

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN UNA PERSONA CON PÉRDIDA DE LA AGUDEZA VISUAL BASADO EN LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER ÉL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

ANGELES RAMÍREZ DÍAZ

MRN ROCIO VALDEZ LABASTIDA
DIRECTOR DEL TRABAJO

MÉXICO, D.F. OCTUBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A:

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por la formación educativa y académica que me proporcionó.

Los maestros miembros del jurado por su colaboración en la revisión de este Proceso Atención de Enfermería.

A la maestra Rocio Valdés Labastida por su tiempo, asesoría y apoyo durante la elaboración de este trabajo.

DEDICATORIAS

A mi familia:

Por su apoyo incondicional que me han dado durante toda mi vida

A mi esposo por ser un excepcional al que amo y que me apoya en todas mis decisiones.

A mi madre por enseñarme que en la vida lo más importante es el trabajo y la decencia.

A mi hermana por su ejemplo que me ha servido para ser mejor cada día.

A mi hermano para que se motive y logre sus metas.

A mi hija por ser el motor que mueve mi vida y me motiva para ser siempre mejor.

CONTENIDO

Páginas

INTRODUCCIÓN: _____
_____ i

I. JUSTIFICACIÓN: _____
_____ 3

II. OBJETIVOS: _____
_____ 4

III. METODOLOGÍA: _____
_____ 4

IV. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA: _____
_____ 5

a) LA ENFERMERÍA ACTUAL: _____
_____ 6

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

a) PARADIGMAS DE ENFERMERÍA: _____
_____ 8

3. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: _____
_____ 10

4. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON: _____
_____ 18

5. SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN: _____
_____ 21

6. DETERIORO ROSTROCAUDAL: _____
_____ 26

7. NEURITIS ÓPTICA: _____
_____ 28

8. DEPRESIÓN: _____
_____29

9. ANGUSTIA: _____
_____33

V. NECESIDAD AFECTADA

a) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS: _____
_____34

VI. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: _____
_____35

VII. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN POR NECESIDADES: _____
_____35

2. EXPLORACIÓN FÍSICA: _____
_____37

3. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: _____
_____38

VIII. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: _
____41

IX. PLAN DE ALTA: _____
_____80

X. CONCLUSIÓN: _____
_____83

XI. GLOSARIO: _____
_____83

XII. BIBLIOGRAFÍA: _____
_____86

XIII. ANEXO 1:

a) ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE: _____
_____89

XIV. ANEXO 2

a) CONSIDERACIONES BIOÉTICAS: _____
_____98

b) CONSENTIMIENTO INFORMADO: _____
_____101

XV. ANEXO 3

a) INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA ACAD
EMIA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO: _____
_____102

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) permite visualizar el cuidado enfermero mediante la valoración de las necesidades, la formulación de diagnóstico enfermero, la planeación de intervenciones, ejecución de cuidados propios de enfermería y la evaluación de éstas, permite también detectar su efectividad misma que ayudara al profesional de enfermería a priorizar las necesidades y modificar sus intervenciones con la finalidad de buscar y promover el bienestar de las personas.

La enfermería desde sus orígenes ha estado en un constante cambio con el objetivo de buscar su identidad. Derivado de este constante movimiento se han escrito diversos modelos teóricos en enfermería que permiten brindar cuidados que cubran las necesidades como seres biopsicosociales sanos o enfermos.

La teoría escrita por Virginia Henderson (VH) describe a la enfermería en términos de funciones y visualiza a la misma como el sustituto o ayuda que requiere el individuo sano o enfermo para que logre su independencia y se pueda hacer responsable de su cuidado.

Por ello en el desarrollo de éste trabajo se plantean las intervenciones de enfermería basadas en el Modelo teórico de Virginia Henderson a una persona adulto joven, del sexo femenino, quién sufrió pérdida de la agudeza visual y requiere de propuestas de cuidado para su nuevo estilo de vida.

I. JUSTIFICACIÓN

La incidencia en nuestro país de personas invidentes y déficit visual no se conoce, aunque es muy difícil determinar la prevalencia global de ceguera, la OMS estima que aproximadamente existen 180 millones de personas en el mundo que tienen problemas de visión entre 40 y 45 millones son ciegos y, por definición, no pueden “caminar sin ayuda” y necesitan con frecuencia a una red de contención social.

Hasta la fecha la Presión Intraocular (PIO) elevada es el principal factor de riesgo y causa, de ceguera, pero enfermedades muy diversas como lo es la diabetes, glaucoma, esclerosis múltiple, lupus eritematoso, diferentes tipos tumores del Sistema Nervioso Central, hipertensión intracraneana, etc. Producen daño permanente e irreversible al nervio óptico.

Por este antecedente se justifica la importancia de elaborar el Proceso Atención de Enfermería, el cual permite que la intervención del profesional de enfermería sea de manera sistemática, organizada e individualizada, ayuda a proporcionar cuidados de calidad, mediante la identificación de las necesidades reales o potenciales, contribuir al mejor funcionamiento de estas, ser el elemento de ayuda para la persona que requiere aprender a vivir sin el sentido de la vista.

La pérdida de visión causa enormes sufrimientos humanos para el individuo afectado y para su familia. Asimismo representa un problema de salud pública, económico y social.

La finalidad de este estudio de caso permite orientar a la persona a descubrir y desarrollar sus nuevas habilidades que le son útiles para llevar una vida plena sin limitaciones, que promuevan su independencia, contribuyendo de esta manera a integrar a la familia y fortalecer sus lazos afectivos mediante la participación en los cuidados que deben tener en casa y en el hospital, ya que una persona con pérdida de la agudeza visual es susceptible de agresiones y accidentes.

II. OBJETIVO

Desarrollar un plan de cuidados con base en el Modelo de Virginia Henderson a partir del Proceso de Atención de Enfermería para una persona con pérdida de la agudeza visual

ESPECÍFICO

Elaborar en coordinación con la persona afectada, la familia y el profesional de salud un plan de alta que coadyuve a la recuperación de su independencia.

III. METODOLOGÍA

La selección de la persona para llevar a cabo un Proceso Atención de Enfermería deriva del interés de la enfermera como profesional de la salud capacitado para ayudar a los individuos a recuperar su independencia y limitar al máximo la incapacidad que le deja el estado de enfermedad, esta capacidad tiene ventaja por la relación privilegiada con la persona, familia y comunidad que la enfermera logra establecer día a día.

La confianza y respeto hacia él es el resultado de un cuidado integral individualizado y humanizado lo que hace que se establezca una relación profesional, individuo-familia-comunidad-enfermería la cuál tendrá éxito siempre y cuando exista compromiso por ambas partes para alcanzar a cubrir y resolver las necesidades que el individuo tenga alteradas y fortalecer las que se encuentran debilitadas.

Para la elaboración valoración de este Proceso de Atención de Enfermería se eligió valorar a una mujer joven, en la segunda década de la vida que llevaba una vida normal, hasta que sin previo “aviso” su visión desapareció, haciendo de ella una persona dependiente del cuidado profesional de enfermería y de su familia, quien tenía principalmente alterada su necesidad de evitar peligros.

Las probabilidades de recuperar la visión son escasas, debido a las complicaciones que se desarrollaron, por esta razón se planeo realizar el Proceso de Atención de Enfermería y ayudar en la transición de una vida normal a una situación fortuita que deberá resolver para tener una vida de calidad con nuevas herramientas que contribuyan a recobrar su independencia.

El Proceso Atención de Enfermería tiene la finalidad de ayudar a la persona mediante la elaboración de un plan de atención que le permita hacer su estancia en el hospital menos agresiva, que le ayude a entender su enfermedad, así como él aprender a desarrollar nuevas habilidades y vivir con independencia.

Los diagnósticos de enfermería se elaboraron a partir de la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson a través del formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas).

La planeación de los cuidados se realizó de acuerdo a los diagnósticos de las necesidades afectadas y que comprometían su vida, sin olvidar a aquellas que en menor medida pudieran afectar su equilibrio biospico-social.

La ejecución de los cuidados se realizó estableciendo prioridad a las necesidades afectadas, sin embargo en el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería se presentan ordenadas conforme a la clasificación de necesidades de Virginia Henderson.

La evaluación de los cuidados se obtuvo mediante la observación de los resultados durante la etapa de ejecución, sin embargo algunos objetivos son a

largo plazo lo que dificulta hacer una evaluación más real de las intervenciones de enfermería.

IV. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA

Para definir la enfermería es necesario conocer su historia, su razón de ser y el proceso de profesionalización. La enfermería moderna se conoce desde inicios del siglo XIX, con la figura de Florencia Nightingale, sus escritos delimitan el campo de acción y promueven la enseñanza científica de las enfermeras. En México la enfermería nace como auxiliar del médico; durante mucho tiempo fue quien ayudaba con los pacientes limitándose a realizar las ordenes medicas ya que era considerada incapaz de tomar decisiones en el cuidado de las personas; en la actualidad esta ideología ha cambiado gracias al trabajo profesional de muchas enfermeras que han logrado definir su filosofía y su campo de acción.

La primera instrucción formal de enfermería fue en el año de 1902 y para 1907 se establece la Escuela de Enfermería incorporada al Hospital General donde la formación era de 2 años y solo se requería de la educación primaria para ingresar, las clases se impartían por médicos por lo que las materias carecían de contenido acerca de la disciplina, posteriormente la Escuela de Enfermería forma parte de la Secretaría de Salud y de la escuela de medicina, en dicha escuela se les instruía para ser auxiliares de los médicos (GOMESJARA, 1982).

En este sentido, en la actualidad, se hace necesario conocer el significado, de la enfermería, muchos autores han intentado definirla, haciendo referencia a su origen etimológico que se deriva del latín “infirmas que significa enfermedad”, no obstante aún no se llega a un concepto que satisfaga a todo el gremio de enfermeras (o), sin embargo se hará referencia a algunas definiciones que han sido reconocidas por el profesional de enfermería; Florencia Nightingale la define como “arte y ciencia” (GOMESJARA 1982).

Dorotea Orem como la “propiedad o atributo complejo de las personas formadas y entrenadas como enfermeras que capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer su demanda de autocuidado terapéutico, a controlar el ejercicio o desarrollo de su acción de autocuidado o cuidado dependiente” (MARRINER, 1983).

Dorothy Johnson la define como “arte y ciencia que tienden a la restaura

ción, mantenimiento y logro de un equilibrio dinámico del sistema comportamental en el grado más alto posible” (KERUAC, 1996).

Finalmente Henderson la define como “la única función de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible” (MARRINER, 1983)

Estos son algunos de los tantos conceptos que durante la historia de enfermería se han ido conformando, destacando que tienen en común la toma de acciones encaminadas a la conservación y la recuperación de la salud, lo que da lugar a que intervengan otros factores como son el entorno, la salud, la persona y el cuidado así la enfermería en su intento por delimitar su campo de acción ha establecido estos factores como conceptos que guían la práctica profesional formando el paradigma de enfermería, mismo que existe desde los escritos de Nightingale (FERNÁNDEZ, 1982).

Finalmente la profesión de enfermería se ha ido consolidando, se escribieron teorías y modelos de enfermería con la finalidad de encontrar su razón de ser, delimitar el campo de acción y encontrar la manera de hacer de enfermería una ciencia con sus propios conocimientos y bases científicas (GOMES JARA, 1982).

a) LA ENFERMERÍA ACTUAL

Enfermería es una profesión que nace con el hombre, pero es la ciencia más moderna, ya que la enfermera ha dejado de ser la asistente del médico, para formar parte de un equipo de salud. Dado que los cuidados de enfermería son el eje de nuestra atención, por ello deben de ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada, como lo es el Proceso de Atención de Enfermería. Actualmente se utilizan más los planes de cuidados individuales que ayudan a la persona de manera diferente, ya que tienen sus necesidades de atención. Enfermería debe de estar ante todo con el enfermo, ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con la persona sana debe de promocionar la salud.

En comparación con otras ciencias en desarrollo, la enfermería se sitúa en las fases iniciales del desarrollo científico. Hasta finales de los años 50 del siglo XX era poco frecuente la utilización en la literatura del término ciencia de la enfermería; este surge a partir de considerarse que la base del con

ocimiento para el ejercicio de la enfermería es inadecuada e incompleta, y que el desarrollo de una base científica para dicho ejercicio tiene una gran prioridad para la disciplina, la teoría forma parte del desarrollo del personal de enfermería en cuanto a educación, administración y ejercicio de la profesión. Ahora el gremio de la enfermera actual se basa en el ejercicio de mayor autonomía, responsabilidad, competencia técnica y científica, la enfermería competitiva y comprometida con la profesión, con la calidad de servicio y por supuesto con la misión de la seguridad social. La enfermera de hoy, está impregnada de valores humanísticos, capaz de enaltecer su imagen.

Siendo el deber fundamental de la enfermería mantener la salud, evitar las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, se afirma que los principios supremos que orientan la práctica son los de inviolabilidad de la vida, beneficencia, maleficencia y autonomía. En tal sentido es importante para la enfermería identificar qué valores y que pensamientos de la enfermería existen en cada contexto en el que actúa. Que prioridad se da a conceptos como altruismo, solicitud, equidad, eficiencia, respeto a la persona, humanidad, libertad, eficacia y metas sanitarias.

