación enfermera-paciente destacando tres niveles de intervención:
- Como sustituta
- Como ayuda
- Como compañera

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite realizar el trabajo de enfermería por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades básicas humanas.

❖ Definición de Henderson de los cuatro conceptos básicos del Metaparadigma de Enfermería:

➤ **PERSONA.** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud o independencia o una muerte en paz. La persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal, física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. Tanto el individuo sano como el enfermo anhela el estado de independencia. Tienen una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesitan fuerza, deseos. Conocimientos para realizar actividades necesarias para una vida sana.

➤ **ENTORNO.** Incluye relaciones con la propia familia; así mismo incluye las responsabilidades de la continuidad de proveer cuidados.

➤ **SALUD.** La calidad de la salud, más que la vida en sí misma. Es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida cotidiana. (Prado Lagunas, 1998:224)



Virginia Henderson

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* Henderson define la enfermería en términos funcionales como:

"La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad y el conocimiento necesario; y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible ". (Marriner,1999:393)

❖ Virginia Henderson: Modelo Complementario Suplementario.

- ✓ **Objetivo de enfermería:** Independencia en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales de los seres humanos.
- ✓ **Cliente:** Es un ser total completo e independiente que tiene catorce necesidades fundamentales: respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender.
- ✓ **Rol de la enfermera:** Papel complementario para mantener o restaurar la independencia al satisfacer las catorce necesidades fundamentales del paciente.
- ✓ **Fuente de dificultades por parte del paciente:** Falta de fuerza de voluntad o de conocimiento.
- ✓ **Fases de intervención:** El déficit del que emana la dificultad.

- ✓ **Tipos de intervención:** Acciones para recolocar, complementar, sustituir, añadir, reforzar o aumentar la fuerza, la voluntad o el conocimiento.

- ✓ **Consecuencias de la actividad de enfermería:**

1.-Aumento de la independencia para satisfacer las catorce necesidades fundamentales del cliente.

2.- Muerte tranquila.

La visión que la enfermera tiene sobre el ser humano influye en las atenciones que proporciona; aunque la mayoría de las profesiones reconocen que los seres humanos son seres biopsicosociales, difieren su visión de los seres humanos como beneficiarios de servicios de enfermería. Las enfermeras teóricas han desarrollado éstos puntos de vista, a partir de las teorías de sistemas de adaptación e interactivos.

El conocimiento de las necesidades básicas proporciona un marco en el poder aplicar el Proceso de Enfermería a nivel individual y familiar. Las catorce necesidades básicas sirven como marco para la valorización, priorización de problemas y la planificación de las actuaciones de enfermería. (Kozler,1993:66).

2.-Hematoma Subdural Agudo.

Definición: Es un trastorno cerebral que consiste en la acumulación de sangre, entre las membranas interiores y exteriores que recubren el cerebro y en el cual los síntomas aparecen, generalmente, poco tiempo después de haber sufrido una lesión en la cabeza.

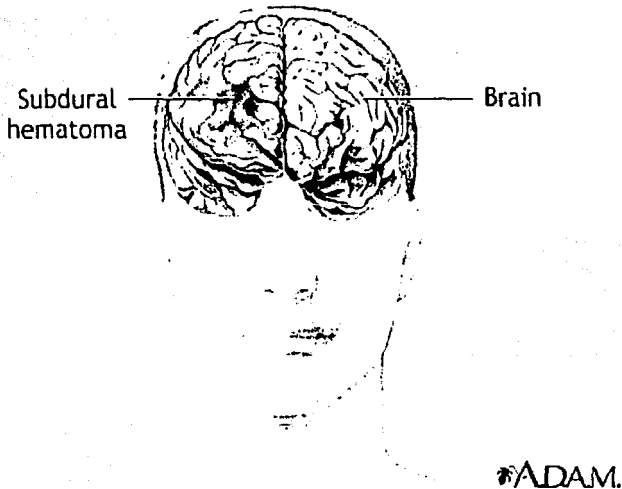


Imagen de un Hematoma Subdural Agudo no traumático

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

2.1-Causas, incidencia y factores de riesgo.

Subdural significa " debajo de la duramadre " membrana exterior que cubre el cerebro. El hematoma subdural se desarrolla cuando las venas localizadas entre las membranas que recubren el cerebro (meninges) filtran sangre después de una lesión en la cabeza. La sangre se acumula en una masa (hematoma) que comprime los tejidos del cerebro; dicha presión causa daños en el tejido cerebral y pérdida de la función de éste, que puede empeorar progresivamente a medida que el hematoma se agranda y aumenta la presión intracraneana. La lesión y la acumulación de sangre produce inflamación en los tejidos cerebrales lo cual produce edema.

El hematoma subdural agudo progresa rápidamente con la aparición de los síntomas dentro de las primeras 24 horas de haberse presentado la lesión, presentando un deterioro rápido. Página escrita por José Raúl Duenas Fuentes :<http://www.com.mx://teleline.Terra.es/persona/duenas/teorias2htm>

Los riesgos incluyen lesión de la cabeza, ser una persona muy joven o anciana, el consumo crónico de aspirina, medicamentos anticoagulantes, alcoholismo, atrofia cerebral, desviaciones ventriculares o hemodiálisis crónica. Más del 50 % de los hematomas subdurales agudos son causados por ruptura de venas superficiales cerebrales y sus vainas aracnoidales en las cercanías de los senos venosos de la convexidad.

Este tipo de hematoma puede ser bilateral en 8 al 30 % de los casos. Puede estar asociado en el 25 % de los casos a lesiones corticales y en el 21 % a ruptura de venas puente, (comunican la circulación cortical con los senos venosos). La incidencia de esta lesión está en el 5-10 % de los traumatismos craneoencefálicos. (Micheli y Pardal,1996:273).

La mortalidad por el hematoma subdural agudo es de 25 a 90 % y esta cifra alta depende de la frecuencia de lesión concomitante directa del encéfalo. Si el sujeto no tiene una lesión primaria, la mortalidad por el hematoma subdural está en función directa de la edad y del estado neurológico del paciente y del tiempo que ha transcurrido desde el traumatismo hasta la evacuación quirúrgica del cúmulo de sangre. (Tratado de Patología Quirúrgica,1998:1405)

2.2-Signos y síntomas.

- Pérdida del estado de conciencia después de la lesión original
- Dolor de cabeza constante o fluctuante
- Pérdida o disminución de la agudeza visual
- Endoftalmos
- Ptosis parpebral
- Estesias o parestesias
- Pérdida de propiocepción
- Dilatación pupilar unilateral
- Confusión
- Déficit motor
- Pérdida de la memoria

- Disartria
- Anomia
- Convulsiones focales o crisis convulsivas tónico clónico generalizadas
- Papiledema
- Hemiparesia o Hemiplejia
- Reflejo de babinski positivo
- Hipertensión endocraneana e intracraneana :Disminución del nivel de conciencia, (Triada de Cushing:bradicardia, bradipnea, hipertensión sistólica), disminución de reflejos del tronco cerebral, papiledema postura de descerebración, diferencia del tamaño de las pupilas, vómito en proyectil, hiporreflexia pupilar, alteración del patrón respiratorio, cefalea.
- Trastornos pupilares: (miosis, midriasis unilateral o bilateral). (Huddleston, 1994: 177).

Cuando existen lesiones en el tallo encefálico que dañan cantidades importantes de la formación reticular en la parte superior del puente y del mecen céfalo se produce coma.

En las contusiones del tronco cerebral se produce: hemidescerebración repentina o descerebración bilateral repentina, alteraciones vegetativas importantes(elevación térmica, taquicardia, inestabilidad tensional), modificaciones pupilares repentinas: midriasis unilateral y/o miosis bilateral. (Manter y Gatz,1998:143).

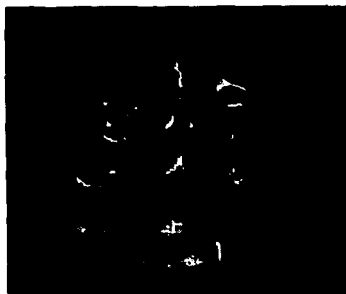


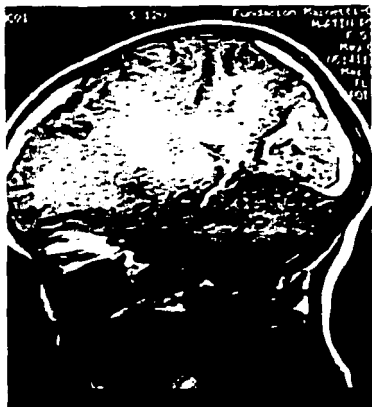
Imagen del Hematoma Subdural Agudo con signos de Hemorragia a nivel ventricular.

2.3-Exámenes de laboratorio y gabinete.

El hematoma subdural agudo se diagnostica una vez que el médico haya descartado otras posibles causas de los síntomas que ocurren después de una lesión en la cabeza; como la hemorragia intracerebral.

El examen puede mostrar déficit neurológico focalizado, cambios específicos de la función cerebral tales como la disminución del movimiento o la sensibilidad. Los reflejos pueden ser anormales y puede haber signos de aumento de la presión intracraneana. El examen puede revelar la necesidad de una cirugía de emergencia para disminuir la presión intracraneana.

Una tomografía computarizada confirma el diagnóstico y determina la localización exacta del hematoma. Página escrita por José Raúl Duenas Fuentes: <http://www.com.mx://teletelne.Terra.es/persona/duenas/teorias2htm>.



Tomografía Axial Computarizada que muestra una imagen del Hematoma Cerebral con ruptura en el Sistema Ventricular.

2.4-Tratamiento.

Los objetivos del tratamiento son medidas de salvamento (soporte ventilatorio y circulatorio) control de los síntomas y disminución o prevención del daño permanente en el cerebro. Los medicamentos prescritos varían de acuerdo con el tiempo de gravedad de los síntomas y el alcance del daño cerebral que se presente. Los corticosteroides como la dexametasona, se utilizan para reducir la inflamación y el edema cerebral, los diuréticos para disminuir el edema y los anticomisiales tales como la fenitoína, se pueden utilizar para prevenir y controlar las convulsiones.



Imagen del Procedimiento Quirúrgico denominado Craniectomía

Para reducir la presión del cerebro se puede utilizar una cirugía (descompresión de hematoma por craniectomía) de emergencia. De igual manera se deben extraer los coágulos sólidos de sangre. (Huddleston,1994:178).

Craniectomía. La craneotomía es la extirpación (ectomía) de una porción de los huesos del cráneo (cranium). Para tener acceso al encéfalo, es necesario perforar a través de uno o más orificios de trépano o taladro. Los orificios tienen unos 13 mm de diámetro. A través de ellos se realizan algunos métodos diagnósticos y terapéuticos. Este acceso a la cavidad craneana, a través de los orificios del trépano o del conducto de sus tapones, se pueden usar post operatoriamente para establecer drenaje de líquidos o administración de medicamentos.

El hematoma subdural agudo puede detectarse en primer lugar por medio del orificio de trépano, pero su consistencia viscosa obliga a realizar una craniectomía de mayor tamaño o una craneotomía para su extracción completa. Por lo regular el hematoma subdural se evacua por un colgajo a manera de signo de interrogación que comienza en el oído y continúa hasta la línea media.

**TESIS C. N.
FALLA DE ORIGEN**

Craneotomía. Se levantan colgajos del cuero cabelludo, hueso y duramadre, para exponer un área amplia del cerebro, con objeto de practicar una exploración, establecer un tratamiento definitivo o la extirpación de lesiones dentro del encéfalo.

El colgajo óseo se invierte como en el caso de la craniectomía. Los colgajos de cuero cabelludo y óseo se protegen con compresas húmedas. El colgajo de duramadre se protege a su vez con compresas grandes de algodón. Para cerrar la herida, el colgajo dural, que es delgado, pero fibroso y duro, se coloca sobre el encéfalo. Originariamente se aplican abundantes puntos de sutura para asegurar un sellado correcto y evitar la filtración de líquido cefalorraquídeo.

Después de la craneotomía suele colocarse en el espacio subdural un drenaje de caucho y silicona para aspiración, con objeto de drenar líquido residual de un hematoma subdural o del lecho de un tumor encefálico, o para extraer hemátiles de líquido cefalorraquídeo. La descompresión subdural por medio de craneotomía suele ser el tratamiento eficaz y paliativo de elección para reducir la presión intracraneana y el edema papilar. (Atkinsón,1990:354)

❖ Objetivo de los cuidados del paciente.

- 1.-Tratar el aumento de la presión intracraneana elevando la cabecera de la cama, aflojando cualquier prenda u objeto apretado alrededor del cuello que pudiera impedir un adecuado retorno venoso.
- 2.-Mantener la tensión arterial dentro de límites normales, dado que tanto la hipotensión como la hipertensión pueden aumentar el edema cerebral.
- 3.-Mantener una temperatura corporal adecuada para prevenir la hipertermia, la cual aumenta las demandas metabólicas.
- 4.-Administrar diuréticos y glucocorticoides para disminuir el edema cerebral y la presión intracraneana.

5.-Administrar agentes paralizantes para disminuir la respuesta de los músculos respiratorios y disminuir el riesgo de hipertensión intracraneana; el paciente debe estar intubado y ventilado mecánicamente.

6.-Monitorizar las mediciones de gasometría arterial para mantener los niveles de presiones parciales de dióxido de carbono en sangre arterial por debajo de 35mm Hg; ya que las cifras superiores a éstos niveles producen un aumento en la presión intracraneana. (Huddleston,1994:225-26).

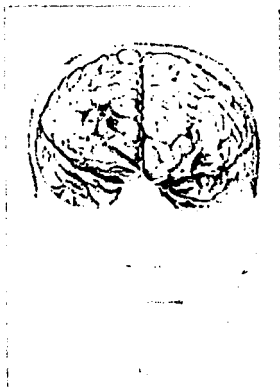
2.5-Pronóstico.

El hematoma subdural agudo progresa rápidamente y tiene un alto índice de mortalidad; incluso con el tratamiento oportuno, debido al rápido e incontrolable aumento de la presión intracraneana. Los síntomas como las convulsiones pueden persistir a veces por varios meses después del tratamiento y su inicio puede darse hasta 2 años después de presentarse la lesión. En los adultos la mayor parte de la recuperación tiene lugar en los primeros 6 meses, con alguna mejoría en un periodo aproximado de 2 años. Página escrita por José Duenas Fuentes:
<http://www.com.mx://teeline.Terra.es/persona/duenas/teorias2htm>

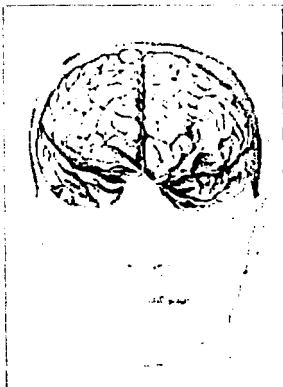
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

27

Antes



Después



Imagenes del Hematoma Subdural Agudo pre y post operatorio.

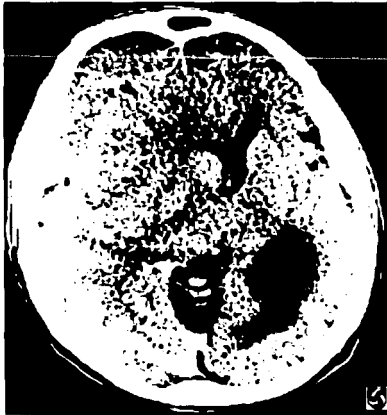
2.6-Complicaciones.

Daño cerebral permanente. Producido por la herniación de los contenidos intracerebrales, lo cual produce el desplazamiento de tejido de un compartimiento del cerebro y produce presión sobre los vasos cerebrales y los centros de función vital del cerebro.

Convulsiones. Es la complicación más frecuente en los pacientes con hematoma subdural agudo; aún después de haber recibido un tratamiento adecuado.

Herniación cerebral. Producida por el desplazamiento del lóbulo temporal originando aplastamiento del mesencéfalo; lo cual ocasiona pupilas fijas y dilatadas, flacidez y paro respiratorio.

Síntomas persistentes tales como: pérdida de la memoria, mareos, cefalea, ansiedad, dificultad para concentrarse. A medida que pasa el tiempo la aparición de reflejos posturales patológicos, trastornos pupilares y neurovegetativos serán la expresión de un compromiso progresivo del tronco cerebral. (Micheli y Pardal, 1996:273-75).



Hematoma Subdural Agudo con efecto de masa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.7-Síntomas de emergencia que son signo de complicaciones.

Convulsiones

Dificultad respiratoria

Cambios pupilares

Son complicaciones que se producen cuando existen lesiones en el tallo encefálico que dañan cantidades importantes de la formación reticular y en la parte superior del puente y del mesencéfalo. (Micheli y Pardal,1996:273-75).

2.8-Hemorragia Subdural Aguda.

La hidrocefalia es la complicación tardía que habitualmente se produce después de una hemorragia subaracnoidea. La sangre que circula por el espacio subaracnoideo es absorbida por las vellosidades aracnoideas, pudiendo obstruirlas y reducir la absorción de líquido cefalorraquídeo. Con el tiempo el aumento del líquido cefalorraquídeo en el espacio intracraneal origina la hidrocefalia comunicante. (Urder,1998:302).

La Hemorragia Subdural Aguda proviene del desgarro de venas de drenaje cerebrales que atraviesan el espacio subdural, desde la cabeza hasta los senos de la duramadre. Este desgarro se produce con más frecuencia durante el movimiento cerebral relativo, dentro de la cavidad craneana, en impactos que suele asociarse, en casos de contusión cerebral, la hemorragia producida por el desgarro de las arterias y las venas corticales de la zona contundida.

En la Hemorragia Subdural Aguda de instauración rápida a la que se le suma una grave contusión cerebral y hemorragias del tronco cefálico, el traumatizado presenta rápidamente signos deficitarios neurológicos y corticales. En las más graves se produce rápidamente (4-6 horas) signos de compresión cerebral, pérdida de reflejos basales, dilatación pupilar, depresión respiratoria, etc., con isquemia y anoxia cerebral

siendo el pronóstico grave de no actuar rápidamente.(Biblioteca Internacional de la Enfermería,1997:25).

En la hemorragia intracerebral existe extravasación de la sangre en el interior de tejido cerebral, lo que origina su destrucción, edema cerebral y aumento de la presión intracraneana. (Urder,1998:303).



Tomografía Axial Computarizada de un Hematoma Subdural Agudo. El espacio subdural izquierdo en la fotografía muestra hipodensidad, comparado con el cráneo vecino.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2.9-Síndrome de Herniación Uncal.

Es el síndrome de herniación más frecuente. Si la herniación uncal es unilateral por una lesión expansiva habitualmente localizada en el lóbulo temporal, se produce un aumento de la presión intracraneana, lo que causa un desplazamiento lateral de la punta del lóbulo temporal (uncus). El desplazamiento lateral empuja el uncus sobre el eje del entorino, ejerce presión en el nervio oculomotor (par craneal 3) y en la arteria cerebral posterior y aplasta el mesencéfalo contra el lado opuesto.

Las manifestaciones clínicas de la herniación uncal incluyen: dilatación pupilar, disminución del nivel de conciencia, cambios en el patrón de respiración que conduce al paro respiratorio, hemiplejía contralateral que origina postura de decorticación o descerebración. Si no se controla la herniación uncal produce pupilas fijas y dilatadas, flacidez y paro respiratorio.

La herniación de los contenidos intracerebrales les produce el desplazamiento de tejido de un compartimiento del cerebro a otro, y produce presión sobre los vasos cerebrales y los centros de función vital del cerebro. Si no se controla, la herniación causa rápidamente la muerte ya que se detienen el flujo sanguíneo cerebral y la respiración.

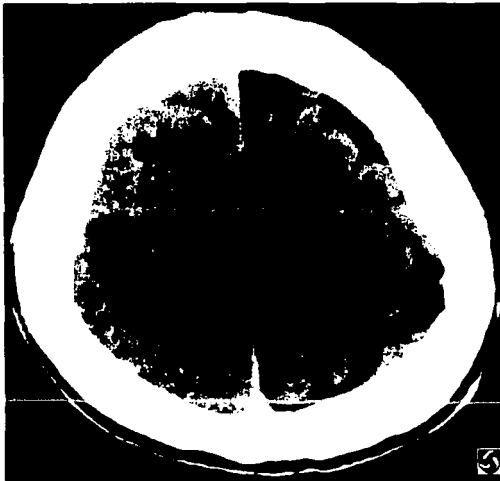


Imagen de una Tomografía Axial Computerizada la cual muestra hemorragia e hipertensión intracranéana.

2.10 Úlceras por Presión.

Una de las complicaciones más frecuentes que el personal de enfermería debe evitar a través del cuidado y vigilancia continua del paciente con alteraciones neurológicas, es la aparición de las úlceras por presión; ya que éstas condicionan un mayor riesgo de infección en este tipo de pacientes. A continuación se describe este problema potencial de los pacientes inmovilizados y con déficit nutricional.

Definición: Zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, una de las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa. Afecta al 9 % de los pacientes ingresados en instituciones geriátricas. (Biblioteca Internacional de la Enfermería,1997:61).

2.11-Etiopatogenia.

Se produce por una presión extrema prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana muscular, lo que origina vasodilatación en esa zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión no disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración.

Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios. (Biblioteca Internacional de la Enfermería,1997:61).

❖ ETAPAS

I.-Área de la piel roja, rosa profundo o moteada. Puede sentirse más caliente y firme, estirada y tensa sobre el área. No palidece al hacer presión con el dedo. El eritema permanente durante la mitad del tiempo que el área estuvo sometida a presión.

II.- Pérdida parcial de espesor de la piel que afecta la epidermis o la dermis. La piel aparece con ampollas o esfacelada, tiene un cráter poco profundo. El área circundante está enrojecida y es probable que se sienta más caliente de lo normal.

III.- La piel está ulcerada. Hay una úlcera con forma de cráter y el tejido subcutáneo subyacente está implicado en el proceso destructivo. La úlcera puede estar o no infectada, sin embargo en esta etapa casi siempre hay infección bacteriana que es responsable de la erosión persistente de la úlcera y de que haya secreción.

IV.- Hay una ulceración profunda con necrosis que afecta hasta la capa muscular profunda y posiblemente hasta el tejido óseo. En este punto la úlcera casi siempre muy afectada puede estar seca, de color negro y cubierta con una acumulación de tejido muerto o necrótico, cubierta de células muertas húmedas secretantes y exudado purulento. (Urder,1998:263).

2.12.-Clasificación de los factores de riesgo en las Úlceras por presión.

- Fisiopatológicos:

-Lesiones cutáneas

-Trastornos en el transporte de oxígeno

- Estasis venosa

-Trastornos cardiopulmonares

- Deficiencias nutricionales (desnutrición, obesidad, hiponatremia, deshidratación)
- Trastornos inmunológicos (cáncer, infecciones)
- Alteraciones del estado de conciencia (estupor, confusión, coma)
- Deficiencias motoras (paresias, parálisis)
- Deficiencias sensoriales (pérdida de la sensibilidad)
- Alteraciones de la eliminación (incontinencia urinaria e Intestinal)
- Derivados del tratamiento:
- Inmovilidad impuesta (dispositivos, tracciones, respiradores)
- Tratamiento con fármacos de acción inmunosupresora (radioterapia, corticoides, citostáticos).