El mundo está cambiando a gran velocidad y la enfermería con él, las y los enfermeros deben estar a la altura de los retos y necesidades presentes y futuras, con altos niveles de seguridad, eficacia, pero sobre todo haciéndolo de forma continua puesto que las intervenciones de enfermería ahora son un lenguaje para describir los tratamientos de enfermería y los esfuerzos continuos para realizar investigación.

De esta manera la enfermera se abre las puertas a nuevos campos de acción como lo es en escuelas, ya que la enfermera escolar, con especialidad en primeros auxilios y salud pública, es quien se hace responsable de los reconocimientos médicos de salud. El profesional de enfermería, está a disposición para las consultas de los niños y sus padres. Así el trabajo de la enfermería optimiza la salud escolar.

Las áreas de desarrollo de la enfermería actual, derivada del conocimiento y de su aplicación a la práctica clínica, docente e investigadora, así como su creciente profesionalización y especialización que están dando nuevas armas a las generaciones recientes para que su cuidado sea más especializado y que le están dando un nuevo rumbo a la concepción de la enfermera.

La enfermería como profesión se está abriendo al mundo, mediante la utilización del Proceso Atención de Enfermería que facilita a la enfermera realizar sus intervenciones, en el área clínica como en la comunitaria. Este método, que tiene diversas formas de aplicación como el estudio de casos de pacientes con el objetivo de proporcionar una mejor atención directa y completa, impulsando, conservando y orientando la importancia de mantener una vigilancia estricta de la salud con base a los fundamentales problemas y necesidades del individuo.

El Proceso Atención de Enfermería se está utilizando en personas con diversos padecimientos en todas las edades.

Por su parte la creación de un sistema de alta calidad y dinamismo, propuesto por el programa informático Zainieri que basado en el modelo de necesidades Virginia Henderson, la comunicación que presenta Consuelo Barberana, del Servicio Vasco de Salud, plantea como finalidad la recogida bajo soporte informático de todos los cuidados y actividades que la enfermera realiza en la práctica clínica. Con una claridad absoluta en su exposición, y tras constatar en sus resultados un alto grado de satisfacción de las enfermeras, por encima de la media global y una valoración global del Proceso Atención de Enfermería también por encima de la media de la red, en la parte positiva y la inexistencia de algún trabajo científico en el 100% de las unidades. Otro ejemplo de la utilización del Modelo de Henderson es como modelo para la práctica asistencial, incluyendo algunos aspectos propios del entorno hospitalario que generan problemas y/o alteraciones en la satisfacción de las necesidades de la persona de una forma esquemática y de acuerdo a las propuestas para el desarrollo científico de un Modelo de Cuidados o Marco Conceptual de los Cuidados, ya que se fundamenta en las Necesidades humanas, en una situación de salud concreta y en un entorno ajeno al habitual hospital con el objetivo de orientar la recuperación, el mantenimiento o la mejora de la satisfacción de las necesidades de la persona donde aparecen problemas, la integración a su medio habitual en el menor tiempo posible, o el acompañarle en el proceso de la muerte.

La aplicación de las teorías y modelos de enfermería a la atención de enfermería de una persona, demuestra la vigencia de las teorías y modelos del Proceso Atención de Enfermería.

La teoría de Virginia Henderson y el Proceso Atención Enfermería son dos herramientas que facilitan el trabajo de enfermería, además ordenan los cuidados y fundamentan las acciones con la finalidad de hacer de esta no sólo una disciplina si no una ciencia que permite el desarrollo de las enfermeras, el desarrollo de la sociedad, a través de la promoción y prevención de la salud.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

a) PARADIGMAS DE ENFERMERÍA

Un paradigma según el filósofo Jun y el físico Capra es la manera de ver o comprender el mundo, están presentes e influyen en todas las disciplinas. En el área de enfermería además de proponer los elementos básicos de la disciplina se han agrupado de acuerdo a la corriente del pensamiento que corresponde tomando en cuenta las concepciones de Newman, Sime y Corcovan

/ Perry quienes los han clasificado en paradigma de la categorización, de la integración y de la transformación (FERNANDEZ, 2000).

El paradigma de la categorización centra su interés en la salud pública, por la necesidad social de mejorarla, así mismo para controlar las enfermedades infecciosas intrahospitalarias y de la comunidad, en el control estadístico y está orientado a la enfermedad, para tratar de controlar las infecciones. El escrito de Florence Nightingale pertenece a esta corriente del pensamiento, según ella los cuidados enfermeros están basados no sólo en la compasión sino en la observación y experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y nutrición y sobre todo las competencias administrativas. Ella fue la primera en escribir un reporte estadístico donde toma en cuenta la tasa de mortalidad y de mejora sanitaria (CARDENAS, 2004).

El paradigma de la integración se centra en la persona, ya que los acontecimientos históricos (crisis económicas y la segunda guerra mundial), pusieron a flote el sufrimiento humano, lo que creó la necesidad de formar el sistema de seguridad social (Hoffman / Splanel 1984); se escribieron tratados de terapia orientado hacia la persona (Rogers 1951) y la escala de necesidades de Maslow (1943), hecho importante ya que la teoría de Henderson se inspiró en esta para elaborar su teoría basada en las 14 necesidades que son una guía para la atención de enfermería (FERNANDEZ, 2000).

En este paradigma el cuidado se manifiesta como el eje central de la disciplina se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. Henderson no define el cuidado como tal, lo relaciona con la ayuda que la enfermera debe proporcionar a la persona para que logre ser independiente y mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada una de las 14 necesidades (MARRINER, 1983).

El cuidado a la salud existe desde que el hombre habita el planeta, así el cuidar la salud ayuda a que la vida continúe y permanezcan gracias a la reproducción (COLLIERE, 1993).

El registro de los cuidados en nuestro país existe desde la época prehispánica ya que siempre ha habido alguien que cuide la salud, por ejemplo en esa época, las parteras eran las que se encargaban de la mujer puérpera desde que se conocía embarazada, hasta después del parto, incluso era quien elegía el nombre del recién nacido (COLLIERE, 1993).

No sólo las parteras o comadronas como se les llamó, han sido las encargadas de proporcionar cuidados, sino desde siempre como una forma innata de la

mujer, primero por que es madre y se encarga de proporcionar alimento a sus hijos, pero también por ser curanderas ya que ella tenía la encomienda de recolectar plantas y frutos, al igual que raíces, tallos flores, pétalos y el polen que eran sometidos a descortezamientos y amasados de todas formas para así conocer sus propiedades, dicho conocimiento fue heredado y así la mujer no sólo ha sido curandera si no que también cuidadora, ya que en sus actividades cotidianas esta implícito el cuidar (COLLIERE, 1993).

Es importante destacar que el cuidado no nació como un oficio, los cuidados inicialmente eran para conservar la vida, pero también para conservar la salud, es decir cuando el hombre primitivo crea el concepto del bien y del mal, le dio mayor importancia al cuidado, puesto que para él, el mal era el resultado de la enfermedad y debido a esto se hizo una división de los cuidados que son los de costumbre o habituales que tienen que ver con la conservación y continuidad de la vida y los cuidados de curación y tratamiento que son los relacionados con el vencer los obstáculos que limitan la continuidad de la vida, así según Colliere (1979) cuidar es un acto de vida, ya que cuidar representa una serie de actividades encaminadas a mantener y conservar la vida.

De acuerdo con el paradigma de integración la persona es un todo, formada por la suma de sus partes misma que interrelacionan los componentes biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales, así mismo Henderson la considera como un individuo que requiere asistencia para lograr su salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables, considera a la persona y su familia como una unidad (CARDENAS, 2004). El ser humano es único y complejo con componentes biológicos, socioculturales y espirituales que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

Según esta orientación la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interrelación dinámica, Henderson considera a la salud como la capacidad del individuo para realizar sin ayuda las 14 necesidades y la relaciona con la independencia (CARDENAS, 2004).

Basada en Webster's New Collegiate Dictionary (1961) define entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo (MARRINER, 1983). Sin embargo Quillin (1989) deduce que Henderson define el entorno como la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona, en esta corriente de pensamiento el entorno lo constituyen diversos contextos

(históricos, sociales y políticos) en el que la persona vive.

El paradigma de la transformación es el más complejo de todos, ya que representa un cambio de mentalidad, misma que servirá de base de la apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, inspira nuevas concepciones de esta disciplina (CARDENAS, 2004). En este paradigma se ubica la escuela del ser unitario y caring, las cuales pretenden hacer un traslado de la integración a la transformación.

3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería tiene su origen con Hall (1955) y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco etapas actuales y al añadir la etapa diagnóstica, de igual manera Knowles (1976) sugirió que era necesario que fueran 5 fases para la práctica de enfermería (KOZIER, 1994).

Muchas teóricas han tratado de definir el Proceso Atención de Enfermería y todas coinciden en que es un método sistemático, parecido al método científico, ya que al igual que este también consta de etapas con bases teóricas y científicas, se dice que es la aplicación del método científico adaptado a los cuidados de enfermería, es un sistema que le ayuda a la enfermera a valorar las necesidades de cada individuo, así mismo y por medio de la valoración este método ayuda a la formación de diagnósticos enfermeros, a planear los cuidados y las actividades en general que se deben de ejecutar para ayudar a la persona a recuperar su independencia lo antes posible, independencia que perdió por no tener la fuerza, voluntad y conocimiento; Estos cuidados se deben de evaluar ya que de esta manera la enfermera puede modificar sus intervenciones (KOZIER, 1994).

Por otra parte el Proceso Atención de Enfermería es y seguirá siendo el instrumento de elección para que el personal enfermero proporcione el cuidado integral de forma racional, lógica y sistemática, tanto al individuo, como a la familia y a la comunidad, ya que este método es muy accesible, es decir que se puede adecuar a cualquier situación, condición y necesidad de las personas ya sean sanas o enfermas, por que se identifican las necesidades que están siendo alteradas y los riesgos potenciales, entendiendo como potenciales aquellas necesidades que al momento de la valoración están intactas, pero que existe la posibilidad de que se alteren por o a causa de las necesidades que se encuentran en deterioro, esto nos habla de lo que es la prevención de riesgos, no sólo debemos considerar a la persona como algo aislado

ado, si no que también debemos de tomar en cuenta su entorno en la familia o comunidad, y es así como le damos a los cuidados de enfermería la apertura a el mundo que es la finalidad de dichos paradigmas (CARDENAS, 2004).

El Proceso de Atención Enfermería lo conceptualizan la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

Concepto

La OMS (1977) define al Proceso Atención de Enfermería como un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, la comunidad o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del individuo / familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería, incluye también la planificación para cubrir estas necesidades la administración de cuidados y la evaluación de los resultados.

Phaneuf (1993) define el Proceso Atención de Enfermería, como un proceso intelectual compuesto de distintas etapas ordenadas lógicamente que tiene por objetivo planificar cuidados orientados al bienestar de la persona (MARRINER, 1983).

Henderson (1955) no escribe un concepto del Proceso Atención de Enfermería, pero afirma que en la relación enfermera-individuo hay tres niveles de relación que varía de una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente. Visualiza a la enfermera como sustituto de algo que le hace falta a la persona, que debe ser quien ayude y acompañe (MARRINER, 1983).

El personal de enfermería debe estar siempre en colaboración con el resto del equipo de salud, ya que se necesita fijar perfectamente cuales son las prioridades para que así se identifique las necesidades y utilizar los recursos con los que se cuenta y hacer de los servicios de enfermería, cuidados de calidad.

Dichos cuidados se deben de someter a la evaluación y dependiendo de la información que esta arroje se valorara cambiar el plan de cuidados para modificar las intervenciones y hacer de que los resultados sean en beneficio del individuo, familia y comunidad.

El Proceso Atención de Enfermería esta constituido por 5 etapas, mismas que guardan una estrecha relación entre sí, y son (CARDENAS, 2004):

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

La Valoración es la primera etapa del proceso y quizás la más importante ya que en ella se obtiene toda la información referente al individuo, según Atkinson y Murria (1986) “la valoración es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con la persona”, la valoración se hace con el consentimiento y participación del individuo y de su familia, a demás está etapa es un proceso continuo, que está presente en cada uno de las demás etapas, pues nos permite conocer más sobre la persona, a demás sin la valoración, no se pueden realizar los diagnósticos, ni planear los cuidados y ninguna otra etapa del PAE; Para realizar la valoración necesitamos conocer las fuentes que nos emiten recabar información, tales como (POTTER, 2002):

1. La observación
2. La entrevista
3. La exploración física y en este caso la exploración neurológica
4. El expediente clínico

Estas fuentes de información nos ayudan para hacer una recogida de datos que es “un proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud del individuo” (KOZIER, 1994).

La enfermera debe de considerar el estado de animo y físico de la persona, ya que de esto depende que los datos no sean equivocados o insuficientes, es importante ser neutral en cuanto a sus valores creencias y prejuicios, para evitar que se hagan juicios que alteran la información, que debe conocerse como “real, exacta y completa” (KOZIER, 1994).

Por otra parte existen dos tipos de datos, los “objetivos y los subjetivos”, los primeros son todos aquellos datos reales, por que existe evidencia, escrita (como por ejemplo resultados de laboratorio y/o estudios de gabinete) u observada (como la coloración de la piel, por ejemplo), los datos “subjetivos” son todos aquellos que nos proporcionan directamente el individuo, que no son datos comprobables por que no hay evidencia real que los avale, ya que sólo los identifica o siente el individuo y sólo él es quien los describe,

cuando un paciente siente prurito (comezón) o preocupación nosotros observamos que se rasca y su expresión, pero no podemos describir su sensación en particular.