- Temperatura corporal. La piroxia aumenta el metabolismo corporal, lo que aumenta la necesidad de oxígeno de las células. Esta mayor necesidad de oxígeno se puede observar en las células de la zona que soporta la presión, ya que de por sí presenta déficit de oxígeno. Por este motivo, las infecciones graves que cursan con fiebre pueden afectar a la capacidad del organismo para superar los efectos de la compresión de los tejidos.
 - Situacionales:
- Inmovilidad (relacionada con fatiga, estrés, etc.,)

-Inmovilidad (relacionada con fatiga, estrés, etc..)

-Arrugas en ropa de cama

-Movilidad. En circunstancias normales las personas, se mueven cuando la presión sobre un punto determinado del cuerpo les hace sentirse incómodas. Las personas sanas raramente exceden su tolerancia a la presión. Sin embargo la parálisis, los trastornos sensoriales, la debilidad extrema, la apatía y la falta de lucidez mental afecta la respuesta del individuo a la presión.

- Del desarrollo:

-Ancianos (pérdida de la elasticidad de la piel, resequedad, movilidad restringida)

- Del entorno:

-Falta de educación sanitaria a los pacientes

-Falta de criterios unificados en la planificación de las curaciones por parte del equipo de salud

-Sobrecarga de trabajo del profesional Página escrita por José Raúl Duenas Fuentes:
<http://www.com.mx://teleline.Terra.es/persona/duenas/teorias2htm>

- Otros factores que contribuyen a la formación de úlceras por decúbito son la mala mecánica corporal, las posiciones incorrectas, las inyecciones repetidas en un mismo punto, las superficies duras y la aplicación incorrecta de dispositivos para aliviar la presión. (Kozier,1997:908).

❖ **PACIENTES EN RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR DECÚBITO:**

- Los que tienen parálisis cerebral o de médula espinal. La tasa de incidencia de éstas personas es del 80 % debido a su extensa pérdida de función sensorial o motora.
- Los que tienen una disminución del nivel de conciencia, por ejemplo., los pacientes inconscientes o muy sedados. En estos pacientes, las percepciones normales que estimulan los cambios de posición están reducidas o ausentes.
- Los que están desnutridos y cuya dieta es insuficiente en proteínas y vitamina C. La buena nutrición promueve el mantenimiento y la cicatrización del tejido normal.
- Los que tienen más de 85 años de edad. Estos pacientes tienen con más frecuencia problemas con la movilidad y la incontinencia y generalmente son delgados. El sistema circulatorio de los clientes ancianos es menos capaz de llevar los nutrientes esenciales de la piel.

2.14-Prevención.

❖ Cuidados Específicos.

1.- Piel.

- Examinar el estado de la piel diariamente.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcohol.
- Aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
- Utilizar ropa interior de materiales absorbentes y naturales.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores.
- No realizar masaje sobre prominencias óseas.

2.-Incontinencia.

- Tratamiento de la incontinencia.
- Reeducación de esfínteres.

3.-Movilización.

- Elaborar un Plan de Rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.
- Realizar cambios posturales cada dos a tres horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.

- Mantener el alineamiento corporal, la distribución de peso y el equilibrio.
- Evitar el contacto directo con las prominencias entre sí.
- Utilizar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: (colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, etc.,).

❖ Cuidados Generales.

Dar tratamiento a aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión:

- Alteraciones respiratorias.
- Alteraciones circulatorias.
- Alteraciones metabólicas.
- Identificar y corregir los diferentes déficits nutricionales (calorías, proteínas, vitaminas y minerales).
- Asegurar un estado de hidratación adecuado.

2.15-Tratamiento.

- ❖ Las directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión son:
- ✓ Valoración inicial del paciente. La evaluación integral al paciente con úlceras por presión precisa de una valoración en tres dimensiones: estado del paciente, la lesión y su entorno de cuidados .

-Historia y examen físico completos, prestando atención especial a: factores de riesgo de las úlceras por presión (inmovilidad, incontinencia, nutrición y nivel de conciencia).

-Identificación de enfermedades que puedan interferir en el proceso de curación(alteraciones vasculares y del colágeno, metabólicas, respiratorias, inmunológicas, procesos neoplásicos, psicosis, depresión).

-Identificar estados de malnutrición (calorías, proteínas, niveles de albúmina sérica, vitaminas, minerales, etc..).

-Valorar el entorno de cuidados (valoración de actitudes, habilidades, conocimientos y posibilidad del entorno cuidador).

-Alivio de la presión en los tejidos (Aliviar la presión supone evitar la isquemia tisular, aliviando de esta manera, la viabilidad de los tejidos blandos y situando la lesión en unas condiciones óptimas para su curación).

-El profesional deberá considerar varios factores cuando selecciona una superficie de apoyo, incluyendo la situación clínica del paciente, las características de la institución o del nivel asistencial y las propias características de esa superficie de apoyo.

✓ Cuidados generales (prevención de nuevas lesiones)

-Una parte importante de la cicatrización de éstas es local y ocurre incluso con disfunciones nutricionales, aunque la comunidad científica admite que una situación nutricional deficiente, produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas.

✓ -Cuidados de la úlcera (debridamiento quirúrgico).

-El debridamiento quirúrgico es un procedimiento cuento que requiere de conocimientos, destreza y de una técnica y material estéril. Está considerado como la forma más rápida de eliminar escaras adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo. La hemorragia puede ser una complicación frecuente que se puede controlar generalmente mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, etc.

-Colonización e infección bacteriana en las úlceras.

-La infección de una úlcera puede estar influenciada por factores propios del paciente (déficit nutricional, obesidad, fármacos, inmunosupresores, citotóxicos, enfermedades concomitantes, diabetes, neoplasias, edad avanzada, incontinencia, etc.,) y otros relacionados con la lesión (estadio, existencia del tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones, alteraciones circulatorias en la zona, etc.).

✓ Cuidados paliativos en las úlceras por presión.

-El que un paciente se encuentre en estado terminal de su enfermedad no justifica el que se haya de claudicar el objetivo de evitar la aparición de las úlceras por presión. En el caso de que el paciente presente úlceras por presión se deberá de actuar:

-Planteando objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando en lo posible técnicas agresivas.


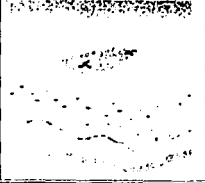



-Mejorando el bienestar del paciente, evitándole dolor e intentando controlar, de existir, el mal olor de las lesiones (mediante apósitos de carbón activado, gel de metamisol, etc.).

✓ **Evaluación.**

-El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el cuidado de las úlceras por presión.

-Es necesario establecer un programa de calidad con el objeto de mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar un trabajo en equipo y permitir evaluar la práctica asistencial.

-Los resultados de los cuidados pueden medirse en base a la incidencia y prevalencia de las úlceras por presión. Página escrita por José Raúl Duenas
Fuentes:<http://teleline.Terra.es/persona/duenas/teorias2htm>

ETAPAS	SIGNOS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
	Pre úlcera Epidermis intacta adherente y eritema que desaparece al aliviar la presión	Apósitos transparentes Apósitos hidrocoloides Apósitos de poliuretano	Prevención y protección de la zona enrojecida .
	Epidermis intacta y adherente . Posible existencia de edema y/o eritema que disminuirá si se presiona y que tiene más de 15 mm. de diámetro	Apósitos hidrocoloides Apósitos hidrogeles Apósitos de espuma	Absorben los exudados . Ambiente húmedo .
	Equimosis cardenal en el tejido o en una ampolla o coloración oscura debajo de la piel de más de 5mm de diámetro . También una ampolla clara de más de 15 mm. de diámetro .	Apósitos hidrocoloides Pasta o gránulos hidrocoloides Hidrogeles	Permiten rellenar la cavidad absorbiendo mejor el exudado
	Úlceras superficiales abiertas , posibles lesiones en la dermis e hipodermis , pero coloraciones oscuras de más de 5 mm de diámetro	Desbridamiento quirúrgico . Enzimas : estreptoquinasa y estreptodomas Dextranómero Yodocadexómero Apósitos hidrocoloides	Activan la fibrinolisis Eliminan los exudados y las bacteria por acción capilar .
	Úlcera por presión profunda y con exposición de víscera , hueso o tendón	Cirugía Dextranómero Yodocadexómero	Curas cada 24 horas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

❖ Imagen de la evolución de los estadios de las úlceras por presión.

3.- Presentación del caso clínico aplicado a un paciente post operado de Hematoma Subdural Agudo.

Paciente: Ignacio Ramos Soto

Fecha de nacimiento: 18- mayo-1921

Domicilio: Huetzín # 2 Santa Isabel Tola Delegación Gustavo A. Madero.

Edad: 82 años

Peso: 50 kgr

Talla: 1.75 cm

Estado Civil: Casado

Ocupación: Ebanista

Escolaridad: Segundo año de primaria.

Fuente de información: Familiares y expediente clínico

Referido por: Instituto Nacional de Cardiología " Ignacio Chávez "

Motivo de Consulta: Hemorragia Cerebral

Diagnóstico Médico: Deterioro rostro caudal por hernia uncal

Hematoma Subdural Agudo

Estado Vegetativo

Signos Vitales: FC: 70 x'

FR 18 x'

T/A: 110/80 mm Hg

T: 35.8°C

AHF: Padre con cirrosis hepática

Hermano con cáncer renal

Tíos maternos con EVC

APNP: Tabaquismo positivo por 20 años (20 cigarros diariamente).Suspendido hace 10 años.

Alcoholismo positivo por 20 años (diariamente llegando a la embriaguez). Suspendido hace 10 años.

Alérgico a la penicilina

Transfusiones positivas hace 2 años por cirugía del corazón

APP: Cardiopatía Isquémica

Infarto Agudo al Miocardio

Colocación de válvula aórtica y marcapaso definitivo

Hace 2 años traumatismo craneoencefálico sin secuelas aparentes

Padecimiento Actual. Lo inicia el 02-octubre-2001 a.m. cuando encontrándose despierto y platicando presenta en forma súbita cefalea intensa a nivel frontal, náuseas sin llegar al vómito, palidez, diaforesis, sin pérdida del estado de alerta, con disminución generalizada del tono muscular y pobre emisión del lenguaje. Es llevado al Instituto Nacional de Cardiología en donde es intubado y trasladado a este instituto llegando con datos de descerebración bilateral y hernia uncal izquierda por lo que es sometido a craneotomía y drenaje de hematoma. Es egresado a la Unidad de Terapia Intermedia en muy malas condiciones.

El paciente posteriormente de salir de quirófano se encontró en coma con persistencia de reflejos de tallo y automatismo ventilatorio. Posteriormente hubo progresión del deterioro rostro caudal entrando en estado vegetativo persistente, con apertura ocular espontánea, sin respuesta verbal, respuesta motora mínima, dependiente del ventilador; dado su estado es necesario realizarle gastrotomía.

El paciente durante su estancia hospitalaria desarrolla neumonía nosocomial, escaras y dependencia del ventilador.

Paciente somnoliento con presencia de episodios del estado de despierto, ocasionalmente con desviación de la mirada conjugada a la izquierda, con midriasis hiporrefléctica izquierda y pupila de ojo derecho con respuesta a la luz. Reflejo corneal discretamente disminuido bilateralmente, estornutatorio y nauseoso presente; movilización de extremidades al estímulo doloroso en forma discreta.

Valoración por Aparatos Y Sistemas.

- ✓ Neurológico: Glasgow de 6 (Apertura Ocular1, Respuesta Verbal1, Respuesta Motora 4). Pupilas isocóricas (derecha 2.5 mm e izquierda 3.5 mm), arreflécticas. Fuerza motora no valorable. Babinski presente en lado izquierdo.
- ✓ Digestivo: Peristálsis presente normal.
- ✓ Renal: Volumen urinario conservado a expensas de diurético. Diuresis aumentada a 3ml por kg de peso. (urea de 18 a 30 mg/dl).
- ✓ Metabólico: Descompensación por hiperglicemia 350 meq; anteriormente hiponatremia de 160 meq. Actualmente 136 meq.
- ✓ Hemodinámicamente: Estable sin embargo, sin poder aún disminuir el apoyo con noradrenalina; el ritmo de base es del marcapaso definitivo y en ocasiones con trazo de Isquemia Miocárdica (inversión de la onda T).