La “observación” es algo indispensable para la enfermera o (o), ya que esta siempre está pendiente de la persona, en esta se utilizan todos los sentidos sensoriales (vista, oído, tacto, olfato e incluso el gusto) para identificar las necesidades alteradas y las que se pueden llegar a alterar (TAMAYO, 1999).

La observación es “una técnica consiente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado”, es una técnica que se presta para el error, ya que se pueden interpretar mal las reacciones del individuo, a esto se le llama conclusión prematura, ya que la enfermera o (o) puede observar que la persona esta rubicundo y empieza a sacar juicios relacionados quizás con incremento en la temperatura o por aumento en la presión sanguínea y esto resulta ser falso por que quizás el individuo sólo se ejercitaba (KOZIER, 1994).

Otra característica de la observación es ser descriptiva, es decir, se tiene que detallar los rasgos del individuo en estudio, y evitar que se obtengan datos inconclusos.

La “entrevista” es otro medio para obtener información esta debe ser “continua en la relación enfermera / individuo y llevarse a cabo en un ambiente de privacidad”. La finalidad de la entrevista es “obtener información, identificar problemas y preocupaciones, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o aconsejar” (ROSALES, 2004).

Para llevar a cabo la entrevista es necesario conocer los tipos de entrevista que existen, los cuales son la “entrevista dirigida o formal” la cual emplea un instrumento conformado con preguntas concretas, que nos ayuda a obtener información precisa, el entrevistador tiene el mando para dirigir la entrevista y el individuo no tiene la oportunidad de hacer preguntas.

Esta entrevista debe ser planeada para terminarla en determinado tiempo y así evitar que el individuo se canse y obtener datos reales, ya que el cansancio se presta a que de información falsa; además también en esta se debe de establecer un propósito que es recolectar datos precisos y específicos (TAMAYO, 1999).

La “entrevista no dirigida o informal”, la persona es quién controla el pr

opósito, es decir en esta entrevista no se necesita un instrumento que contenga preguntas cerradas, si no que el individuo expresa su sentir y nos proporciona datos más subjetivos. “La entrevista no dirigida se utiliza para resolver los problemas, aconsejar y valorar la realización” (Stewart y Cash 1998). Es importante tomar en cuenta que se deben de hacer preguntas dirigibles y no dirigibles, para que se empiece a ser un informe o el análisis de los datos y está debe de cubrir los datos que en la entrevista formal no se obtuvieron y así llamar la atención del individuo, por ejemplo cuando la persona está angustiada por determinada enfermedad, la enfermera lo orienta y le proporciona información sobre dicha enfermedad para tratar de calmar su angustia y hacerle ver un panorama menos grave pero también se debe de “poner la autoridad u organización para obtener datos necesarios dentro del marco de tiempo establecido” (KOZIER, 1994).

“La exploración física” es una parte fundamental en la recolección de datos objetivos, está debe hacerse de forma organizada, la más común es la exploración cefalocaudal en la cual se empieza de cabeza, cuello, tórax, abdomen, y extremidades, terminan en los pies. Pero también se puede utilizar la exploración física por aparatos y sistemas en la cual se explora cada sistema por ejemplo el sistema respiratorio, cardiovascular, nervioso, endocrino, etc. (WIECK, 1988)

Para realizar la exploración física se deben de utilizar las técnicas de palpación, percusión auscultación e inspección. Dentro de la exploración física debemos de medir los signos vitales, ya que estos nos proporcionan datos muy importantes sobre el funcionamiento de toda nuestra economía y no solo de los órganos diana (cerebro, corazón y pulmón) (WIECK, 19889).

“La exploración neurológica” es un método para obtener información del sistema nervioso central y periférico, así mismo del sistema autónomo y somático, dicha exploración nos va a dar datos sobre las funciones mentales superiores tales como la atención, inteligencia, memoria y juicio; el estado de conciencia que son alerta, somnolencia, estupor y coma; la respuesta pupilar, así como el tamaño, forma, centricidad y la respuesta a la luz; signos vitales de los cuales se debe de vigilar la hipotermia, hipertermia, los tipos de respiración ya sea Cheynes Stokes, hiperventilación neurógena central, atáxica, apnéusica, respiración en racimo, la taquicardia, bradicardia, la hipertensión, también se valora la sensibilidad y motricidad (LOZA, 2004).

“El expediente clínico” es una fuente de información rica en cuanto a que en éste se almacenan tanto los diagnósticos médicos como los resultados de laboratorio, como los exámenes de gabinete y las notas de evolución del mé

dico y en ocasiones escriben información de la patología. Es una fuente con fiable, ya que por ser un registro médico / legal los datos que en él aparecen son objetivos (KOZIER, 1994).

Estas han sido las fuentes de información más comunes, pero la fuente más importante es el individuo ya que la información que él nos proporciona ayuda tanto a médicos como a enfermeras o (o) para conocer sus necesidades y así identificar las alteraciones que este presentando, ya que nos proporciona datos objetivos mediante el consentimiento para la realización de la exploración física y neurológica, al igual que la realización de exámenes de laboratorio y gabinete, de la misma manera nos proporciona datos subjetivos al expresar su sentir mediante la entrevista, ya sea formal o informal; Debido a ello se convierte en el personaje elemental para la recopilación de datos.

Los Diagnósticos surgen en la década de los 70, 's, en 1973 la First National Conference on the Classification of Nursing Diagnosis acepto la siguiente definición “un diagnóstico de enfermería es el juicio o conclusión que emite una enfermera después de hacer una valoración (Gebbie y Lavin 1975)”. Según Gordón (1976) el “diagnóstico de enfermería o diagnóstico clínico realizado por una enfermera describe una combinación de signos y síntomas que indican problemas de salud actuales o potenciales, que las enfermeras por su capacitación legal y de formación pueden tratar”. Edel (1982) el “diagnóstico de enfermería es el informe de una alteración en el nivel de salud del individuo ya sea actual o potencial, que se deriva de la valoración y que requiere de la intervención que concierne a la enfermera”.

Para desarrollar los diagnósticos de enfermería es necesario haber obtenido toda la información necesaria y haberse realizado el análisis de las necesidades alteradas, ya que los diagnósticos se hacen a través de la información previamente analizada, nos permite visualizar las fuentes de dificultad y el grado de dependencia en la que se encuentra las necesidades según Henderson ((1955). Por otra parte según Fernández (1993) dice que el problema de dependencia y la fuente de dificultad o factor etiológico nos llevara a estructurar el diagnóstico.

En Marzo de 1990 la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) define el diagnóstico de enfermería como un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud / procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable.

La Taxonomía (clasificación) de la NANDA (IX Conferencia, 1990) sugiere que una vez identificados los problemas en la fase de valoración, se estructuraran el diagnóstico con este modelo que permite realizar una analogía en su configuración de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson de la siguiente forma (KOZIER, 1994):

Modelo De Henderson NANDA

Definición del problema de dependencia
Etiqueta diagnóstica de la NANDA

Datos de dependencia
Características definitorias mayores o menores

Causas de dificultad
Factores relacionados contribuyentes

Los diagnósticos deben de tener determinadas características o componentes .

1. Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.
2. Se enfoca al individuo.
3. Varía según cambian las respuestas del individuo.
4. Orienta las actividades independientes de enfermería en la planificación, ejecución y evaluación.
5. Es complementario al diagnóstico médico.
6. El sistema de clasificación no está universalmente aceptado, varios sistemas están en desarrollo.

Es importante recordar que el diagnóstico de enfermería no debe confundirse con el diagnóstico médico, ya que éste se centra en la patología del individuo y el diagnóstico de enfermería se basa en necesidades y retoma el diagnóstico médico sólo, para orientar los cuidados que se le deben proporcionar al individuo dependiendo de la patología (ROSALES, 2004).

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de enfermería y se denominan como formato PÉS (problema, etiología y signos y síntomas), (Gordón 1976) que sirve para formular los diagnósticos, generalmente se identifica el problema como si fuera la etiqueta del diagnóstico y

a que se describe de forma sintética, clara, concisa y sobre todo breve y específica el problema de salud del individuo (familia y comunidad) que puede ser real como potencial y se relaciona con la etiología u origen del problema, en está se identifican las causas posibles del origen del problema tomando en cuenta el entorno como la conducta del individuo y que se manifiesta con los signos y síntomas que deben de estar presentes al momento en que se realice el diagnóstico, ya que estos son la manifestación clínica del problema de salud del individuo que está alterando la necesidad y que lo hace perder su independencia (GARCIA, 1997).

Debemos tener claro que los diagnósticos de enfermería deben de estar al alcance de la labor de enfermería, es decir no abarcar otras áreas diferentes, ya que para eso existen otras áreas como la medicina, el personal de enfermería debe de estar en contacto con todos los integrantes de los servicios de salud, la enfermera debe de enfocarse únicamente a los cuidados y no a la patología, error en que muchas veces se tiende a caer al realizar no sólo los diagnósticos si no todo el Proceso Atención de Enfermería (KOZIER, 1994).

Otra parte de este Proceso Atención de Enfermería es La Planificación de los cuidados de enfermería, que es fundamental para que la ejecución de los cuidados, permite visualizar las estrategias que la enfermera o (o) debe efectuar para proporcionar cuidados de enfermería de calidad.

La planificación se define como “el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del individuo que se ha identificado durante el diagnóstico” (KOZIER, 1994).

Dentro de la planificación es importante tomar en cuenta a los miembros del equipo de salud y los familiares, entre ellos se deben de tomar en cuenta a las personas que los cuidan en casa, ya que se deben de conocer las características y particularidades de estos cuidadores, ya sean enfermeras o los mismos familiares, si este fuera el caso es importante conocer las limitaciones sobre los recursos económicos, físicos y psicológicos de quien proporciona los cuidados (GARCIA, 1997).

Para realizar la planificación se debe establecer prioridades, que generalmente se jerarquizan retomando la escala de necesidades de Maslow, dichas necesidades son las relacionadas con la supervivencia tales como el aire, la comida y el agua. Para establecer las prioridades, es necesario involucrar al individuo, salvo que en estas se vea comprometida la vida, de la misma manera se deben de priorizar los tratamientos médicos que alguna otra neces

idad, las prioridades que no implican poner en riesgo la vida del paciente se pueden ir aplazando, pero no deben de olvidarse, ya que estas pueden desencadenar reacciones que de cómo resultado la inestabilidad de las necesidades básicas. Las prioridades varían ya que van modificando conforme cambia el estado de salud del individuo y por ende sus necesidades (CARDENAS, 2004).

También se deben de fijar objetivos que sean alcanzables, ya sea en corto o a largo plazo, según Chirstensen (1986) el “diagnóstico de enfermería guía a el tipo del enunciado de los objetivos”. Los objetivos pueden reflejar restauración de la salud, mantenimiento de la salud o promoción de la salud (KOZIER, 1994).

Los objetivos deben de planearse conforme la conducta del individuo y no conforme a las actividades de la enfermera (o).

Los objetivos deben de ser realistas ya que deben de estar encaminados a la limitación del individuo, por ejemplo mi objetivo es lograr que la persona lea un párrafo de una revista cuando ella es amaurotica y no tiene ninguna instrucción sobre el lenguaje y escritura braile (ROSALES, 2004).

En la elaboración de los objetivos debemos de implicar al individuo para acordar los objetivos planteados y mantenerlo motivado para concentrar su energía en el logro de estos, los cuales deben de ser compatibles con el tratamiento médico. Así mismo se debe de planificar un plan de alta, para evitar que la persona presente recaídas y mantener su estado de salud.

La Ejecución es la cuarta parte del proceso y podría llamarse como la parte práctica, ya que en está la enfermera proporciona directamente los cuidados del individuo, para esto es importante que, se haya realizado correctamente todas las etapas anteriores.

La ejecución “implica poner en practica las ordenes de enfermería y las ordenes medicas” (KOZIER, 1994).

Es fundamental tomar en cuenta la participación de la persona, siempre y cuando su condición lo permita, según Henderson hay niveles de dependencia y estos nos darán la pauta para involucrar al individuo en su cuidado.

Para llevar acabo la ejecución es indispensable que se actualice la valoración, validar el plan de cuidados, determinar las necesidades, ejecutar las estrategias, comunicar las actividades de enfermería y documentar el plan de a

tención (GARCIA, 1997).

La actualización de la valoración se refiere a que la enfermera obtenga datos de los cambios que los individuos van presentando. Estos nuevos datos se enfocan en las necesidades más específicas e incluso urgentes, que deben de ser interpretadas para cambiar las prioridades y proporcionar cuidados de calidad y calidez, así se va haciendo la validación del plan de cuidados, ya que éste no puede ser fijo, y menos con la persona con alteración del estado neurológico, que se puede deteriorar en cuestión de minutos y que enfermera debe de determinar si aún es válido el plan o si se requiere cambiarlo, de esta manera se determina las necesidades de apoyo que están basadas en el trabajo de equipo, ya que las nuevas necesidades del individuo pueden requerir la ayuda de otras enfermeras, que cuenten con más conocimientos, habilidad, experiencia y así satisfacer las necesidades del individuo (LOZA, 2004).

La ejecución de las estrategias de enfermería está encaminada a alcanzar los objetivos planteados en los diagnósticos para satisfacer las necesidades alteradas y para el logro su independencia (KOZIER, 1994).