Cuenta con tratamiento antitrombótico y vasodilatador. Los volúmenes urinarios con apoyo de diurético y con azoados se mantienen en 1.4 a 1.5 de creatinina. A la auscultación se encuentra con ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral y disminución del murmullo respiratorio, con estertores crepitantes en hemotorax derecho, no existen sibilancias. Mantiene signos vitales; presenta síndrome poliúrico con desarrollo de diabetes insípida, en corrección.

Exámenes de Laboratorio y Gabinete.

✓ Fecha: 12-10-2001

-Eritrocitos:3.0 %	-Creatinina:0.4
-Plaquetas: 37.8 u/l	-Potasio: 3.4 meq
-Urea: 54.8 mg/dl	-Tp: 18.9 seg
-Sodio:143 meq	-Hematocrito: 27.5 %
-Hemoglobina: 3.7 mg/dl	-Cloro:118 meq
-T.Coagulación:7.4 seg	-T.Protrombina:70.4 seg
-TPT:64.5 seg.	-SO2: 100%
-Calcio: 23 mmol/l	-PH: 7.488

✓ Fecha: 14-02-2002

-Glucosa: 129.8 mg /dl	-Nitrógeno de urea: 7.70 mg/dl
-Creatinina: 0.5 mmol/l	-Sodio: 128 mmol/l
-Potasio: 3.91 mmol/l	-Cloro: 101.9 mmol/l
-Calcio: 1.22 mmol/l	-Hb: 7.8 g/dl

-Hto: 23 %

-SO₂ : 100 %

-PH: 7.511

-PCO₂: 37.3 mmHg

-PO₂:112.5 mmHg

-SO₂: 100 %

Tomografía Axial Computarizada.

- **Hallazgos:** Presencia de colección fronto parietal izquierda con ligero efecto de masa y compresión del sistema ventricular del mismo lado.
El resto del parénquima cerebral no muestra alteraciones en su densidad y tiene una adecuada diferenciación entre la sustancia blanca y la gris.
- **Conclusión:** Datos en relación a persistencia de colección subdural fronto parietal izquierdo con mínimo efecto de masa.

❖ Problemas Orientados.

1.- Hematoma Subdural Agudo. Deterioro rostrocaudal, afasia motora, y la evidencia del hematoma en la TAC. El paciente anticoagulado crónicamente. Se somete a evacuación de hematoma por craniectomía sin colgajo óseo.
Herida quirúrgica afrontada , cicatrizada, al igual que los puntos de drenaje comprometen los núcleos bulbares.

2. -Desde su egreso post quirúrgico se encuentra sin respuesta a estímulos respuesta motora mínima espontánea. El efecto de masa sobre estructuras decorticación permanente no susceptible de reversión que una vez sostenido por tres meses se define como estado vegetativo persistente.

3. -Desde su egreso de quirófano no tolera la ventilación espontánea. Durante su estancia en Unidad de Terapia Intermedia permaneció en modo Asisto controlado. Actualmente en modo de ventilación mandatoria intermitente con frecuencias respiratorias bajas (90X') a fin de inducir hipercapnia y promover la ventilación espontánea.

❖ TRATAMIENTO MÉDICO

-Dieta licuada de 2000 ml de líquido total en cuatro tomas.

-Ranitidina 50 mg cada 12 horas

-Milpar 10 cc cada 12 horas

-Cisaprida preprandial 10 mg cada 8 horas

-Corpotasin 1 tableta cada 8 horas

-Prednisona 5 mg cada 8 horas

-Fraxiparina 2850 U cada 24 horas

- Salbutamol 2 disparos cada 8 horas
- Ambroxol 10 cc cada 8 horas
- Fosfomicina 500 mg cada 6 horas
- Tienam 1 gr cada 8 horas
- Nitrodisc cada 24 horas
- Fumarato ferroso 1 tableta cada 8 horas
- Lagrifilm 2 gotas en cada ojo cada 4 horas

3.1- Valoración de necesidades basadas en el Modelo Teórico de Virginia Henderson

1.- Oxigenación. Paciente con neumonía por pseudomona, deterioro ventilatorio, dependencia del ventilador (ventilación mecánica), indiferente al medio sin respuesta a estímulos; con antecedentes de Cardiopatía Isquémica, Infarto Agudo al Miocardio, post operado de revascularización coronaria y prótesis valvular, esófago de Barret y post operado de colocación de marcapaso definitivo. Requiere aspiración de secreciones y fisioterapia pulmonar frecuente. Paciente traqueostomizado.

2.- Alimentación.(Nutrición e hidratación). Incapacidad para alimentarse por si mismo. Paciente con dieta asistida por gastrostomía, peristálsis presente, halitosis, mucosas semihidratadas, desequilibrio hidroelectrolítico.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

52

3.- Eliminación. Incapacidad para controlar esfínteres. Hábitos intestinales adecuados (3-4 veces por semana). Síndrome poliúrico con desarrollo de diabetes insípida en corrección.

4.-Termorregulación (Mantener la higiene corporal dentro de un margen adecuado Poca adaptabilidad a los cambios de temperatura, transpiración escasa de olor característico.

5.- Moverse y mantener una adecuada postura. Capacidad motora disminuida (imposibilidad para moverse por sí mismo). Presencia de hipertonia en miembros inferiores e hipotonía en miembros superiores; escaras importantes en coxis y región trocantérea. El paciente requiere movilización y cambios de posición continua.

6.-Descanso y sueño. Somnolencia persistente a lo largo del día; bostezos, apatía, indiferencia al medio, apertura ocular espontánea.

7.- Adecuado uso de prendas de vestir. Discapacidad psicomotora y alteraciones en el estado de alerta que no permiten satisfacer esta necesidad.

8.-Higiene y protección de la piel. Dependencia total del personal de salud para satisfacer esta necesidad, presencia de escaras importantes, descamación de la piel y poca turgencia de la misma, micosis en uñas de pies.

9.-Evitar peligros. Apatía e indiferencia al medio.

10.-Comunicación. No valorable.

11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores. No valorable por estado de conciencia del paciente.

12.-Necesidad de trabajar y realizarse. No valorable por estado de conciencia del paciente.

13.-Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas. No valorable por estado de conciencia del paciente

14.- Aprendizaje. No valorable por estado de conciencia del paciente.

3.2- Plan de Cuidados aplicado a un paciente post operado de Hematoma Subdural Agudo.

Diagnóstico de Enfermería. Alteración de los patrones de alimentación menor a los requerimientos corporales, relacionada con la disminución del metabolismo basal; manifestado por anemia, disminución del tejido adiposo, delgadez excesiva y apatía, secundaria a la alteración de las funciones mentales superiores, falta de movilidad y persistencia del estado vegetativo.

Fundamento. En los pacientes inmovilizados, el metabolismo basal, la motilidad gastrointestinal y la secreción de las glándulas digestivas disminuye, ya que las necesidades energéticas del organismo son menores

Objetivo. Mejorar el patrón nutricional del paciente.

Intervenciones de Enfermería.

1. Valorar el empleo de suplementos dietéticos ricos en proteínas.
- 2.-Brindar alimentación adecuada al paciente inmovilizado por medio del empleo de la gastrostomía.
- 3.-Identificar los signos de alteración del estado nutricional.
- 4.-Adecuar la dieta de acuerdo a las necesidades del paciente.
- 5.-Administrar infusiones intravenosas y electrolitos según se prescriba.

Fundamentación Científica.

1.- Las reservas calóricas que quedan varían por la anorexia y la falta de movilidad. La cantidad de nutrientes necesarios para cubrir los requerimientos metabólicos, se basa en cambios relacionados con :necesidades metabólicas básicas, actividad, crecimiento, salud, estrés.

2.-Durante la fase de valoración y al planificar las acciones de enfermería destinadas a ayudar a los pacientes en sus objetivos nutricionales la enfermera debe tener en cuenta los numerosos factores que influyen en los hábitos alimenticios. La forma de aporte nutricional elegida y la vía de administración dependen de: necesidades nutricionales, tolerancia a los líquidos y capacidad de absorción del tracto gastrointestinal.

3.-Los efectos de la malnutrición pueden ser generales o específicos, según el nivel de exceso o carencia y el tipo de nutrientes que lo producen. Una nutrición inadecuada causa la pérdida progresiva de la masa corporal y muscular de las reservas de grasa a medida que las demandas orgánicas exceden a los aportes, esto puede conducir a deterioro de la cicatrización, disminución de la resistencia a la infección, inmunidad celular ineficaz, formación de úlceras de decúbito, anemia y muerte.

4.-En los pacientes inmovilizados el metabolismo basal disminuye ya que las necesidades energéticas del organismo son menores.

5.-Reponer los líquidos y electrolitos mantiene la hidratación y el estado nutricional.

Criterios de Resultados.

-Corrección del estado electrolítico.

Evaluación.

-Ingesta adecuada de nutrientes.

-Ganancia de peso en base de dieta rica en proteínas y calorías.

Diagnóstico de Enfermería. Elevado riesgo de patrón respiratorio ineficaz relacionado con atrofia de los músculos torácicos asociado a reposo prolongado en cama, manifestado por acumulación de secreciones y dependencia del ventilador secundario a persistencia del estado vegetativo.

Fundamento. Las personas inmovilizadas en cama raramente suspiran debido en parte a que la atrofia muscular suele afectar también a los músculos respiratorios y en parte por que no lo necesitan al no tener actividad alguna. En ausencia de éstos movimientos periódicos de expansión, las articulaciones respiración limitando cartilaginosas intercostales pueden quedar blanqueadas en la fase espiratoria de la aún más el potencial máximo de ventilación.

Objetivo. Mantener la permeabilidad de la vía aérea.

Intervenciones de Enfermería.

- 1.-Medición y registro de signos vitales.
2. Valoración del Sistema Respiratorio.
- 3.-Aspiración de secreciones frecuente.
- 4.-Brindar al paciente posición completa o incompleta de fowler a fin de propiciar una expansión torácica y un adecuado intercambio gaseoso.
- 5.-Vigilar gases arteriales en sangre.
- 6.-Brindar fisioterapia respiratoria y palmopercusión.
- 7.-Mantener al paciente con adecuada hidratación.
- 8.-Administración de oxígeno.

Fundamentación Científica.

- 1.-Nos proporciona información básica acerca del estado de los órganos que son importantes para la vida.
- 2.-Se registra la presencia de tos y el volumen y características del esputo; además de realizar pruebas de este último para identificar los posibles microorganismos infecciosos. El intercambio gaseoso describe dos procesos: el movimiento de oxígeno (O₂) del alveolo al torrente circulatorio, donde es captado

por la hemoglobina y transportado a las células; y el movimiento de (CO₂) del torrente sanguíneo al alveolo, de donde es expulsado al exterior a través de la exhalación.

3.-Facilita un óptimo intercambio gaseoso y previene neumonías por acumulación de secreciones. La inmovilidad restringe el intercambio gaseoso de el oxígeno y dióxido de carbono, limita el movimiento de los pulmones y los músculos de la respiración; reduce la movilización normal de secreciones en el árbol traqueobronquial.

4.-Facilita la expansión máxima del tórax. El intercambio gaseoso ineficaz conduce a la hipoxia lo que se evidencia por acidosis láctica, alteración de la perfusión hística y disfunción orgánica.

5.-Indica la idoneidad de la ventilación y la perfusión. El conocimiento de los valores normales y anormales de la gasometría arterial, indicadores de equilibrio ácido-base, es esencial para un cuidado eficaz de los pacientes. Las tomas de sangre arterial se toman para determinar la idoneidad del intercambio gaseoso alveolar y valorar la capacidad de los pulmones y de los riñones para mantener el equilibrio ácido-base de los líquidos orgánicos.

6.-La fisioterapia respiratoria ayuda a movilizar secreciones y a la expectoración. El intercambio insuficiente de O₂ depriva en hipoxemia, y el intercambio insuficiente de CO₂ en hipercapnea.