Para que el plan de cuidados sea exitoso es importante que se lleve un seguimiento, ya sea comunicar verbalmente o por escrito, así las demás enfermeras conozcan el plan y le den continuidad, es importante no anotar procedimientos antes de que se hayan realizado, si no que después de que se ejecuten.

Todos los procedimientos de enfermería deben de ser documentados quizás, no se anote en la hoja de enfermería, pero la enfermera tiene la obligación de tener dichos conocimientos de los procedimientos que realice y si no, tiene el compromiso de estudiarlos, pero siempre debe de actuar con conocimiento de causa (LOZA, 2004).

Para llevar a cabo los cuidados, la enfermera debe de conocer cual es su intervención, ya que pueden ser (KOZIER, 1994):

- ? Independientes: Cuando la enfermera tiene el conocimiento y capacidad para proporcionar el cuidado.
- ? Dependientes: Son las acciones que realiza bajo las indicaciones medicas.
- ? Colaboración: Son las actividades que realiza con otros miembros del equipo de salud.

Por último La Evaluación, es la quinta etapa del Proceso Atención de Enfermería y se realiza en cada una de las etapas anteriores. La evaluación del cuidado es algo en lo que se sigue trabajando y que es fundamental, ya que el evaluar el plan de cuidados nos indica si la intervención de la enfermera es apropiada o si fue insuficiente (POTTER, 2002).

Se ha evaluado el cuidado desde los escritos de Florence Nightingale, ya que se requiere saber si el cuidado de enfermería es de calidad y oportuno para ayudar a que el individuo, recupere su independencia.

La evaluación nos permite modificar el plan de atención, ya que si los cuidados no arrojan los resultados que favorezcan la recuperación del individuo, dicho plan debe ser cambiado, así como las intervenciones de enfermería.

Es importante que el personal de enfermería sea eficiente, para asegurar la calidad del cuidado del individuo. La enfermera debe de tener la educación básica, demostrar una ejecución de calidad según se determine por los estándares preestablecidos. Los estándares clínicos y los métodos de precisión de la ejecución se deben de enunciar claramente y designarse eficazmente. Se sugiere la formación continuada como método de ayuda al personal de enfermería a depurar y mejorar las conductas ineficaces (POTTER, 2002).

4. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en Estados Unidos de Norteamérica en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos, inicia su interés por la enfermería durante la segunda guerra mundial y se graduó en 1921 en la Army School of Nursing de Washington D. C. Tiene una larga carrera como investigadora y autora (MARRIENR, 1983).

La decisión de Henderson por crear su propia definición de enfermería fue influenciada principalmente por la necesidad de aclarar las funciones de las enfermeras.

Henderson considera su trabajo como una definición y no pretendió elaborar una teoría ya que en su tiempo no era motivo de especulación (CARDENAS, 2004).

Una de las grandes preocupaciones de Virginia Henderson era que la enfermera no tuviera una función propia por lo que le interesaba darle identidad a lo que hacer enfermero, de aquí la importancia de definir a la enfermería en términos de funciones.

El concepto de enfermería de Virginia Henderson nos describe los elementos clave de su teoría y agrega nueva terminología, como el ser independiente que para ella es fundamental y lo define como “la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones suficientes para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación” (GARCIA, 1997).

En individuos sanos la independencia se va adquiriendo y perdiendo conforme avanza la curva de la vida. Esta se logra cuando la persona es capaz de responder de forma correspondiente a las exigencias de la vida diaria de manera adecuada. Si la persona no logra satisfacer estas necesidades entra en juego otro concepto muy utilizado por Henderson la dependencia que se instala desde el momento en que el individuo requiere de otra persona que le ayude a recobrar su independencia (POTTER, 2004).

Henderson define a la dependencia como la “ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, pero también puede ser que las actividades sean insuficientes o que no resulten adecuadas (CARDENAS, 2004). De esta manera también elabora los niveles de dependencia que son:

- ? La persona es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
- ? Es independiente si utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis de ese modo logra satisfacer sus necesidades.
- ? Comienza a ser dependiente si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien.
- ? Dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato o prótesis.
- ? Mayor dependencia cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones para la satisfacción de sus necesidades aunque sea capaz de participar en estas acciones.
- ? Totalmente dependiente cuando ha de ponerse de manera total en manos de otra persona por que es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

Estos niveles de dependencia están dados por determinadas causas que producen dificultad, Henderson las define como “los obstáculos o limitaciones

personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades” y las agrupa en (CARDENAS, 2004):

? Falta de fuerza, interpretando por fuerza no solamente la capacidad física o habilidades mecánicas, si no también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación a la cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

? Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones de salud y enfermedad de la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

? Falta de voluntad, entendida como la capacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de cualquiera de estas causas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, ya que los individuos deben comprometerse dentro de sus capacidades y recursos para llevar a cabo todas las acciones encaminadas a su bienestar.

En este sentido las 14 necesidades elementales que la persona debe cubrir para lograr su independencia y que Henderson elabora para dar orden al momento de proporcionar los cuidados de enfermería son (MARRINER, 1983):

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de nutrición e hidratación
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de descanso y sueño
6. Necesidad de usar prenda de vestir adecuadas
7. Necesidad de termorregulación
8. Necesidad de higiene y protección de la piel
9. Necesidad de evitar peligros
10. Necesidad de comunicación
11. Necesidad de vivir sus creencias y valores
12. Necesidad de trabajar y realizarse
13. Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas
14. Necesidad de aprendizaje

Estas necesidades ayudan a la enfermera a guiar sus prioridades en el momento

ento de proporcionar cuidados pero también nos habla indirectamente del rol de la enfermera, que Henderson llama el rol autónomo de la enfermera y señala que (MARRINER, 1983):

- ? La enfermera ejerce funciones que le son propias. Independientemente del médico, pero apoya su plan.
- ? La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere.
- ? Cuando trata de usurpar el rol del médico descuida sus funciones y las delega a un personal menos calificado.
- ? La persona y la sociedad espera un servicio especial por parte de la enfermera.
- ? El rol de la enfermera está ligado a la satisfacción de las 14 necesidades y al restablecimiento de la independencia de la persona cuidada.
- ? La enfermera está formada en ciencias biológicas.
- ? La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Según Henderson la persona debe (MARRINER, 1983):

- Mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- El individuo y su familia forman una unidad.
- Las necesidades del individuo están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

Así mismo la salud representa para Henderson (MARRINER, 1983):

- La calidad de vida
- La salud es necesaria para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- La promoción a la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Para Henderson la persona es capaz de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad y debido a esto la enfermera debe (MARRINER, 1983).

- Tener formación en materia de seguridad.
- La enfermera debe de proteger a la persona de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento

to y mantenimiento.

- Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos de seguridad.
- Las enfermeras deben de conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Henderson identifica la relación enfermera - individuo, para promover a la enfermera como el ser sustituto de algo necesario para la persona, la enfermera como ayuda y como compañera y escribe que la enfermera es “de forma temporal, la conciencia de la inconsciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre, el micrófono para los demasiado débiles o introvertidos para hablar” (GARCIA, 1997).

5. SINDROME DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA

La hipertensión intracraneana es un desequilibrio que se produce entre la capacidad volumétrica del continente cráneo y la masa del contenido encefalo (DR, CARDENAS, 1979).

La hipertensión intracraneana es debida al aumento del contenido sólido, del contenido líquido o ambos (ASENJO, 1966).

Cuando se produce aumento de la presión intracraneana (PIC), por aumento del contenido de líquido cefalorraquídeo (LCR), se produce la hidrocefalia que puede tener diferentes orígenes como (ASENJO, 1966):

? Obstrucción debida a una masa ocupante (tumor) que bloquee en diferentes niveles el sistema de absorción (granulaciones de Pachioni y vellosidades aracnoides) y producción del LCR (ventrículos).

? Falta de absorción del LCR o una excesiva producción.

HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA BENIGNA

Se presenta en mujeres jóvenes y obesas, se desconoce su origen, pero Bionmon argumenta que aumenta la presión por que hay una formación excesiva de LCR o que su origen puede estar relacionado con alguna etiología endocrina (ADAMS, 1982).

La hipertensión intracraneana se manifiesta de forma clínica y oftalmológica, las alteraciones clínicas son:

? Cefalea: Puede ser de aparición brusca o gradual, generalizada o parcial, puede ceder o no a los analgésicos, pero el inicio siempre es el mismo.

? Nausea y vómito: Ambos se predicen uno del otro y pueden ser ocasionales o continuos, se relacionan con los alimentos, varia la intensidad, ya que pueden ser mínimos o en proyectil.

? Mareos: Puede ser esporádico y es debido a la disminución en la irrigación sanguínea del encéfalo o por el desplazamiento que sufren las estructuras

as nerviosas (amígdalas y el hipocampo).

? Alteraciones del estado de conciencia: Es producido por el daño de las funciones del encéfalo (tronco, cerebelo y bulbo), ya que mientras más tiempo pase y continúe el aumento de la PIC se altera el patrón respiratorio que puede ser tan grave que la persona puede presentar la respiración de Cheyne Stokes que consiste en un ritmo caracterizado por respiraciones superficiales que se amplían para que después lleguen a disminuir gradualmente y se produzca una pausa respiratoria, así mismo también se ve afectado el sistema reticulador ascendente que se encarga de mantener el estado de vigilia y del despertar del sueño, también se produce bradicardia de 40 pulsaciones por minuto.

? Convulsiones: Por la irritación que causa el edema a nivel de la corteza cerebral.

? Parálisis del VI nervio craneal el patético.

? Las alteraciones oftalmoscópicas son: Congestión papilar, borramiento de la papila, edema papilar, aumento de la mancha ciega, reducción concéntrica del campo visual, hemorragia y atrofia post edema.

Estas alteraciones son las que ayudan a dar el diagnóstico confirmatorio de la hipertensión intracraneana, ya que el nervio óptico es la ventana directa al encéfalo; puesto que se observa el edema de la papila que es un síntoma precoz en cuadros agudos y en cuadros crónicos persiste, ya que empieza a perderse la concavidad fisiológica de la papila, haciéndose plana y que se acompaña de la pérdida pasajera de la visión. Cuando el edema aumenta de forma lenta y progresiva, la papila se hace más prominente, dando lugar a la congestión papilar, pérdida del pulso venoso, presencia de hemorragias y por último originando una pérdida de la visión, en semanas o meses la papila se torna gris y se pierden los bordes lo que conduce a la ceguera o amaurosis, este cuadro es irreversible. El edema de papila en la neuritis óptica retrobulbar producido por aumento de la PIC debida al exceso en la producción de LCR o en el fallo del mecanismo de reabsorción es en ambos ojos y de manera simultánea, lo que no pasa cuando es producido por un tumor que este causando el edema (ASEMJO, 1966).

El valorar la vía óptica proporciona datos de suma importancia ya que orienta para saber el sitio de lesión, divide en anterior que se extiende desde la célula bipolar y ganglionar de la retina hasta el cuerpo geniculado, y la parte posterior o neurón central que va desde el cuerpo geniculado hasta el lóbulo occipital. En la parte anterior se encuentra el nervio óptico, el quiasma y las bandaletas y cuando está afectada se observa palidez de la papila, disminución o la completa abolición del reflejo a la luz y los campos visuales son heterónomos. La afección de la vía óptica en su parte posterior la lesión puede ubicarse en el cuerpo geniculado y en el asa de Meyer y en la cisura calicina y da como resultado hemianopsias. La vía óptica se explora mediante:

? Campo visual, agudeza visual, cromatopsia, fundoscopia

El campo visual se conforma de dos partes que es la visión nasal o central y la visión temporal o periférica que se puede examinar mediante un aparato llamado campímetro de Colman o por medio de la exploración, pero para esto se necesita que el explorador tenga íntegros sus campos visuales ya que debe colocarse enfrente del paciente con sus ojos a la misma altura a una distancia de 50 cm., el examen se hará de cada uno de los ojos por separado, tanto el explorador como el explorado se deben de cubrir uno de sus ojos con una lamina opaca o con la mano evitando oprimir el ojo, el explorador deberá taparse el ojo derecho y el sujeto explorado el ojo izquierdo y viceversa para valorar el otro ojo y se le pedirá a él paciente que no mueva su mirada ni su cabeza, posteriormente se le pide que mire el dedo índice del explorador y este lo debe de mover yendo del centro a la periferia, siguiendo un radio de un círculo y el explorado deberá informar en que momento ya no ve el dedo y cuando esto sucede es por que ya se ha llegado a el limite del campo visual (BARRAQUER, 1968).

El campímetro funciona de manera similar, solo que es más preciso ya que en este se mide el campo visual con una escala graduada que determina con mayor precisión el límite del campo visual y se logra identificar el tamaño de la mancha ciega.

La exploración de la agudeza visual indica el grado de lesión de la función de la vía óptica, está de igual manera debe de explorarse en cada ojo por separado y se mide con la escala de Snellen a una distancia de 6.60 metros y se ilumina la escala con la luz situada detrás del paciente que debe de tener un ojo cubierto, las letras más grandes son visibles a 200 pies y la hiler a inferior a 20 pies, las hileras intermedias son de visibles a 100, 70, 50, 40 y 30 pies; si una persona ve las letras más pequeñas significa que tiene una agudeza visual de 20/20 que es lo normal, si ve las de 30 su agudeza es de 30/20 y así sucesivamente. También se puede medir sin la carta, poniendo a leer o contar el número de dedos que le muestra el examinador a distancia (CARDENAS, 1959).