7.-Ayuda a mantener la humedad de las mucosas respiratorias. El equilibrio de líquidos y electrolitos describe la proporción corporal normal de agua y electrolitos en los líquidos corporales.

8.-Se recurre a la administración de oxígeno cuando al Aparato Cardiopulmonar funciona inadecuadamente, por trastornos en el Aparato Circulatorio, Pulmonar o ambos. La respiración está regulada por neuronas de la médula, el estado ácido-base y el estado de conciencia.

Criterios de Resultados.

-Sonidos respiratorios normales en ambos pulmones.

Evaluación.

-Vías aéreas permeables.

-Intercambio gaseoso dentro de parámetros aceptables.

-Se mantiene la oxigenación y se previene la hipoxia y la hipercapnia.

Diagnóstico de Enfermería. Alteración de los patrones de eliminación intestinal relacionada con disminución del peristaltismo y fuerza muscular, los cuales originan trastornos en la motilidad manifestado por estreñimiento y distensión abdominal, secundario a falta de movilidad por deterioro del estado de alerta y persistencia del estado vegetativo.

Fundamento. El estreñimiento es frecuente en las personas inmovilizadas debido al aumento de la producción de adrenalina, el peristaltismo y la motilidad del colón se hallan deprimidos y los esfínteres se encuentran frecuentemente constreñidos.

Objetivo. El paciente mejorará su patrón de eliminación.

Intervenciones de Enfermería.

- 1.-Favorecer cambios posturales.
- 2.-Vigilancia estrecha de los patrones de eliminación.
- 3.-Administración de laxantes preescritos en caso de que la dieta alta en fibras no surta efecto.
- 4.-Proporcionar una ingesta adecuada de líquidos y dieta alta en fibras.

Fundamentación Científica.

- 1.-El movimiento mejora el tono y la fuerza de los músculos que intervienen en la defecación.
- 2.-Las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminación intestinal, están en relación a hábitos alimenticios, cantidad de dieta, estado hídrico y tipo de padecimiento. El sistema urinario tiene que trabajar más duro para eliminar las cantidades excesivas de calcio, fósforo, nitrógeno, sodio y otros productos del catabolismo de las proteínas que se acumulan durante el reposo en cama.
- 3.-La presión de los gases contra las paredes intestinales provoca dolor y malestar al paciente. El abuso de laxantes tiene el mismo efecto que ignorar la urgencia de defecar; los reflejos de defecación natural se inhiben.

4.-Una dieta alta en residuos induce el movimiento rápido a través del colon, además de producir heces abundantes y blandas. Una ingestión insuficiente de líquidos disminuye la cantidad de éstos en el quimo que entra en el intestino grueso dando como resultado heces duras.

Criterios de Resultados.

- Aumento del peristaltismo y motilidad intestinal.
- Disminución de la distensión abdominal.
- Corrección del estreñimiento.

Evaluación.

- Patrón de eliminación reestablecido.
- Se mejora la motilidad y peristaltismo intestinal.
- Se obtienen defecaciones regulares con heces blandas.

Diagnóstico de Enfermería. Alteración de los patrones de eliminación vesical relacionada con un aumento del volumen de sangre circulante y del flujo renal que inhibe la hormona ADH; manifestado por aumento de la diuresis, secundario a la falta de movimiento provocada por el debilitamiento músculo esquelético lo cual afecta los músculos abdominales y perineales que intervienen en la eliminación.

Fundamento. La inmovilidad provoca diuresis en las primeras fases debido a un aumento del volumen de sangre circulante y del flujo renal; así como la fuerza de gravedad desempeña un papel en el vaciado de los riñones y la vejiga en las personas con movilidad normal.

Objetivo. Establecer un patrón urinario eficaz.

Intervenciones de Enfermería.

- 1.- Favorecer en el paciente adecuados hábitos de eliminación vesical.
- 2.- El ingreso de líquidos y volumen urinario deben medirse y reportarse con precisión.
- 3.- Fomentar la ingesta de líquido.
- 4.- Observar la cantidad, color y características de la orina.
- 5.- Mantener el equilibrio entre ingesta y eliminación.

Fundamentación Científica.

- 1.- El estancamiento o remanso de orina contribuyen al crecimiento bacteriano.
- 2.- Cuando un paciente está inmovilizado debe prevenirse la formación de cálculos renales.
- 3.- El aumento de la ingesta de líquido aumenta la eliminación de orina dificultando el crecimiento bacteriano.

4.-Es un indicador del buen funcionamiento del tracto urinario, de la función renal y del equilibrio de líquidos.

Criterios de Resultados.

-Reestablecimiento de un patrón urinario adecuado.

-Mantener el patrón de eliminación urinaria.

Evaluación.

-Se mantiene una diuresis aceptable de acuerdo a rangos normales.

Diagnóstico de Enfermería. Alteración de la temperatura corporal relacionada con presencia de déficit neurológico, manifestado por temblor, piloerección, piel fría; secundario a presencia de alteraciones de las funciones mentales superiores, falta de movilidad y persistencia del estado vegetativo.

Fundamento. El sistema que regula la temperatura corporal tiene tres partes: receptores sensoriales, principalmente en la piel; el integrador hipotalámico, que controla la temperatura central, y un sistema efector que indica las respuestas que previenen la pérdida de calor (ej., vasodilatación periférica, escalofríos y liberación de epinefrina, que aumenta el metabolismo) o aumenta la pérdida de calor mediante la sudoración y la vasodilatación periférica.

Objetivo. Mantener la temperatura corporal dentro de parámetros normales.

Intervenciones de Enfermería.

- 1.-Valoración y registro de las constantes vitales.
- 2.-Valoración del medio ambiente.
- 3.-Valorar el calor y la temperatura de la piel.
- 4.-Eliminar el exceso de mantas cuando el paciente tenga una temperatura adecuada, pero darle más calor cuando su temperatura disminuya.
- 5.-Darle líquidos y alimentos adecuados (grasas e hidratos de carbono) para cubrir el aumento de la demanda metabólica y prevenir la deshidratación, si lo permite su estado de salud.
- 6.-Medir la ingesta y la diuresis.

Fundamentación Científica.

- 1.-Los datos que se obtienen en la medición de las constantes vitales se utilizan para planificar y ejecutar las actuaciones de enfermería. Las mediciones de las constantes vitales se utiliza también para evaluar la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería o al tratamiento médico prescrito.
- 2.-Las variaciones extremadas de la temperatura ambiental, pueden también afectar el sistema termorregulador de las personas.
El conocimiento de los factores que afectan a la producción de calor y la pérdida de calor ayuda a la enfermera a ejecutar las actuaciones adecuadas cuando el cliente tiene fiebre o hipotermia.

3.-La temperatura corporal está producida por los procesos metabólicos del cuerpo, que pueden acelerarse por la actividad muscular, la liberación de tiroxina, la estimulación del sistema nervioso simpático y la fiebre. El calor se pierde del cuerpo por la radiación, conducción, convección y evaporación.

La hipotermia implica tres mecanismos: pérdida excesiva de calor, producción inadecuada de calor por las células corporales, aumento de la afectación de la termorregulación hipotalámica.

4.-El conocimiento de la escala normal de las constantes vitales y de los factores que regulan e influyen en las constantes vitales ayuda a la enfermera a interpretar las mediciones que se desvían de lo normal.

Los factores que afectan la temperatura corporal incluyen: la edad, las variaciones diurnas, el ejercicio, las hormonas, el estrés y las temperaturas ambientales.

5.-Reponer los líquidos y electrolitos, mantener la hidratación y el estado nutricional. La pérdida líquida ocurre principalmente a través de la orina, aunque el líquido corporal también se pierde por el sudor, las heces y la pérdida insensible de vapor.

6.- En los adultos sanos , el balance de ingesta y pérdida de líquidos debe ser equilibrado (alrededor de 1500 ml por día). Normalmente la pérdida de orina se aproxima a la ingesta de líquidos perdidos a través de la piel, la respiración y las heces.

La valoración de líquidos, electrolitos y equilibrio ácido-básico incluye:

- (a) Una historia de enfermería.
- (b) Medición del peso corporal, los signos vitales y la ingesta y excreta de líquidos.
- (c) La exploración física de la piel, de la cavidad oral, de los ojos, de las venas yugulares, de las venas de las manos y del sistema neurológico.

(d) Diversos estudios diagnósticos de sangre y orina.

Criterios de Resultados.

-Aumento de la temperatura corporal.

-Mantención de la temperatura corporal dentro de parámetros normales.

Evaluación.

-Se mantiene una temperatura corporal adecuada.

-Se valora la temperatura corporal y de acuerdo con las cifras encontradas se brindan cuidados de enfermería.

Diagnóstico de enfermería. Elevado riesgo de infección relacionado con falta de movimiento provocado por el deterioro del estado de conciencia, manifestado por la presencia de escaras y úlceras de decúbito secundario a la falta de movilidad por persistencia del estado vegetativo.

Fundamento. La escara es una lesión de origen isquémico. Es consecuencia del aplastamiento tisular entre dos planos. La fragilidad del paciente se eleva con la distribución; la proximidad del plano óseo en una persona delgada aumenta la compresión de los tejidos delicados.

Objetivo. Evitar la presencia de infecciones, así como prevenir la aparición de nuevas úlceras de decúbito.

Intervenciones de Enfermería.

- 1.-Mantener cómodo y seco al paciente.
- 2.-Favorecer un adecuado estado nutricional en el paciente inmovilizado.
- 3.-Realizar curación de escaras con técnica estéril.
- 4.-Favorecer cambios de posición frecuente.
- 5.-Brindar una higiene frecuente y adecuada al paciente inmovilizado.
- 6.-Favorecer la corrección del estado anémico en el paciente inmovilizado.

Fundamentación Científica.

- 1.-La incontinencia ya sea urinaria o fecal extraña una maceración y un riesgo de erosión cutánea.
- 2.-Los pacientes con riesgo de padecer úlceras de decúbito son: ancianos, personas con pérdida de la sensibilidad, los malnutridos, personas con parálisis motora o trastornos del Sistema Nervioso.
- 3.-Esto reduce el riesgo de infección cutánea u ósea.
- 4.-En el paciente inmovilizado, las úlceras de decúbito se atribuyen a la posición, fricción y la fuerza del rozamiento.

5.-La higiene disminuye el número de microorganismos presentes en la piel. La existencia de bacterias aumenta la gravedad de la úlcera y acentúa su evolución.

6.-La nutrición es un factor crucial en la formación de úlceras de decúbito. La mala nutrición durante un periodo prolongado provoca pérdida de peso, atrofia muscular y pérdida de tejido subcutáneo.

Criterios de Resultados.

- Disminuir la posibilidad de infecciones.
- Prevenir y/o evitar la aparición de nuevas úlceras.

Evaluación.

- La piel que rodea el sitio de la escara permanece libre de olores, seca y limpia.
- Los dispositivos utilizados (cojines, almohadas, etc..) han prevenido la aparición de nuevas úlceras por decúbito.

Diagnóstico de Enfermería. Alteración del patrón de sueño: patrón alterado del dormir despertar relacionado con lesión del tronco cerebral manifestado por dificultad para conciliar y mantener el sueño, fatiga, apariencia cansada y presencia de ojeras.

Fundamento. El ciclo de sueño es controlado por el Sistema Reticular Activado (RAS) y por la Región Bulbar Sincronizada (BSR) en el tronco cerebral.

El sueño normal puede verse afectado por muchos factores, incluida la enfermedad, el entorno, el estilo de vida, el estrés psicológico, los medicamentos, el alcohol, los estimulantes y la dieta.

Objetivo. Establecer un patrón satisfactorio de sueño y descanso para estar recuperado en las horas de vigilia.

Intervenciones de Enfermería.