La cromatopsia es una técnica oftalmoscópica que sirve para valorar la visión de colores y para explorarla es necesario mostrar a él paciente listones de colores para que este los identifique (CARDENAS, 1959).

Por otra parte la fundoscopia o examen de fondo de ojo se explora por medio del oftalmoscopio de luz directa, en un cuarto de preferencia, en pacientes con pupilas muy pequeñas es útil aplicar sustancias que contribuya a dilatar la pupila para que se pueda observar mejor el fondo de ojo. Este examen nos proporciona datos de las condiciones físicas de la papila óptica, vasos retinianos, de la retina y la mácula.

? En la papila se observa su color, si es pálida o blanca nacarada; de los bordes se examina si están definidos, borrosos o si no son visibles. También s

e revisa la excavación fisiológica que se encuentra en la porción central y que corresponde a las fibras del nervio óptico, en esta se valora la profundidad si es la normal, si es exagerada o si está ausente.

? El edema de papila se contempla si está presente, ya que cuando esta se identifica el borramiento del borde de la papila que puede ser ligero o completo, también se ve la ingurgitación venosa, desaparición de la excavación fisiológica, pequeñas hemorragias y la elevación del borde disco. El edema se mide en dioptrías, cuando es discreto es de 2 a 3 dioptrías y cuando es más intenso es mayor a 3 dioptrías y es más grave el daño.

También deben de explorarse los nervios oculomotores que son el III motor ocular común, IV patético y VI motor ocular externo, se valoran juntos ya que trabajan en forma conjunta y sinérgica puesto que el III NC tiene dos vías la intrínseca y extrínseca que inervan al IV NC y el VI NC (BARRAQUER, 1968).

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

Gran parte de los pacientes que padecen de hipertensión intracraneana se recuperan gradualmente en periodos de varios meses, pero si no se logra controlar los signos y síntomas y se producen episodios de visión borrosa o oscurecimientos, es muy probable que se llegue a la ceguera (ADAMS, 1982).

El tratamiento medico consiste en realizar punciones lumbares para medir la PIC que lo normal es de 70 a 140 mm de agua, pero hay autores que la consideran normal hasta 200 mm de agua y así ayudar a disminuir la presión, el tratamiento farmacológico consiste en administrar corticoesteroides ó acetazolamida que en su mecanismo de acción ayuda a disminuir el edema por que bloquea la producción del LCR, el tratamiento quirúrgico consiste en instalar un sistema de derivación, lumbo-peritoneal o ventrículo peritoneal la cual sirve para desviar el exceso de LCR a la cavidad del peritoneo que funciona como una membrana que permite eliminar por la orina el liquido (ADAMS, 1982).

La mayoría de las medidas empleadas para obtener la normalización de la presión intracraneana van dirigidas a reducir el volumen de los constituyentes de la bóveda craneana.

POSICIÓN DEL PACIENTE

Por mucho tiempo fue criterio generalizado la elevación de la cabeza en los pacientes con hipertensión endocraneana, de 30 a 45 grados sobre el nivel de la aurícula izquierda; sin embargo estudios ulteriores no han demostrado variaciones significativas de la PIC con las modificaciones en la altura de la cabeza. Aún así se ha aceptado como la de las medidas generales más importantes para disminuir la PIC. Se calcula que la resistencia que impone el cerebro a la circulación de LCR es de 7 mm Hg min./ml. Al aumenta

r esta resistencia, comienza a elevarse la PIC. Cuando se eleva la cabecera del paciente, esta resistencia disminuye considerablemente y el LCR se absorbe con mayor eficiencia (LUNDBERG'S, 1978).

Existen factores hipotéticos que justifican tales conductas, de estos el más universal refiere que la elevación de la cabeza mejora el drenaje venoso intracraneal; criterio con el que no todos los autores están de acuerdo. Ejemplo: Algunos plantean que el componente vascular venoso intracraneal está de hecho reducido durante la hipertensión endocraneana pues las venas superficiales se colapsan; Pero ¿sucede lo mismo con los senos venosos, cuyas paredes son de origen dural y de hecho resistentes a la compresión?. Por otra parte otros consideran que las modificaciones en la presión son provocadas por cambios hidrostáticos. (BRADBURY, 1980).

En contra de esta posición algunos autores fundamentan que el Fowler disminuye el retorno venoso y por lo tanto una caída del gasto cardiaco, con la consiguiente disminución de la presión de perfusión cerebral.

En conclusión la posición de la cabeza debe valorarse en cada paciente de forma individual, es decir posición optimizada.

CONTROL DE LA TEMPERATURA

Cuando se presenta hipertensión endocraneana debe evitarse en lo posible la hipertermia. El metabolismo cerebral aumenta 5 a 7% por cada grado centígrado que aumente la temperatura. Lo ideal es mantener una temperatura entre 35 y 37° C en las primeras 14 horas de haberse producido la lesión cerebral manteniéndose durante las siguientes 72 horas (SCHAWRTZ, 1996).

Hipotermia.

La hipotermia aumenta el riesgo de neumonía y puede estar asociada con arritmia cardíaca y pancreatitis. Con ello se logra prevenir el incremento de la presión intratorácica y la presión venosa asociada a la tos.

El uso de la hipotermia convencional, denominándose así al descenso de la temperatura corporal por debajo de 30° centígrados, se utilizó en el tratamiento de la hipertensión intracraneal puesto que disminuye la actividad metabólica, el consumo de oxígeno y el flujo sanguíneo cerebral. No obstante el gran número de complicaciones que se producían, además de las dificultades técnicas para mantener esta temperatura limitaron su aplicación práctica.

Se han realizado estudios con hipotermia moderada que ha arrojado efectos beneficiosos sobre los aumentos de PIC, pero el escaso número de pacientes exige el análisis de grupos mayores.

6. DETERIORO ROSTROCAUDAL

A medida que la masa intracraneal aumenta, se produce un desplazamiento del LCR seguido por el compartimento intravascular craneal como mecanismo de compensación para mantener una presión intracraneana dentro de límites normales. Se considera que los valores normales oscilan entre 10 y 20 mm Hg a nivel del agujero de Monro; sin embargo, suelen encontrarse variaciones frecuentes con cifras más altas, como respuesta fisiológica ante la elevación de la presión torácica al toser o fluctuaciones periódicas normales relacionadas con cambios de la presión arterial, respiración o presión de CO₂.

Es decir que el aumento de la PIC se considera que afecta la función del encéfalo por dos mecanismos (WEAVER, 1892):

1ro- La interrupción de flujo sanguíneo por debajo del nivel crítico requerido para llevar al tejido nervioso una cantidad suficiente de O₂ y nutrientes.

2do- La Herniación en determinadas regiones como la ocurrida a través del tentorio ó la hernia transforaminal que provoca compresión o isquemia directa del tallo encefálico.

Existen un grupo de manifestaciones clínicas como resultado del incremento agudo y progresivo de la PIC y que se han agrupado en el denominado Síndrome de degradación rostrocaudal, el cual se observa con frecuencia en la práctica diaria y que es de elemental conocimiento para el personal que trabaja con pacientes graves y/o emergencias médicas, teniendo en cuenta que un diagnóstico tardío de este síndrome conlleva la muerte o secuelas severas en los pacientes (BAVETTA, 1996).

Primera etapa.

En este periodo existe modificación del volumen intracraneal, a expensas del desplazamiento de uno de los componentes líquidos, LCR y/o sangre. No se observan variaciones cuantitativas de la PIC y sí se produce de forma paulatina pueden no haber síntomas o signos sugestivos de tales disturbios.

Segunda etapa.

Durante esta etapa de subcompensación se produce una elevación de la PIC, generalmente ligera y comienzan a aparecer síntomas como consecuencia de la resistencia a la entrada de sangre al lecho vascular cerebral, dentro de los que se encuentran la hipertensión arterial y la bradicardia.

Tercera etapa.

Es el periodo en el cual los mecanismos buffer son insuficientes para compensar las variaciones en la magnitud de la PIC y comienza a desplazarse el tejido cerebral en dependencia de las líneas de fuerza, las herniaciones.

La sintomatología es abundante y existen alteraciones como resultado de la Hipoxia-Isquemia cerebral. Los complementarios que pueden medir el funcionamiento encefálico muestran su bancarrota.

Cuarta etapa.

Coincide con los niveles bulbares de la degradación rostrocaudal, y traducen irreversibilidad del proceso. Las manifestaciones clínicas evidencian la agnición del control de las funciones autónomas. Es el periodo terminal.

7. ALTERACION EN LOS SIGNOS VITALES

La variación de la frecuencia cardiaca ha recibido menos atención aun cuando se haya demostrado como el signo autónomo de mayor importancia ante la expansión (DURWARD, 1983).

La respiración es el tercer parámetro vital que se evalúa en pacientes con elevación de la PIC. El compromiso respiratorio es muy frecuente en estos pacientes planteándose como posible causa, mecanismos autonómicos sobresaliendo aquellos que lo explican por inhibición de supresiones supramedulares. Durante el estadio diencefálico de la degradación rostrocaudal algunos pacientes tienen un patrón de respiración normal; pero la mayoría sufren de respiración periódica de Cheynes-Stokes. En estadios posteriores de la propia degradación como el nivel mesencefálico y protuberancia alto se modifica por hiperventilación neurogénica, y más tarde durante el sufrimiento bulbar vuelve a ser normal para convertirse al final de este estadio en ataxia, apnea y paro respiratorio, sin paro cardíaco, el cual ocurre tardíamente por anoxia.

La modificación del pulso y de la presión arterial son características en la hipertensión endocraneana aguda.

La mayoría de pacientes presentan hipertensión arterial moderada con disminución paulatina del pulso hasta llegar a bradicardia severa. La tensión arterial (TA) constituye el signo autonómico de mayor importancia durante el aumento de la presión intracraneana, pues esta se eleva para vencer la resistencia impuesta por la PIC a la entrada de la sangre (KOCHER, 1991). El momento en que sucede este fenómeno no está aun bien definido; pero se conoce que cuando la PIC se acerca o ha alcanzado el nivel de la presión arterial media (PAM que es de 90 a 110 mm Hg) es necesario una mayor tensión arterial para garantizar la perfusión cerebral.

8. NEURITIS ÓPTICA

DEFINICIÓN

Es la inflamación del nervio óptico que puede causar una pérdida súbita y parcial de la visión en el ojo afectado (CUTTER 1993).

La neuritis óptica es la neuropatía óptica aguda más común en adultos jóvenes. La mayoría de los casos son idiopáticos o están asociados a esclerosis múltiple (EM), circunstancia que justifica que esta entidad sea motivo de interés y preocupación tanto de oftalmólogos como de neurólogos.

El término neuritis óptica se usa en forma muy amplia para denotar inflamación, degeneración o desmielinización del nervio óptico y, aunque algunos le llaman indistintamente papilitis, es más adecuado reservar el término neuritis para las inflamaciones propiamente dichas del nervio óptico (CUTTER, 1993).

La neuritis óptica es una de las enfermedades más frecuentes que afectan el nervio óptico y tiene clara relación con algunas entidades específicas, tales como procesos inflamatorios de la vecindad, enfermedades sistémicas y esclerosis múltiple. En esta última, la pérdida monocular de la función visual está dentro de la tríada de síntomas más frecuentes (FRIAS, 2002).

En el diagnóstico diferencial precoz, son decisivos los métodos de exploración funcional (agudeza visual, campo visual, visión de colores, examen de sensibilidad al contraste, etc.) y los electrofisiológicos (electrorretinograma y potencial evocado visual cortical) así como la anamnesis y el examen físico; aunque este último a veces sólo permite sospechar el diagnóstico al observarse un reflejo pupilar perezoso o ausente (pupila de Marcus Jun) en presencia de fondo de ojo normal (BARRAQUER, 1968).

CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

La causa de la neuritis óptica se desconoce. La inflamación repentina del nervio óptico (el nervio que conecta el ojo con el cerebro) provoca la hinchazón y la destrucción de la cubierta exterior llamado vaina de mielina. Dicha inflamación ocasionalmente puede ser el resultado de una infección viral o puede ser causada por enfermedades autoinmunes como la esclerosis múltiple.

Los factores de riesgo de esta enfermedad se relacionan con sus causas potenciales.

SÍNTOMAS

La disminución repentina de la agudeza visual es el síntoma clásico de la neuritis óptica. En el primer día de su aparición el 60% de los pacientes presentan una agudeza visual de 0,1 o peor. Después sigue un período en que la tendencia a la recuperación de la agudeza visual es un síntoma característico de neuritis óptica que casi siempre comienza a producirse entre 1 y 4 semanas. Frecuentemente la agudeza visual llega a ser normal al cabo de 1 ó 2 semanas de haber empezado a mejorar.

La pérdida visual unilateral y el dolor a la palpación del globo ocular o con los movimientos oculares son las claves clínicas del diagnóstico. Es característica la pérdida visual central de aparición súbita o rápidamente progresiva. La mayoría de los casos de neuritis óptica aguda son retrobulbares. Por ello, el fondo de ojo aparece normal. Palidez del nervio óptico. La palidez del nervio óptico, ya sea segmentaria (arriba) o generalizada (abajo), es una alteración inespecífica que puede asociarse con episodios previos de neuritis óptica u otras lesiones del nervio óptico.