- 1.-Proporcionar un entorno cómodo al paciente a fin de disminuir su angustia y mejorar su patrón de sueño-vigilia.
- 2.- Mantener comunicación estrecha con el paciente, proporcionarle seguridad y tranquilidad a fin de disminuir su estrés psicológico.
- 3.- Mantener en el paciente un estado nutricional adecuado.
- 4.-Proporcionarle al paciente soporíferos como la leche y los alimentos ricos en proteínas antes de irse a dormir.
- 5.- Favorecer un ambiente cómodo y relajado al paciente.
- 6.-Situar al paciente incapacitado, en una postura que favorezca la relajación muscular, y poner dispositivos que ayuden a proteger los puntos de apoyo.

Fundamentación Científica.

- 1.- El entorno puede fomentar o impedir el sueño. Cualquier cambio puede impedir el sueño; las personas llegan a acostumbrarse a ciertos ruidos, luces, etc., la ausencia de ellos o la presencia de estímulos anómalos, pueden hacer que no duerman.
- 2.- Un paciente ansioso está a menudo preocupado por problemas que le impiden relajarse antes de dormir. La ansiedad aumenta los niveles sanguíneos de norepinefrina por medio de la estimulación del Sistema Nervioso Simpático. Este cambio químico da como resultado menos etapas de IV del sueño NREM y del sueño REM y más cambios de etapa y vigilia.
- 3.- Se ha demostrado que el aumento y la pérdida de peso afectan el sueño. Crisp y Stonehill (1976), hallaron que la pérdida de peso lleva asociada una reducción del tiempo total de sueño, así como interrupciones durante la noche y el despertar temprano.
- 4.- La leche y los alimentos ricos en proteínas contienen triptófano, un precursor de la serotonina, la cual se cree que induce y mantiene el sueño.
- 5.- El estrés emocional interfiere con la capacidad emocional para relajarse, descansar y dormir; la capacidad de dormir agrava a la larga la sensación de tensión.
- 6.- Las medidas confortables son esenciales para ayudar al paciente a conciliar el sueño y permanecer dormido, especialmente si los efectos de la enfermedad personal interfieren en el descanso.

Criterios de Resultados.

- Hoy observa en la calidad del sueño.
- Toma alimentos proteicos antes de dormir.
- Se proporcionan técnicas de relajación (masajes), los cuales ayudan a estimular el sueño.
- Demuestra menos signos de carencia de sueño.
- Se despierta no más de dos veces durante el sueño.

Evaluación.

- El paciente duerme siete horas aproximadamente tres o cuatro veces a la semana y se encuentra mucho mejor.

Diagnóstico de Enfermería. Alteración de los procesos familiares relacionado con el afrontamiento familiar ineficaz, manifestado por ansiedad, dolor e incapacidad para adaptarse, estrés, déficit de conocimientos, secundario a enfermedad crónica de un miembro de la familia.

Fundamento.

El grado en que un factor estresante afecta a un individuo depende de la naturaleza del factor estresante, su percepción; el número de factores estresantes simultáneos, la

duración de la exposición a los mismos, las experiencias como un factor estresante comparable, la edad y la capacidad de apoyo de la gente.

Mediante la valoración de la familia, la enfermera identifica las creencias y prácticas de salud que influyen en el bienestar de la misma.

Objetivo. Lograr la homeostasis psicológica en los miembros de la familia.

Intervenciones de Enfermería.

- 1.-Minimizar la ansiedad de los miembros de la familia.
- 2.-Identificar a las personas de apoyo significativas para el paciente.
- 3.-Identificar los mecanismos de adaptación más útiles para la familia.
- 4.-Identificar los potenciales personales (técnicas, conocimientos, capacidades), para afrontar las amenazas en los miembros de la familia.
- 5.-Fomentar en los miembros de la familia la expresión de sus sentimientos (temor, ira, impotencia, etc.,).
- 6.-Brindar capacitación y asesoría profesional a los miembros de la familia con el propósito de lograr una adecuada atención del paciente.

Fundamentación Científica.

- 1.-Una respuesta psicológica común al estrés es la ansiedad que se manifiesta en una variedad de reacciones cognoscitivas, verbales y motoras que disminuyen la tensión.

as actuaciones de enfermería ante el estrés se orientan a disminuir la ansiedad, facilitar el bienestar físico y mental de la familia para que pueda mantener su estrés eficazmente y ayudarle a aprender mecanismos más eficaces.

2.-La familia es la unidad básica de la sociedad. Sus roles principales son proteger y socializar a sus miembros.

Entre las muchas funciones que realiza, la más importante esta es proporcionar apoyo emocional y cierta seguridad a sus miembros mediante el amor, la aceptación, el interés y la comprensión. Además de proporcionar un medio emocionalmente seguro para que sus miembros crezcan y se desarrollen, es también la unidad básica de protección y seguridad física.

3.-Las enfermeras que trabajan con la familia se dan cuenta de la importancia de valorar éstos mecanismos de defensa como una manera de determinar la reacción de sus miembros ante el estrés. Los recursos de carácter interno ,como el conocimiento, la experiencia, la comunicación eficaz y el sentimiento de colaboración dentro de la familia, ayudan al proceso de resolución de problemas.

4.-Las enfermeras pueden ayudar a las familias a desarrollar su potencial y hacer realidad sus aspiraciones de salud y bienestar, promocionando el funcionamiento saludable de la unidad.

5.-La enfermera enfocada a la familia se ocupa de la salud de la misma como unidad, así como de la de cada uno de sus miembros. Los mecanismos de defensa psicológica inconsciente, como el abandono, la racionalización, la compensación y la sublimación, que también protegen al individuo de la tensión.

6.-Aportando cuidados y comprensión, la enfermera puede ayudar a los pacientes a reducir su estrés al sentimiento de que alguien les ayuda y cuida, es una fuente de apoyo para la gente estresada. A menudo las familias precisan tiempo para <alrear>

sus preocupaciones y ansiedades, antes de que puedan sentirse seguros y menos estresados.

Criterios de Resultados.

-La familia expresa sus sentimientos libre y adecuadamente.

-Participa en el proceso de solución de problemas encaminándose a soluciones adecuadas para la crisis.

-Identifica las propias necesidades además de los potenciales y recursos para cubrir dichas demandas.

Evaluación.

-La familia es capaz de afrontar los efectos continuados de la incapacidad prolongada de uno de los miembros.

-La familia recibe el apoyo adecuado para adaptarse y afrontar los múltiples cambios de la vida.

Diagnóstico de Enfermería. Alteraciones de la comunicación verbal relacionada con la presencia de daño del tronco cerebral permanente, manifestado por la incapacidad de enviar o recibir mensajes, intercambiar pensamientos, ideas o deseos, secundario a la persistencia del estado vegetativo.

Fundamento. La comunicación puede tener un a connotación más personal que el mero intercambio de ideas o de pensamientos. Puede ser una transmisión de sentimientos, o una interacción personal y social entre las personas. En este contexto, comunicación es símbolo de relación.

Objetivo. Mantener una comunicación sencilla, utilizando formas visuales, auditivas y cinestésicas de transmitir la información.

Intervenciones de Enfermería.

- 1.- Mirar al paciente directamente.
- 2.- Mantener un adecuado contacto visual con el paciente.
- 3.- Inclinarsse hacia el paciente mientras se le habla.
- 4.- Mantener una actitud abierta.
- 5.- Permanecer relativamente relajado.
- 6.- Emplear el sentido del tacto con el paciente

Fundamentación Científica.

- 1.-Esto significa estoy a tu disposición. Apartar la mirada reduce el grado de compromiso.

2.- Si es mutuo preferiblemente al mismo nivel, se reconoce a la otra persona, lo que denota el deseo de mantener la comunicación. No significa mirar fijamente o sin parpadear, sino de forma natural.

3.- Las personas se inclinan hacia los demás cuando quieren oír algo, moviéndose hacia el frente de la clase, colocando la silla más cerca de un amigo o apoyándose con los brazos hacia delante. Del mismo modo, la enfermera transmite interés cuando se inclina o se acerca al paciente.

4.- Una posición no defensiva es aquella en que no se cruzan los brazos ni las piernas. Expresa que la persona desea comentar el objeto de la comunicación igual que lo hace una puerta abierta en el hogar o en una oficina.

5.- La relajación no es posible cuando la enfermera está escuchando en tensión. En término relativo reconoce que puede relajada, cuando se toma tiempo para responder, al permitir pausas cuando sea necesario, equilibrando periodos de tensión con otros más tranquilos y empleando gestos.

6.- A menudo, su uso aislado dice mucho más a los pacientes que las palabras, sobre todo a aquellos que son terminales o incapaces de hablar, por cualquier razón. Es importante sin embargo que el profesional sea sensible a las diferencias de las actividades y prácticas relacionadas con éstas técnicas con los individuos, incluyendo las propias de las enfermeras.

Cada vez que la enfermera entra en contacto físico con los pacientes debe estar conciente del mensaje, que posiblemente, sea transmitido por el tacto. Esto puede lograrse dando vuelta a los pacientes con la suavidad apropiada, cambiar apósitos, administrar inyecciones, dar baños y frotamientos de espalda y proporcionar cuidados al cabello. Cuando la enfermera se hace conciente del grado de la estimulación táctil que experimentan los pacientes, tal vez, se modifique el método para evaluar sus necesidades de medicamentos.

Criterios de Resultados.

- Mantener una comunicación sencilla utilizando formas visuales, auditivas, táctiles y cinestésicas de transmitir la información.

Evaluación.

- Las estrategias planeadas para mantener comunicación con el paciente (tácticas visuales, auditivas y táctiles) , han servido de guía para tratar de mantener contacto con el paciente y satisfacer sus necesidades.

Diagnóstico de Enfermería. Alteración sensorio/perceptual relacionada con lesión del tronco cerebral, manifestado por afasia, indiferencia al medio, nivel alterado de conciencia, y desorientación temporo espacial, secundario a la persistencia del estado vegetativo.

Fundamento. Algunas enfermedades neurológicas producen cambios en el sentido cinestésico y en las percepciones táctiles. Las lesiones de la médula espinal y los accidentes cerebrovasculares producen parálisis y pérdida de la percepción táctil.

Los ancianos son particularmente susceptibles de un aislamiento y un entorno restringido. Dicho aislamiento puede ocurrir por varias razones por ejemplo, la limitación de la movilidad física, muerte de la pareja y/o los amigos y los cambios en los planes de vida. La privación sensorial puede tener efectos cognitivos afectivos y perceptivos.

orientación y/o respuesta ante la realidad.

Intervenciones de Enfermería.

- 1.- Proporcionar percepciones sensoriales adecuadas.
- 2.- Establecer una relación terapéutica.
- 3.- Mantener la misma rutina día con día.
- 4.- Estimular al paciente que presenta deterioro sensorio/perceptual por medio del tacto.
- 5.- Evitar el aislamiento terapéutico en pacientes con alteraciones sensorio/preceptuales.
- 6.- Promover la función de los sentidos existentes.
- 7.- Aportar estimulación por diferentes medios.
- 8.- Establecer un cuidadoso entorno y atender las necesidades del paciente.
- 9.- Adoptar una posición para el contacto visual.

Fundamentación Científica.

1.- Incrementa la orientación del paciente acerca de las personas y tiempo espacialmente. La meta de las intervenciones de enfermería, tienen por objeto prevenir o eliminar la privación sensorial, es proporcionar estímulos sensoriales para que los pacientes puedan experimentar y considerarlos

significativos, para facilitar el establecimiento de la relación con ellos mismos y con el mundo poco familiar, en el que se encuentran.

2.- La relación terapéutica es necesaria cuando está relacionada con problemas de comunicación. Para diferenciar entre la falta de sensaciones y la sobrecarga sensorial, la enfermera debe evaluar con cuidado los tipos y grados de estímulos sensoriales que experimentan los pacientes individualmente y llegar a una decisión con base a los datos recabados.

3.- La rutina da al paciente una sensación de seguridad y algunas veces atenúa la confusión, con lo cual disminuye la novedad, la sorpresa y la hiperestimulación.