- Pérdida de la visión en un ojo en forma aguda
- Pérdida de la capacidad para diferenciar los colores
- Dolor al mover el ojo
- Disminución en la contracción de la pupila del ojo afectado en presencia de luz brillante

TRATAMIENTO

La agudeza visual a menudo se puede normalizar sin tratamiento después de 2 ó 3 semanas.

La terapia con corticoesteroides intravenosos puede acelerar la recuperación visual, pero puede estar asociada con efectos secundarios sistémicos. La terapia oral con corticoesteroides puede aumentar el riesgo de recurrencia y ya casi no se utiliza como terapia inicial, sino que se puede usar después de la terapia intravenosa inicial con corticoesteroides (CUTTER, 1993).

Es posible que sea necesario realizar pruebas posteriores para determinar la causa de la neuritis y tratar luego la afección causante del problema.

EXPECTATIVAS (PRONÓSTICO)

La neuritis óptica sin presencia de enfermedad subyacente, como una esclerosis múltiple, tiene un buen pronóstico de recuperación; mientras que la neuritis óptica ocasionada por esclerosis múltiple u otras enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico se asocia con un pronóstico de recuperación más reservado

COMPLICACIONES

- Efectos secundarios sistémicos de la terapia
- Pérdida de la visión

9. DEPRESIÓN

DEFINICIÓN

Acerca de cómo definir a la depresión existen muchos intentos de conceptos para esta, de entre las que destacan, las descritas por Kraepelin, Marques, Polaino, Freud y por supuesto Hipócrates quien fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola por principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de esta mencionando a los cuatro humores corporales (HARRISON, 1984).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) quien describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad (HARRISON, 1984).

TIPOS DE DEPRESIÓN

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos (CALDERON, 1998):

? Depresión severa. La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces durante la vida.

? Distimia. La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a lo largo plazo) que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

? Trastorno bipolar. Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

? Depresión posparto. Las mujeres deben de estar alertas de cambios mentales que pueden ocurrir, durante el embarazo y después del parto.

CUADRO CLÍNICO EN LAS DEPRESIONES PSICÓTICAS

En las personas que presentan depresiones de tipo psicóticas generalmente los síntomas que le acompañan es el cuadro clínico característico de las depresiones primarias o profundas en donde normalmente hay sensación de malestar, lasitud, pérdida del amor propio, sentimiento de tristeza e impotencia para realizar actividades simples, incluso de la vida cotidiana ya que hay una apreciación distorsionada de la propia persona y del mundo, que es acep

tada o tiende a ser aceptada por el paciente como una forma de vida normal; por lo cual la persona deprimida cree que su manera de sentir es adecuada a las circunstancias en que vive y no trata de escapar o hallar solución al sentimiento que lo agobia (BRETON, 1998).

Un factor primordial que origina la depresión neurótica es la pérdida de la salud ya sea por enfermedades con peligro de muerte, cáncer o SIDA; en enfermedades que originan incapacidad física como embolias o amputaciones de alguna parte del cuerpo; también por enfermedades que determinan alteraciones estéticas, ya sea por ejemplo quemaduras que requieren operaciones, o enfermedades que afectan la autoestima, como impotencia o frigidez; . En las mujeres, según Sturgeon, la edad más común para que surja un episodio depresivo es de los 28 a los 30 años y más aun entre los 25 y los 27 ya que puede considerarse como la pérdida de ese primer rubor de la juventud (HARRISON, 1984).

CUADRO CLINICO EN DEPRESIONES ANSIOSAS

En el caso de las depresiones de tipo ansiosas, como le llamaremos aquí por las diferentes manifestaciones; el cuadro clínico que comúnmente se pueden presentar son generalmente trastorno de la conducta. En otras investigaciones se han referido a estas depresiones como tóxicas, en consecuencia de las causas conductuales como tomar alcohol de manera desmoderada y drogas al igual que algunos fármacos, los síntomas son relacionados con una importante modificación de la conducta, las cuales son por ejemplo, y los más comunes, como lo menciona Marqués y son (HARRISON, 1984):

- ? Irritabilidad
- ? Intolerancia
- ? Crueldad
- ? Conductas agresivas
- ? Tendencias delictivas
- ? Rebeldía
- ? Cleptomanía
- ? Hiperactividad

Como su nombre lo menciona, la depresión ansiosa, a pesar de encontrarse dentro de las depresiones leves, suele causar daños importantes en la personalidad de pacientes como cambios drásticos de comportamiento que le perjudican aún más en su relación con los demás y en su perspectiva de sí mismo que va degenerando gradualmente (POLAINO, 1980).

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

CAUSAS GENÉTICAS

Una de las causas posibles de la depresión es atribuida a factor genético, ya que algún tipo de depresión puede ser heredada, incluso la forma de responder al tratamiento de tal forma como lo menciona Calderón, que si un enfermo deprimido responde bien a determinado grupo de medicamentos ant

idepresivos, sus parientes deprimidos responderán favorablemente al tratamiento con el mismo fármaco (JACOBSON, 1971).

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales (GASTO, 1993).

CAUSAS PSICOLÓGICAS

Las causas psicológicas son un factor determinante en los tipos de depresiones neuróticas, llamadas también reactivas, las cuales están muy relacionadas con el término distimia; ya que en las distimias como en las neurosis "los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia".

Desde este enfoque psicoanalista se dice que se debe de revisar las cicatrices más que las heridas recientes originadas desde la infancia, más que nada de los conflictos entre él y yo y el superyo (TRAD, 1992).

CAUSAS ECOLÓGICAS

El ser humano está tan relacionado con su medio ambiente que le rodea que en ocasiones cuando este sufre algún cambio importante, de igual forma repercute en el estado de ánimo del hombre. Así pues cuando ocurre o se presenta una severa contaminación ambiental hay un desequilibrio ecológico consiguiente, por todo esto es una pena pensar y asegurar que es precisamente el hombre quien provoca estos cambios en su atmósfera y en su propio hábitat por el tipo de necesidades que se le han ido presentando en el transcurso del tiempo; Diferentes tipos de comunicación, de transporte, de industrialización que generan contaminación (BRETON, 1998).

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si las causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo (CALDERON, 1998).

TERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva es en general una alternativa estructurada y directa, de tiempo limitado en la cual se postula que las relaciones emocionales y conductas de la persona, vienen en gran medida determinadas por el modo en que estas constituyen el mundo. De esta forma y por tanto esta terapia se enfoca básicamente en los siguientes pasos (HARRISON, 1984):

- a. Detección y análisis de pensamientos automáticos negativos
- b. Reconocimiento de la conexión entre cognición, reacción emocional y conducta.
- c. Examen de la evidencia, a favor o en contra, de los pensamientos automáticos.
- d. Sustitución de pensamientos automáticos, no apoyados por un mínimo de evidencia por interpretaciones basadas en hechos reales.
- e. Identificación y asunciones basadas en hechos reales que predisponen a la utilización de un sistema de pensamiento deformado.

La terapia consiste básicamente en la asignación de tareas graduales que logren inducir, poco a poco una percepción de dominio frente a la posición de desvalimiento, el trabajar junto, paciente-terapeuta, en la elaboración del programa de intervención, incluyendo la estructura de las sesiones, las asignaciones en las mismas, así como la estrategia terapéutica para especificar claramente la meta a conseguir en cada momento y cada vez un poco más difíciles. Es el registro de las actividades diarias el que puede provocar placer y la sensación de dominio sobre la tarea que se realiza (BACOT, 1991).

TERAPIA CONDUCTUAL.

Dentro de esta se propone que las emociones y conductas disfuncionales puedan modificarse alternando los pensamientos o creencias personales a través de un proceso terapéutico que enfatice el buen uso, (adaptativo) del razonamiento y el control racional de la conducta. Es entonces una combinación de lo cognitivo con lo conductual, para que en conjunto sea más efectiva en relación con la terapia en la depresión (MARQUEZ, 1990).

Este modelo parte prácticamente de las siguientes premisas basadas en el modelo de aprendizaje social que postula Bandura:

1. El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del ambiente.
2. Estas representaciones cognitivas se aprenden al igual que la conducta observable.
3. La mayor parte del aprendizaje humano esta mediada cognoscitivamente.
4. Los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionadas causalmente.

10. ANGUSTIA

La angustia es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impreciso. Suele estar acompañado por intenso displacer psíquico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardiaco, temblores, sudación excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire (de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”). En el sentido y uso vulgares, se lo hace equivalente a ansiedad extrema o miedo. Sin embargo, por ser un estado afectivo de índole tan particular, ha sido tema de estudio de una disciplina científica: la Psicología, y especialmente del Psicoanálisis, que ha realizado los principales aportes para su conocimiento y lo ha erigido como uno de sus conceptos fundamentales. Como todos los conceptos freudianos, el de Angustia fue construido por Freud poco a poco, articulándose a la vez con los demás que integraban la teoría psicoanalítica en pleno desarrollo, y creciendo a la luz de los nuevos descubrimientos que el maestro venía realizando en su práctica clínica (SIGMUN, 1917).

Las crisis de angustia se caracterizan por la aparición súbita de una fuerte sensación de miedo, asociada a una serie de síntomas, los que ocasionan un intenso malestar general. Puede considerarse a la angustia como una señal de alarma, al movilizar los diversos mecanismos de defensa de la personalidad ante distintas situaciones agresivas para ella. Es un trastorno bastante frecuente, observándose que alrededor del 20 al 30% de la población la ha padecido en algún momento de su vida (HARRISON, 1984).

CUADRO CLÍNICO

En las crisis de angustia las manifestaciones clínicas se caracterizan por aparecer repentinamente alcanzando su máxima intensidad en unos pocos minutos para desaparecer, casi por completo, poco tiempo después. Generalmente se manifiesta con dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestias en el pecho, náuseas que pueden llegar al vómito, palpitaciones, hormigueos en el cuerpo, mareos, transpiración intensa, y sensación de desvanecimiento. Muchas personas refieren, además, una intensa sensación de que algo malo puede sucederles, o incluso que pueden llegar a morir. Las personas que han sufrido crisis de angustia, las refieren como sumamente desagradables pero que no implican ningún riesgo para su salud. Es muy común que aparezcan en forma inesperada, pero algunas personas pueden anticiparse a la aparición de una nueva crisis, evitando aquellas situaciones o lugares que anteriormente la desencadenaron (ARIETI, 1981).

V. NECESIDAD AFECTADA

a) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

La necesidad de evitar peligros está influenciada por: a) factores biofisiológicos en los cuales se contempla la edad, la etapa de desarrollo y mecanismos de defensa tales como la termorregulación y el sistema inmunológico así como la estabilidad psicomotora; b) factores psicológicos como los mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento, estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y estados de ánimo y c) los factores socioculturales en los que se encuentran los sistemas de apoyo familiar y social, la cultura, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido, etc.) y próximo (iluminación, mobiliario, etc.).

Para detectar la situación de peligro en una persona se debe observar la integridad neuromuscular, de los sentidos y sistema inmunológico así mismo se debe identificar situaciones de ansiedad, falta de control, somatizaciones, alteración de la sensorio-percepción o conciencia derivadas de la sobreexposición a estímulos o por deprivación, comportamientos peligrosos y falta de habilidad para afrontar problemas. La enfermera debe valorar el autoconcepto de la persona a la que se le brinda el cuidado.

VI. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Rosa es una mujer de 23 años residente de la ciudad de México que inicia su padecimiento al presentar cefalea que no cede con analgésicos, posteriormente empieza a presentar pérdida de la fuerza de miembro torácico derecho, por la mañana del 18 de octubre del 2005 al despertar nota una mancha ciega que no le permite ver la mitad derecha de su campo visual, acude con un médico general el cual indica tratamiento Multivitamínico, después de unas horas recupera completamente la visión. Dos semanas después nuevamente pierde completamente la visión, acuden con médico oftalmólogo que al visualizar el fondo de ojo observa edema papilar, inicia tratamiento y al cabo de tres días recupera la visión en un 65%, sin embargo, el día 25 de diciembre del mismo año al estar desayunando presenta vómito en proyectil, dolor de cabeza de tipo opresivo y pérdida absoluta de la visión, acude nuevamente con el médico oftalmólogo y la envía al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía para ser tratada y diagnosticada, una vez en el Instituto es hospitalizada y se le diagnostica la neuritis óptica producida por la hipertensión intracraneana, por lo cual recibe tratamiento.

VII. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Para realizar la valoración de enfermería en Rosa se utilizaron distintos instrumentos tomando en cuenta los parámetros establecidos para cada uno de ellos, entre ellos se encuentra el instrumento de valoración de enfermería de las 14 necesidades que implemento la academia de la Adolescente Adulto y Anciano, la exploración física y la valoración neurológica.

1. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN POR NECESIDADES

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: RMMD Lugar y fecha de nacimiento: México D. F. 26 / 11 /1989

Edad: 23 años Fecha de ingreso: 04 / 02 / 2006

Diagnóstico médico: Neuritis óptica Número de registro: 177451

Ocupación: Gerente de centro de copiado Religión: Católica.

Escolaridad: Preparatoria. Lateralidad: Diestra Estado Civil: Soltera

Dirección: Calle. Emiliano Zapata 392. Edf C. Depto 103. Col. Santa Cruz Atoyac. Delegación Benito Juárez. México D.F.