4.- Éstos estímulos comunican apoyo al paciente y pueden restaurar algún grado de conciencia.

5.- El aislamiento terapéutico ya se en el hospital o en casa puede predisponer al trastorno sensorial. Los pacientes inmovilizados, confinados en la cama, incluso en habitaciones junto con otros pacientes y a los que se les permiten visitas, también son propensos a la privación sensorial. Cuando sea posible es de utilidad alentar a los miembros de familia a que les proporcionen pertenencias personales y también la presencia de personas amadas.

6.- Promover los estímulos significativos e importantes puede ayudar al paciente a utilizar los sentidos existentes y prevenir las alteraciones sensoriales.

7.- Las enfermeras deben brindar varios estímulos que alcancen diferentes sentidos. Antes de planificar las actuaciones para el paciente poco estimulado, la enfermera necesita determinar la etiología del deterioro sensorial. El deterioro normalmente es debido a unos estímulos inadecuados o a una incapacidad para procesar el estímulo. La comunicación al tocar y conversar

con los pacientes en forma significativa, es una forma de cómo la enfermera puede ayudarlos a incrementar su capacidad de establecer relación y reducir la privación sensorial.

8.- Si el paciente está inconsciente o es incapaz de un autocuidado, las actuaciones necesarias de enfermería incluyen: baño, cuidado de la piel, alimentación y conocer las necesidades de eliminación.

9.- Transmite interés y promueve un mejor contacto entre el paciente y la enfermera.

Criterios de Resultados.

- Demuestra disminución de los signos de sobrecarga sensorial (fatiga, agitación, Confusión, alucinaciones)

Evaluación.

- El paciente en ocasiones responde mínimamente ante los estímulos sensoriales (visuales, auditivos, táctiles, gustativos, cinestésicos).

Diagnóstico de Enfermería. Desempeño familiar ineficiente debido al trastorno de los papeles habituales, la carga de la atención al paciente y los cambios en las funciones presentes y futuras de los miembros de la familia.

Fundamento. Las personas pueden experimentar los factores que producen estrés de manera diferente. Es posible que éstos factores causen distrés en un individuo mientras en otro provoquen eutrés.

El paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos puede experimentar una crisis biológica, a la vez que su familia está en crisis psicológica. El suministro de cuidados eficaces al sujeto necesariamente involucra el cuidado de los miembros disponibles de la familia.

Objetivo. Expresar el impacto de la enfermedad del paciente sobre las relaciones y funcionamiento de la familia y desarrollar estrategias para enfrentar el cuidado de un miembro de la familia con una enfermedad crónica.

Intervenciones de Enfermería.

- 1.- Promover reuniones familiares y ayudar a los miembros de ésta a identificar problemas claves y seleccionar los servicios de apoyo necesario.
- 2.- Alentar a los miembros de la familia a utilizar conductas para afrontar la situación , en las cuales hayan tenido éxito previamente; ayudarlos a desarrollar nuevas estrategias.
- 3.- Ayudar a la familia a establecer expectativas reales acerca de las funciones actuales y futuras del enfermo, pero conservando una actitud optimista.
- 4.- Permitir a los familiares expresar sentimientos de dolor, miedo, ira, desaliento y culpa.
- 5.- Cuando sea posible alentar a los miembros de la familia para que participen en la atención del paciente.

6.-Explicar a la familia la conducta del paciente, en particular, cuando sea extravagante o agresiva.

7.- Después de consultar con el personal encargado de los cuidados, referir a los familiares a orientación profesional.

Fundamentación Científica.

1.-. Si el individuo se aprecia como adecuado al enfrentarse a factores que producen estrés, el autoconcepto se mantiene y puede incrementarse, se experimenta desarrollo y aumento de la autoestima. Se funciona con base en las capacidades. La familia suele actuar para sostener y proteger a sus miembros tanto individual como colectivamente. Es el soporte integral de sus integrantes.

2.- El enfoque de las intervenciones es promover las relaciones, proporcionar actividades familiares y permitir a los pacientes contar con objetos que para ellos tienen significado positivo. Los pacientes junto con sus familiares tomarán decisiones en base a su autoconcepto, autoestima y sus niveles de necesidad en ese momento.

3.- La capacidad de las familias para enfrentarse a la enfermedad, depende de sus expectativas previas. Las familias con experiencias satisfactorias en cuanto a la comunicación son más capaces de discutir sus sentimientos ante la enfermedad y cómo ésta afecta el funcionamiento de la unidad. Pueden cambiar sus planes para el futuro y se muestran flexibles, facilitando su adaptación según cambie la situación.

4.- El paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos puede experimentar una crisis biológica, a la vez que su familia está en crisis psicológica. El suministro de cuidados eficaces necesariamente involucra el cuidado de los miembros

disponibles de la familia. Inicia y facilitar los comentarios sobre el dolor, cirugía o enfermedad del paciente, los sentimientos sobre sí mismo, los visitantes, el medio o las posesiones queridas y otros temas que sean de importancia para ellos.

5.- No es útil decirle a los familiares como resolver sus problemas; esto solo refuerza la idea que tienen de que son inadecuados y agrava sus sentimientos de impotencia. La enfermera puede ser útil con su presencia, solicita al escuchar en forma activa y con empatía. Puede proporcionar retroalimentación en relación con fallas en el conocimiento, capacidades o confusiones que manifiesten los familiares y haciéndoles saber que su dolor emocional se reconoce.

6.- El impacto de la enfermedad en la familia se determina según diversas circunstancias: la naturaleza de la enfermedad, desde la poca gravedad hasta amenaza para la vida, las consecuencias posteriores, incluyendo la posible incapacidad permanente, el significado de la enfermedad para la familia y los sistemas familiares.

7.- Las enfermeras comprometidas con su centro de atención a la familia deben ocuparse tanto del paciente como del resto de la familia en el proceso de enfermería. Mediante la interacción con las familias las enfermeras pueden proporcionar apoyo y facilitar información. Pueden asegurarse de que no sólo el individuo afectado, sino todos y cada uno de los miembros de la familia comprenden la enfermedad, su enfoque y las consecuencias de éstos dos factores en el funcionamiento de la familia. La enfermera también valora la actitud y la capacidad de la misma a favor de un cuidado continuo y de una atención domiciliaria cuando se requiera.

Criterios de Resultados.

- Expresan el impacto de la enfermedad del paciente sobre las relaciones y el funcionamiento de la familia.
- Desarrollan estrategias para enfrentar el cuidado de un miembro de la familia con una enfermedad crónica.
- Buscan recursos externos adecuados según se necesite.
- Participan en el cuidado del miembro de la familia enfermo.
- Participan en el proceso de solución de problemas encaminándose a soluciones adecuadas para la crisis.

Evaluación.

- La familia expresa sus preocupaciones y describe la manera de cómo enfrentarlas.
- La familia demuestra estrategias adaptativas eficaces.

3.3.-Plan de Enseñanza diseñado para la atención en el hogar por parte de la familia

Atención y cuidado integral por parte de los familiares y personal de apoyo (inhaloterapeuta), a un paciente con múltiples necesidades; egresado a su domicilio con ventilación mecánica asistida y en estado vegetativo persistente.

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1.-Aplicar los principios de la técnica estéril.	1.1-Lavarse las manos antes de iniciar cualquier procedimiento. Con esto se proporciona un ambiente limpio al paciente y a las personas que están en contacto con éste.
2.-Brindar higiene al paciente eliminando células de descamación y secreciones.	2.1-Protger la cama antes de proporcionar el baño de esponja al paciente. La esponja ayuda a limpiar bien al paciente y evita derramar agua en exceso. 2.2-Corrobora la temperatura del agua para evitar quemaduras al paciente. 2.3- Cubrir los ojos para evitar la entrada de agua. 2.4- Evitar corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

<p>3.- Lubricar la piel del paciente.</p>	<p>3.1- Aplicar crema o aceite de manera generosa en el cuerpo del paciente, esto con el fin de mantener lubricada su piel y libre de grietas.</p>
<p>4.- Realizar curación de escaras.</p>	<p>4.1- Después del baño de esponja limpiar cada escara con gasas estériles y solución de isodine, posteriormente dejar que seque el área de la escara antes de cubrirla. La persona que realice la curación deberá lavarse las manos, utilizar guantes estériles y cubrebocas.</p>
<p>5.- Mantener limpia y cubierta la zona de los genitales y glúteos por medio del cambio de pañal.</p>	<p>5.1- Enjuagar con agua tibia los glúteos y genitales con el fin de retirar orina y heces.</p> <p>5.2- Secar la piel del paciente sin jalarla, de manera suave. Posteriormente a la limpieza y secado de la piel es necesario lubricarla.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6.-Brindar palmopercusión al paciente.

6.1-La forma de colocar las manos para la palmopercusión es: con los dedos formando una concavidad se realiza la flexión y extensión de la muñeca, con el codo y el hombro relajado una mano extendida y con la otra golpeando con el borde interno sobre la pierna.

6.2-Golpear suavemente y firmemente sobre el pecho del paciente por espacio de tres minutos.

6.3- Se evitará el palmoteo sobre la región de los riñones, columna vertebral y zonas con presencia de lesiones y/o fracturas.

6.4- Al inicio de la palmopercusión se corrobora en el paciente la presencia de secreciones.

7.- Proporcionar una nutrición adecuada por medio del empleo de la gastrostomía a pacientes con un estado de coma o alteraciones del nivel de conciencia a fin de disminuir el riesgo de regurgitación.

7.1- Mantener la sonda pinzada cuando no se alimenta al paciente.

7.2- En la alimentación por medio de la gastrostomía se utilizan guantes y agua estéril, alimento licuado, vasos graduados y una jeringa hipodérmica de 20 cc.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TECIS C: N
FALLA DE ORIGEN

88

7.3- Corroborar la permeabilidad de la sonda introduciendo 5 centímetros de agua estéril antes de administrar el alimento.

7.4- Verificar la temperatura del alimento para evitar quemaduras en el paciente.

7.5- Adaptar la jeringa a la punta de la sonda.

7.6- Medir la cantidad de alimento (ml) a administrarse en cada toma.

7.7- Verter la cantidad indicada poco a poco a través de la jeringa y dejar que llegue por gravedad al estómago. No se debe meter aire por medio de la jeringa a la sonda para evitar la distensión abdominal y cólicos al paciente.

7.8- Introducir 10 cm de agua a la sonda después de la alimentación para evitar que se tape.

7.9- Pinzar la sonda. Se puede doblar por la mitad y colocarle alrededor cinta adhesiva o una cinta umbilical para mantenerla doblada y evitar

	<p>que entre aire por esta.</p> <p>7.10- Cubrir con una gasa estéril y un parche de micropor la zona de la sonda.</p>
<p>8.- Favorecer cambios posturales para mejorar el tono y la fuerza de los músculos y brindar comodidad al paciente.</p>	<p>8.1- Proporcionar cambios de posición al paciente cada 4 horas para evitar la formación de nuevas escaras.</p> <p>8.2- En cada cambio de posición colocar cojines o almohadas en los brazos y piernas del paciente.</p> <p>8.3- Proporcionar movimiento y masaje a los brazos y piernas del paciente con el fin de mantenerlo relajado y aumentar su fuerza muscular.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GLOSARIO.

Afasia. Pérdida de la capacidad de lenguaje producido por una lesión cerebral, habitualmente en el hemisferio dominante.

Agnosia. Trastorno en la percepción de la información sensorial habitual (verbal, táctil, visual).

Acidosis respiratoria. Desequilibrio ácido-base que resulta de cualquier estado que interfieren en el intercambio gaseoso pulmonar y cause retención de CO₂ (hipoventilación).

Alcalosis respiratoria. Desequilibrio ácido-base que resulta de cualquier condición que interfiera con el intercambio gaseoso pulmonar y cause una pérdida excesiva de CO₂ (hiperventilación).

Alimentación enteral. Una alimentación administrada directamente al intestino delgado a través de una sonda.