Teléfono: 56-88-49-30.

FACTORES BIOFISIOLÓGICOS

CONDICIONES GENÉTICAS

Abuelo paterno finado por cardiopatía isquémica a los 79 años de edad, con hipertensión arterial, abuela paterna finada por cardiopatía isquémica a los 64 años de edad, abuelo materno finado por cirrosis hepática secundaria a hepatitis viral, abuela materna de 84 años vive y padece de hipertensión arterial, madre, padre y hermanos vivos y sanos.

CONDICIONES DE LA PERSONA

Producto 1 de gesta 3 madre de 22 años, gestación normo evolutiva con control prenatal en centro de salud, producto de 40 semanas de gestación, obtenido por parto eutócico en medio hospitalario, lloró y respiró al nacer, niega datos de hipoxia perinatal, desarrollo psicomotor normal, no recuerda peso ni Apgar.

Padeció varicela a los 6 años, escarlatina y rubéola a los 7 años de edad en diferentes momentos, faringo-amigdalitis de repetición, por lo que requirió de amigdalectomía a los 14 años, niega otros quirúrgicos, transfusiones y traumáticos, combe negativo, niega viajes e inmunizaciones recientes, desconoce grupo y Rh.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Rosa refiere angustia por su padecimiento, ya que no conoce la causa de la pérdida de la visión, siente que su vida está acabada, por que no sabe vivir sin su vista lo cual le causa miedo, mal humor, agresión, tristeza, labilidad emocional y sentimiento de minusvalía.

FACTORES SOCIOCULTURALES

XVI. ENTORNO FÍSICO DE SU CASA

Habita en área urbana, en departamento propio, cohabita con cuatro personas en dos habitaciones, cuenta con luz eléctrica, agua potable, drenaje; zoonosis positiva: dieta hipercalórica e hipoproteica, alta en lípidos, come tres veces al día, refiere no consumir frutas y verduras; higiene, baño y cambio de ropa diaria, cepillado dental 3 veces al día, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías negados.

Siente seguridad y protección por parte de toda su familia, principalmente sus padres que satisfacen sus necesidades principalmente afectivas (consintiéndole mimos, apoyándola y proporcionarle lo necesario para su recuperación física como emocional).

En su casa se siente cómoda, segura, camina por que tiene el conocimiento de la estructura y el lugar en donde encuentra sus artículos personales.

XVII. ENTORNO FÍSICO HOSPITALARIO

Manifiesta temor por el ambiente hospitalario, ya que no lo conoce y no sabe como deambular, le da miedo tropezar y caer, no logra ubicarse en este entorno, por lo que prefiere mejor quedarse acostada en su cama y no realizar ninguna actividad, manifiesta no poder ponerse sola los zapatos.

Considera al hospital como un lugar peligroso y angustiante para ella, ya que sus compañeras de habitación están más enfermas que ella y piensa que si tienen una enfermedad contagiosa se contagie ella y empeore su situación.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA

SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRÍA

- ? Peso: 71 Kg.
- ? Talla: 1.52 m
- ? Temperatura: 36.5 ° C
- ? Frecuencia cardiaca: 79 latidos por minuto
- ? Frecuencia respiratoria: 19 por minuto

EXPLORACIÓN CEFALOCAUDAL

Cabeza: normo encéfalo, sin hundimientos, constitución ectomórfica, mucosas hidratadas y adecuada coloración.

Cuello: sin masas ni adenomegalias, pulsos carótideos presentes y normales.

Caja torácica: se auscultan campos pulmonares con ruidos respiratorios normales y ruidos cardiacos rítmicos sin alteraciones.

Abdomen: globoso, blando, deprecible, no doloroso a la palpación, con estrías color marrón, no se palpan viceromegalias, perístalsis presente y poco disminuida.

Miembros pélvicos: sin edema, con llenado capilar de 3 segundos.

3.- EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA DE ENFERMERÍA

? SIGNOS VITALES

Revisar la exploración física.

? ESTADO DE CONCIENCIA

Alerta, consiente, orientada en las tres esferas (tiempo, lugar y persona)

? RESPUESTA PUPILAR

? CENTRIDAD: Céntricas y simétricas

? TAMAÑO: 3mm

? FORMA: Redonda

? RESPUESTA A LA LUZ: Leve Respuesta

? NERVIOS CRANEALES

I OLFATIVO: percibe olores pero no logra identificarlos en ambas narinas

II ÓPTICO: amaurosis bilateral, no responde al reflejo de amenaza, campimetría y reconocimiento de colores nulo. Fondo de ojo se observa la papila amarilla, pálida, con borramiento de los borde, pérdida de la excavación fisiológica de manera bilateral, pulso venoso ausente. Campos visuales ausentes y agudeza visual nula.

III, IV Y VI MOTOR OCULAR COMÚN, PATÉTICO, MOTOR OCULAR EXTERNA primaria central, con limitaciones de los movimientos oculares, la abducción de ambos ojos con mayor afección hacia la izquierda. Pupilas de 3 mm, disminución de reflejo pupilar.

V TRIGÉMINO: Reflejo corneal bilateral presente, con sensibilidad facial conservada, adecuada fuerza de los músculos de la masticación.

VII FACIAL: simetría facial.

VIII VESTÍBULO COCLEAR: Weber central, Rinne positivo bilateral, presenta ligero nistagmo con componente rápido a la derecha cuando existe mirada hacia dicho lado.

XI Y X GLOsofaríngeo Y VAGO: Reflejo nauseoso bilateral presente y elevación simétrica del paladar.

XI ESPINAL O ACCESORIO: fuerza conservada, trapecio no eleva los hombros.

XII HIPOGLOSO: fuerza, movimientos y tropismo de la lengua conservados.

? SENSIBILIDAD

Hipoestusias en miembros torácicos al tacto, dolor, presión, temperatura y vibración, identifica figuras por medio del tacto, se conservan topognosias, estereotaxia, batiestesia y barestesia, así como la discriminación entre dos puntos

? MOTRICIDAD

? Prueba dedo nariz, no valorable por su estado de amaurosis, marcha temerosa e insegura, de pasos cortos, realiza punta / talón con dificultad, flexión y extensión de extremidades contra resistencia en miembros torácicos y pélvicos se observan adecuados arcos de movimientos

? FUERZA MUSCULAR: fuerza de miembro torácico derecho e izquierdo proximal de 5/5 y distal 4/5 y pélvicos 5/5 proximal y distal.

? MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS: ausentes en el momento de la exploración.

? SIGNOS MENÍNGEOS: rigidez de nuca, Kerning, Brudzinski ausentes

? SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: constipación por historia

? REFLEJOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR

Al explorar los reflejos de estiramiento muscular al nivel de las articulaciones del hombro, codo y muñeca son positivos cuando se observa la respuesta al estímulo y son proximales y distales por estar más cerca de la línea media.

Miembro	Proximal	Distal
Torácico derecho	Positivo	Negativo
Torácico izquierdo	Positivo	Negativo
Pélvico derecho	Positivo	Negativo
Pélvico izquierdo	Positivo	Negativo

? REFLEJOS SUPERFICIALES CUTÁNEOS: presentes de manera bilateral.

? REFLEJOS PATOLÓGICOS Y ATÁVICOS: respuesta plantar flexionada, no presenta Tonner, ni Hoffman, atávicos ausentes.

? FUNCIONES MENTALES SUPERIORES:

ATENCIÓN: incapacidad para terminar tareas

LENGUAJE: repite, nomina y evoca.

JUICIO: cálculo y abstracción conservados

MEMORIA: conservada

INTELIGENCIA: conservada.

VIII. DESARROLLO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. NECESIDAD DE OXIGENECIÓN

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- Edad 23 años, peso 71 Kg, talla 1.52 m, no presenta datos de que indique un mal funcionamiento circulatorio, varices, sensación de ahogo al subir escaleras y taquicardia al caminar rápido.
- El pulso central y periférico están presentes, respiración toraco-abdominal, no hay presencia de secreciones y dolor asociado a la respiración
- Su enfermedad le hace sentir constantemente angustia, tristeza, irritabilidad y ansiedad.
- No fuma, le gusta la temperatura cálida, manifiesta tener sensación de frío, su casa esta bien ventilada, desconoce de técnicas que le ayuden a mejorar su respiración.

DIAGNOSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA

6 /02 /06.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de alteración del patrón respiratorio relacionado con la constante angustia y miedo.

Clasificación: Independiente

Objetivo: Prevenir la alteración de la función respiratoria.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

Realizar ejercicios que favorezcan la ventilación como:

- Colocar una mano en el estómago inmediatamente debajo de las costillas y la otra en la parte media del tórax.

INTERVENCIÓN

- Respirar lenta y profundamente a través de la nariz permitiendo que el abdomen se distienda tanto como se pueda.
- Expirar a través de los labios apretados mientras se contraen los músculos abdominales, presionar firmemente hacia dentro y hacia fuera en el abdomen mientras se hace la espiración.

- Esto ayuda a la persona a tener conciencia de que el diafragma está funcionando.

FUNDAMENTACIÓN

- La inspiración lenta proporciona ventilación y sobre distensión de los músculos.
- El contraer los músculos abdominales ayuda al diafragma a levantarse y vaciar los pulmones.
- Rosa no requirió aporte de oxígeno y no se presentaron datos de insuficiencia respiratoria.

EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA

6 /03 /06.

Diagnóstico de Enfermería: Prevenir la oxidación celular.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Mantener la función respiratoria normal

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Reafirmar la importancia que tiene los ejercicios respiratorios para disminuir la ansiedad.

INTERVENCIÓN

- Promover el escuchar música.

- La respiración es un proceso que involucra el intercambio de gases entre la atmósfera, la sangre y las células, mediante la entrada y salida de aire de la atmósfera hacia los pulmones y el intercambio gaseoso de los pulmones y la sangre.

FUNDAMENTACIÓN

- La música-terapia es una técnica terapéutica que utiliza la música en todas sus formas con participación activa o receptiva por parte del paciente. Contribuyendo a un equilibrio psicofísico de las personas. Hoy en día se aplica fundamentalmente en desequilibrios nerviosos, influye positivamente sobre el corazón y pulmones.
- La musicoterapia ayuda en gran medida a disminuir la ansiedad, por ende no presenta alteración en el patrón respiratorio.

EVALUACIÓN

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN DE LA PIEL.

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- Su piel y mucosa están hidratadas, no presenta caries, encías inflamadas, mastica y deglute muy lento.
- Realiza tres comidas al día.
- Actualmente tiene una dieta baja en potasio, alta en fibra y líquidos.
- Presenta náuseas, vómito de contenido gástrico y alimenticio y disminución del apetito.
- Presenta disminución de la energía, la comida no le gusta.
- Su constante estado de estrés y ansiedad disminuye su apetito.
- Considera que comer en un hospital es desagradable.
- Conoce los 4 grupos de alimentos, pero no consume frutas, verduras, carnes, sólo carbohidratos, grasas y azúcares.
- No conoce las necesidades de alimentación e hidratación que necesita para su edad y su nula actividad.

- Desconoce que es lo que mejoraría su digestión

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 7 / 02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de presentar una ingesta insuficiente de nutrientes relacionada a la falta de confianza en si misma y la incapacidad para alimentarse por sí sola.

Clasificación: Totalmente dependiente.

Objetivo: Promover su participación durante la ingesta de alimentos.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Determinar el grado de ayuda necesaria para complementar las actividades de alimentación.
- Colocar los alimentos al alcance de la mano.
- Describir la localización de los alimentos y utensilios en la mesa.
- Poner a la persona en la posición más funcional, que es la de estar sentado.
- Fomentar la importancia de la independencia y apoyar sólo cuando la persona no pueda hacer dicha actividad.
- Mientras que el individuo adquiere la habilidad de tomar los alimentos por sí solo, proporcione un ambiente tranquilo, relajado y privado, durante las comidas, cuando ya se tenga una cierta destreza se debe estimular los contactos sociales a la hora de comer.
 - Así se asegura el mantenimiento de la nutrición, siendo esta adecuada mediante una dieta equilibrada en la cual se tome en cuenta la consistencia de los alimentos, los sólidos y semisólidos son más fáciles de manejar.
 - Rosa demostró un aumento en la capacidad para alimentarse sola.

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 8 /02 /06.

Diagnostico de enfermería: Deficiente estado nutricional relacionado con la ingesta excesiva de hidratos de carbono, lípidos y azúcares, manifestada por sobrepeso.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Mejorar su aporte calórico con la finalidad eliminar el sobrepeso y mantener el peso ideal para su talla y actividad física.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- aconsejar cambiar sus hábitos alimenticios y ayudarla a identificar los factores que contribuyen a una mala alimentación.
- Instruir a Rosa acerca de la dieta que mejorará su estado de salud.

- Ayudar a elegir los alimentos ricos en proteínas, minerales, vitaminas y bajos en hidratos de carbono.
 - Los hábitos nutricionales establecidos durante la juventud son la base durante toda la vida.
- Una dieta ligera y variada la cual incluye alimentos cocidos, la restricción de grasas y el consumo de una porción de fibra.
- El asesoramiento dietético es muy amplio y no debe limitarse a proporcionar solo información, si no que se debe de ayudar a la persona a adaptarse a los nuevos cambios dietéticos impuestos a sus hábitos de vida por ello con Rosa se logro planear una dieta equilibrada para su edad, necesidades nutricionales, actividad física y nivel socioeconómico.
 - El control del sobre peso es un problema en el que los resultados se observan a largo plazo, Rosa aprendió a identificar que alimentos debe de consumir sin restricción y cual debe de procurar no consumir.