Anemia. Estado en el que la sangre es deficitaria de hematíes o hemoglobina. Situación en la cual hay muy pocos glóbulos rojos funcionales para satisfacer las necesidades de oxígeno en los tejidos.

Anisocoria. Pupilas desiguales.

Anomia. Forma de afasia caracterizada por la incapacidad de nombrar objetos provocada por una lesión el lóbulo temporal del cerebro.

Anomía. Estado de apatía, alineación, ansiedad, desorientación personal y tensión a consecuencia de la pérdida de las normas sociales y de los objetivos antes valorados.

Anquilosis. Inmovilidad anómala o consolidación y obliteración de una articulación. Fijación permanente de la articulación, rigidez de una articulación.

Ataxia. Incoordinación de movimientos motores.

Atrofia. Desgaste o disminución del tamaño de una célula, tejido, órgano corporal o músculo.

Comatoso. Un estado de inconciencia en el que la persona no muestra respuesta a los estímulos dolorosos, ausencia de reflejos y de tono muscular en las extremidades.

Debridamiento. Remoción de todo el material extraño y de los tejidos muertos de una lesión traumática o infectada hasta exponer el tejido sano.

Descerebración. Proceso de extirpación del cerebro o reducción del tronco encefálico por encima del nivel del núcleo rojo, eliminando la función cerebral.

Diabetes insípida. Producción insuficiente de ADH.

Debridamiento. Remoción de todo el material extraño y los tejidos muertos de una lesión traumática o infectada hasta exponer el tejido óseo.

Disfagia. Dificultad para deglutir.

Disartría. Dificultad para deglutir.

Escala de Glasgow. Instrumento de valoración que evalúa el nivel de conciencia del paciente de acuerdo a tres categorías apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal.

Escara. Un esfacelo de proteínas plasmáticas secas y células muertas; producida a menudo por una quemadura, aplicación corrosiva o gangrena.

Estado Vegetativo. Estado de desconexión al medio por lo menos de más de cuatro semanas. Dichos pacientes pueden llegar a vivir hasta tres años.

Estupor. Un estado de inconciencia parcial o casi completa: los pacientes estuporosos nunca se despiertan del todo; aún cuando se les estimula dolorosamente.

Gastrostomía . Apertura quirúrgica que conduce a través del abdomen discretamente al estómago.

Hematoma. Una colección de sangre en un tejido, órgano o espacio corporal debido a la rotura de la pared de un vaso sanguíneo.

Herniación Cerebral. Protrusión de una parte del cerebro a través de un orificio anormal. Protrusión del tejido nervioso fuera del cráneo a través de la tienda del cerebelo, debido al aumento de la presión intracraneana.

Midriasis. Dilatación de la pupila ocular por contracción del músculo dilatador del iris. Al disminuir la luz o bajo la acción de ciertos fármacos, el músculo dilatador tracciona el iris hacia fuera, agrandando la pupila.

Miosis. Contracción del esfínter del iris que disminuye el diámetro de la pupila. Anomalia característica por una constricción excesiva del esfínter del iris, con pupilas muy pequeñas, puntiformes.

Paresia. Parálisis ligera o parcial relacionada en algunos casos con neuritis local.

Parestesia. Cualquier sensación subjetiva experimentada como entumecimiento, hormigueo o sensación de pinchazos.

Propiocepción. Percepción de las sensaciones procedentes del propio organismo, relativas a la posición espacial y a los movimientos musculares que se originan en receptores sensoriales activadas por estos estímulos.

Ptosis parpebral. Descenso del párpado superior producido por una debilidad congénita adquirida del músculo elevador por parálisis del tercer par craneal.

Reflejo de Babinski. Dorsiflexión del primer dedo del pie, con extensión y separación en abanico de los demás, provocada por la percusión firme de la base lateral de la planta del pie. El reflejo es normal en los recién nacidos y anormal en los niños y adultos, en los que puede indicar la existencia de una lesión de la vía piramidal.

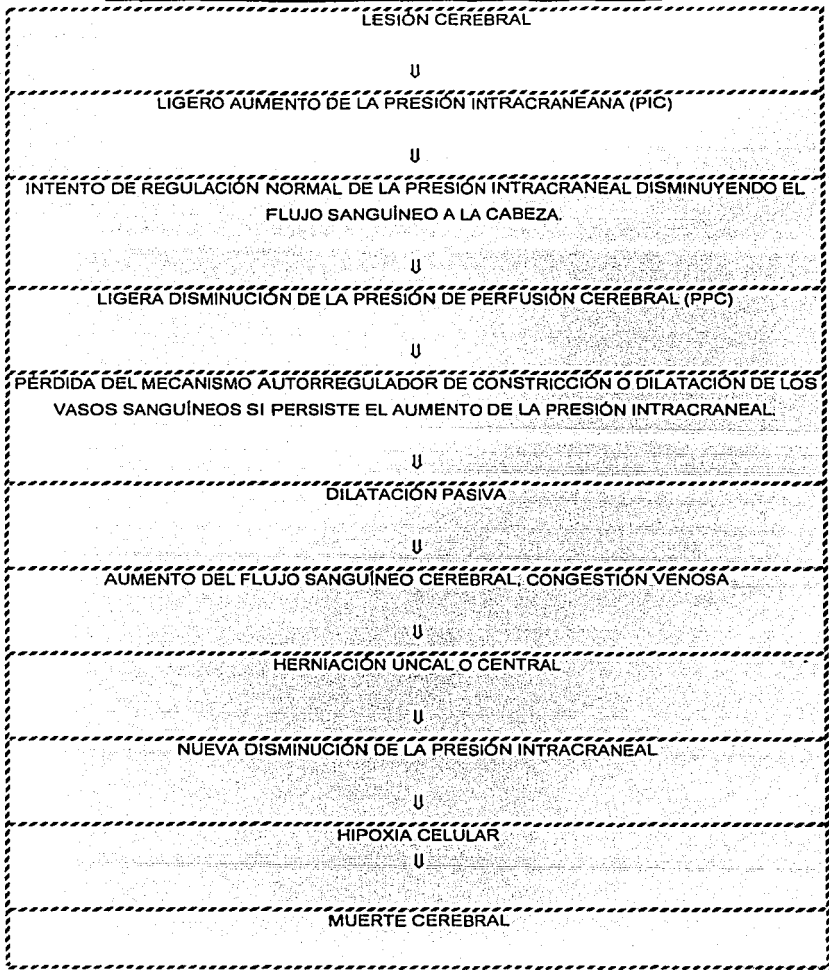
Ventilación Mandatoria Intermitente.

Se reduce gradualmente la frecuencia respiratoria a medida que el paciente es capaz de reasumir el trabajo de respirar; generalmente es la mejor técnica para el paciente con soporte ventilatorio por tiempo prolongado

Ventilación Mecánica. Soporte artificial o ayuda para la respiración cuando el paciente no puede llevar un adecuado intercambio gaseoso a causa de una alteración neurológica o neuromuscular; o bien una parálisis inducida por fármacos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO: FISIOPATOLOGÍA DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA



CONCLUSIONES

Resulta de gran utilidad llevar a cabo acciones que mejoren las condiciones de vida de este tipo de pacientes, es por ello que la enfermera conjuntamente con el equipo multidisciplinario de atención a la salud detecten factores de riesgo en la población y consideren al individuo como un ser único y biopsicosocial, el cual El realizar un Proceso de Enfermería a un paciente con múltiples necesidades es una oportunidad ya que permite implementar un Plan de Cuidados Individual, el cual facilita la elaboración de objetivos y metas. El objeto de nuestro cuidado "paciente "necesita ser tomado en cuenta y orientado junto con su familia respecto a su padecimiento para que de ser posible tome parte en la toma de decisiones para su tratamiento favoreciendo con ésta sencilla acción el apego terapéutico del paciente y la colaboración familiar para su reincorporación al núcleo social y laborar cuando esto sea posible.

La experiencia que me dejó el trabajar con un paciente con múltiples necesidades fue enriquecedora, ya que me brindó la oportunidad de emplear mis conocimientos en la atención de éstas, y también adquirir otros los cuales me permitieron junto con el equipo multidisciplinario y la familia del paciente ayudar a la satisfacción de sus necesidades y por otro lado capacitar a la familia del paciente en el manejo y atención de éste y asimismo elaborar un Plan de Enseñanza diseñado especialmente para la familia, el cual estuviera encaminado a la satisfacción de las necesidades básicas del paciente en su domicilio.

Otro aspecto de enseñanza importante que me dejo el haberle brindado cuidados de enfermería a este paciente fue la de poder realizar una evaluación real y honesta sobre que tanto se alcanzaron o no los objetivos planeados durante la realización del Plan de Cuidados y aunque no se obtuvieron resultados al cien por ciento si se consiguió mejorar sus condiciones de salud y esto representa un logro en el papel que tiene enfermería en la atención y cuidado del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Alspach, Grif Jo Ann. **Cuidados Intensivos en el Adulto**, Interamericana. 5ta edición. México, 2000,343 pp.
- 2.-Anne, Osborn. **Neurología Diagnóstica**, Interamericana, 4ta edición. México, 1998, 452 pp.
- 3.-Ann Marriner.Tomey y Martha R. Alligood. **Modelos y Teorías de Enfermería**, Harcourt Brace. España, 1999, 555 pp.
- 4.-Biblioteca Internacional de la Enfermería. **Enfermería Científica**. Tomo 1. Limusa. México, 1997, 305 pp.
- 5.-Biblioteca Internacional de la Enfermería. **Enfermería Científica**. Tomo 2. Limusa. México, 1997, 288 pp.
- 6.-Clínicas de Manter y Gatz. **Neuroanatomía y Neurofisiología**, Manual Moderno, 2da edición. México, 1998, 291 pp.
- 7.-De Wit C. Susan. **Fundamentos de Enfermería Médico-Quirúrgica**, Harcourt. España, 1999, 1125 pp.
- 8.-**Diccionario de Medicina**. Océano Mosby, 4ta edición. Barcelona, 2000, 1560 pp.
- 9.-Hamilton K. Helen. **Procedimientos de Enfermería**, Interamericana. México 1987,1546 pp.
- 10.-Huddleston, Smith Sandra. **Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias**, Doyma. Barcelona, 1994, 243 pp.

- 11.-José Duenas Fuentes :<http://teleline.Terra.es/persona/duenas/teorias2.htm>.
- 12.-King Eonice, Et al. **Enfermería Profesional**, Interamericana Mc Graw-Hill. México, 1998, 1343 pp.
- 13.-Kozier, Bárbara. **Enfermería Fundamental: Conceptos, Procesos y Práctica**, Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid, 1993, 1457 pp.
- 14.-Lewis Ann Judith. **Procedimientos de Cuidados Críticos**, Manual Moderno. México, 1994, 578 pp.
- 15.-M. Phaneuf. Margot. **La Planificación de los Cuidados de Enfermería**, Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid, 1999, 284 pp.
- 16.-Micheli y Pardal F. **Neurología en el Anciano** . Panamericana. Buenos Aires, 1996, 412 pp.
- 17.-Prado Lagunas Ma. Carmen. **Fundamentos Teóricos y Cuidados Básicos de Enfermería**, Síntesis S.A. México, 1998, 424 pp.
- 18.- Simón , P. Roger. **Neurología Clínica**, Manual Moderno. México, 1992, 559 pp.
- 19.-Stinson, Kidd Pamela y Sturt Paty. **Manual de Urgencias en Enfermería**, Harcout, 2da edición. Barcelona, España, 1998, 604 pp
- 20.-Lucy Jo Atkínsón. **Técnicas de Quirófano**, Interamericana, 5ta edición. México, 1990, 432 pp.
- 21.-Tratado de Patología Quirúrgica. **Bases Biológicas de la Práctica Quirúrgica Moderna**, Interamericana Mc Graw-Hill, 13ª edición. México, 1993, 2575 pp.

22.-Urder Lough Stacy. **Cuidados Intensivos en Enfermería**, Harcoutn Brace. España, 1998, 567 pp.