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 17 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Alteración del estado emocional relacionado con el estado de angustia y miedo manifestado por la presencia de nausea, vómito de contenido gástrico y alimenticio.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Estimular la ingesta de alimentos y líquidos para evitar el deterioro de la homeostasis.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Observar las características y la cantidad del material expulsado.
- Llevar el control de líquidos.
- Ministración de medicamentos antieméticos
- Promover un ambiente tranquilo.
- Enseñar técnicas de relajación como la musicoterapia de la cual se hable más adelante.
 - La medición y registro de todos los aportes y pérdidas durante el periodo de 24 horas suministra datos importantes sobre el equilibrio hidroeléctrico del cliente. Generalmente el aporte y pérdidas son medidos en personas de riesgo.
 - Puede considerarse a la angustia como una señal de alarma, al movilizar los diversos mecanismos de defensa de la personalidad ante distintas situaciones agresivas para ella. (Ver marco teórico de la angustia)
- El vómito que presento fue principalmente por el estado de angustia en el que se encontraba ya que sólo se presento al informarle que estaba en pre alta y no por ser deterioro de su enfermedad, así que al ministrarse el medicamento se logro eliminar el vómito y mediante el control de líquidos se previno el desequilibrio hidroelectrolítico.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 7 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de disminución del aporte calórico, relac

ionado a la pérdida del interés para alimentarse

Clasificación: Totalmente dependiente.

Objetivo: Lograr establecer la dieta indicada para su actividad física.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Reducir el estrés psicológico, el miedo a derramar la comida.
- Ayudarla a identificar la colocación de los alimentos
- La hospitalización suele hacer perder el apetito de la persona, por la enfermedad en sí, por que las comidas le resultan nuevas o insípidas, motivos psicológicos, el entorno.
- Los alimentos y utensilios se deben de colocar en relación con las agujas del reloj, ya que esto ayuda a facilitar la localización.
- La dieta que se le proporciono fue la adecuada para su estado nutricional, ya que la cifra de hemoglobina se mantuvo y su estado general es bueno, comprendió la importancia de una buena alimentación para lograr el estado de salud.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 13 /02 /06.

Diagnóstico: Mejorar el aporte calórico mediante la planeación de una dieta de acuerdo a su actividad física.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Influir en el cambio de sus hábitos alimenticios

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Con ayuda de la dietista del hospital se realizó la dieta descrita en el plan de alta.

INTERVENCIÓN

- Las personas necesitan nutrientes esenciales para el crecimiento y

mantenimiento de los tejidos corporales, así como para el funcionamiento normal de todos los procesos orgánicos, la manera más
FUNDAMENTACIÓN

sencilla de obtenerlos es mediante él consume de una dieta equilibrada.

- Este es un objetivo de mediano plazo el cual al momento de la ejecución de los cuidados aun no se observa el cambio, sin embargo se propuso una dieta

EVALUACIÓN

equilibrada que al llevarla a cabo se espera que mejoren sus hábitos alimenticios.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- Presenta Diaforesis asociado a disminución de la glicemia sistémica.
- Tiene una perístasis disminuida. • Por periodos presenta diaforesis por el estado de angustia.
- El estreñimiento es normal para ella, ya que siempre lo presenta.
- Siente vergüenza que el personal de enfermería la lleve al sanitario. • Le cuesta trabajo evacuar en cómodo, ya que le parece extraño e incomodo.

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 10 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Disminución de la eliminación intestinal relacionada con la hipofunción y disminución de la perístalsis manifestada por constipación intestinal.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Estimular la actividad física con la finalidad de hacer más rápido el tránsito del quimo por el tracto gastrointestinal.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Ministración de medicamentos.

- Estimular la actividad física.

INTERVENCIÓN

- Estimular el consumo adecuado de líquidos.

 - Consumir una dieta rica en fibra.
 - Los laxantes son medicamentos que estimulan la actividad intestinal y ayuda a la eliminación fecal.
 - En la defecación participan activamente los músculos abdominales, pélvicos y diafragma, por ello la actividad física estimula la
- ### FUNDAMENTACIÓN

perístalsis lo que facilita el paso del quimo por el colon.

- La ingesta de líquido insuficiente en el organismo produce que se absorba agua del quimo al pasar por el colon, haciendo que sea más seco, duro y hace más lento el paso del quimo por los intestinos.
 - La dieta con fibra pasa a través del tracto gastrointestinal y acelera el paso del contenido intestinal.
 - El problema de constipación intestinal era algo normal para ella ya que toda su vida lo había presentado, así que los resultados esperados eran que se activara la
- ### EVALUACIÓN

perístalsis y que la eliminación sea más frecuente.

- En el hospital se logro observar un poco de mejoría.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA 6 /03 /06.

Diagnóstico de enfermería: Activar la perístalsis para favorecer la eliminación.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Mantener la actividad gástrica y favorecer su vaciamiento.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Mantener una dieta equilibrada.
- Promover el consumo de fibra y agua.
 - El consumir una dieta equilibrada y variada contribuye a un mejor funcionamiento del organismo.
 - Se espera que mejore la perístalsis y que la constipación sea menor.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 14 /02 /06.

Diagnóstico: Riesgo de disfunción del sistema de derivación lumbo – peritoneal, deterioro rostrocaudal relacionado a la posible falla de fabricación y el rechazo del organismo por ser un cuerpo extraño.

Clasificación: Independiente.

Objetivo: Evitar la presencia de deterioro por falta de información sobre signos y síntomas de alarma.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Informar sobre los signos y síntomas que indican disfunción de la válvula. (Ver el plan de alta)

- Valorar signos vitales y el estado neurológico.
 - Mantener a la persona en posición semifowler.
-
- Mantener a la persona en reposo relativo o absoluto para evitar realizar ejercicios o actividades que produzcan presión intratorácica o intraabdominal.
 - Evitar hiperextensión, flexión o rotación de la cabeza.
 - Los sistemas de derivación son cuerpos extraños dentro del organismo que cumple la función de eliminar el exceso de LCR, pero no siempre se está seguro de la tolerancia de la persona, por ello se le debe de informar sobre el riesgo que existe de que no funcione y se le tenga que hacer un recambio de la válvula. Normalmente cuando es bien tolerado el sistema tiene una duración de 15 años aproximadamente.
 - Ver marco teórico de la patología.
 - La posición de semifowler favorece el drenaje venoso cerebral evitando así aumento de la PIC.
 - La actividad constante y forzada produce aumento de la PIC.
 - El movimiento constante de la cabeza puede producir obstrucción del flujo sanguíneo lo que puede ocasionar isquemia cerebral y aumentar la PIC. •
 - Afortunadamente Rosa tolera bien el tratamiento médico, que consta en la instalación de la válvula, pero no se tiene la certeza de cuanto tiempo pueda durar.

- Rosa no presento ningún dato que indicara deterioro rostro caudal.
4. NECESIDAD DE MAVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- Tiene una adecuada capacidad y constitución física.
- Presenta paresia de miembros torácicos.
- En el hospital todo el día se la pasaba postrada en la cama, en casa camina muy poco y normalmente esta sentada. • Su sentimiento de minusvalía y el temor a caídas y tropiezos, limitan su deambulaci3n • Desconoce las medidas que le ayuden a mantener una buena postura.
- Conoce los da1os que provoca la hipo actividad

DIAGN3STICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 7 /02 /06.

Diagn3stico de enfermería: Alteraci3n de la movilidad relacionada a la irri taci3n de las meninges a nivel del cerebelo, manifestada por paresia de a mbos miembros torácicos.

Clasificaci3n: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Evitar la atrofia muscular.

INTERVENCI3N FUNDAMENTACION EVALUACION

- Ense1ar a realizar los ejercicios pasivos en el arco m1ximo de movimien to en miembros torácicos. • Estos ejercicios incluyen los movimientos de flexi3n, extensi3n, abducci3n, aducci3n oposici3n, flexi3n y extensi3n, con la finalidad de prevenir deformidades, desarrollar, reeducar los m1sculos afectados y recuperar la movilidad normal. • La paresia de miembros torác icos es una manifestaci3n de la enfermedad, con los ejercicios se trato de m antener la movilidad de los m1sculos de miembros torácicos y asÍ evitar la atrofia de los m1sculos.

DIAGN3STICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 6 /02 /06.

Diagn3stico de enfermería: Dificultad en la deambulaci3n relacionada a la a maurosis manifestada por tropiezos y caídas.

Clasificaci3n: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Rosa parcialmente perderá el miedo al caminar sola.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Intentar proporcionarle la cama más próxima al baño.

- Describir el control de enfermería y la ubicación respecto a su habitación

- Acompañar al paciente a su habitación y darle referencias sobre él:
 - 1.- El pasillo
 - 2.- Número de pasos que hay hasta su habitación, hacer que ella los reconozca.
 - 3.- Describir su habitación, número, localización y descripción de camas, sillones, mesillas, armarios y baños.

INTERVENCIÓN

- Colocar encima de la cabecera de la cama un cartel con la leyenda de: Discapacitado visual

- Presentación de los compañeros de habitación. Explicar si pueden o no le vantarse. En el caso de que se produzca un cambio, notificárselo.
- Animar a que reconozca la habitación con las manos. • Mediante esta medida se favorece la independencia del paciente al tener un acceso fácil y bastante seguro. Además se reduce la carga familiar y del personal de enfermería.
- De acuerdo con Colina y Carreiras, en su trabajo sobre Modelos Mentales del espacio, refieren que nos movemos en un mundo tridimensional y construimos representaciones del espacio a partir de distintas experiencias perceptivas. De esta manera, somos capaces de seguir instrucciones para encontrar un lugar desconocido y que la construcción de estas representaciones espaciales son a partir de descripciones verbales representativa de un gran número de situaciones y por ello la importancia de que una vez descrito el entorno no se debe cambiar el mobiliario de lugar sin advertírselo.

FUNDAMENTACIÓN

- El excesivo número de pacientes, los trastornos asociados a horarios y la distribución del trabajo por tareas conduce, en muchas ocasiones a que no tengan continuidad los cuidados y así de la misma manera que advertimos de la intervención de un paciente o de la necesidad de que permanezca en ayudas, podemos apuntar el déficit visual para que pueda ser tomado en cuenta por todo el equipo en contacto con la persona.
- El deficiente visual, como persona social, debe conocer a las personas con las que va a convivir y su situación en la habitación evitando de esta manera el aislamiento.
- Gracias a la percepción háptica, la persona es capaz de reconocer los objetos que han sido descritos verbalmente, su localización, forma y textura.
 - La persona recobrará su máxima capacidad para moverse y mostrar a habilidad en el manejo de instrumentos de suplencia y cooperará en la movilización.
 - La deambulación fue poca, ya que el desconocimiento del entorno hospitalario le impedía moverse.
 - En el entorno familiar logro moverse por sí sola mediante el uso adecuado

uado de su bastón.

EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA
6 /03 /06.

Diagnóstico de enfermería: Mejorar la deambulacion para prevenir el síndrome de desuso y disminuir la inseguridad.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Estimular la deambulacion.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

• Iniciar lo antes posible con la rehabilitación. • La rehabilitación es parte fundamental para que Rosa recupere su independencia y por ello se le sugirieron diversas instituciones las cuales cuentan con planes de aprendizaje que le permitirán realizar una vida plana e independiente. • Se logro evitar la atrofia muscular por la escasa movilidad

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

BIOFISIOLÓGICO

PSICOLÓGICOS SOCIOCULTURALES

- Presenta Inversión del ciclo de sueño asociado a la angustia y exceso de ruido y luz.
- Presenta insomnio derivado del estado de angustia.
 - Manifiesta que el entorno ruidoso no le permite dormir

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 8 /02 /06.

Diagnostico de enfermería: Alteración en el patrón del sueño relacionado a la angustia y al ruido excesivo por las noches manifestado por insomnio.

Clasificación: Independiente.

Objetivo: Promover la relajación, descanso y sueño.

INTERVENCIÓN INTERVENCIÓN EVALUACIÓN

- Reducir al máximo los estímulos ambientales

INTERVENCIÓN

mediante el mantener las puertas de la habitación cerradas, recorrer las cortinas, y mantener la iluminación reducida.

- Procurar en la medida de lo posible un entorno adecuado para el descanso.
 - Los ruidos y las distracciones ambientales

FUNDAMENTACIÓN

son un problema para las personas hospitalizadas ya que son extraños para ellos.

- El entorno tiene que ser seguro para que se estimule la relajación.
- Durante su estancia en el hospital se

EVALUACIÓN

trato de disminuir el ambiente ruidoso y se promovió que intentara dormir bajo sus ritos como el escuchar música, en su casa logra dormir bien y a sus horas.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA 8 /03 /06.

Diagnóstico de enfermería: Mejorar el periodo de sueño para disminuir la ansiedad e inestabilidad.

Clasificación: Independiente.

Objetivo: Orientar acerca de cómo puede consolidar el sueño

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

• Tomar en cuenta las medidas de confort como él:

1. Utilizar ropa cómoda.
2. Mantener su aseo personal y de la habitación en las mejores condiciones.
3. Darse un masaje en piernas y brazos. • Las medidas de confort son esenciales para ayudar a la persona a conciliar el sueño y descanso.

• Aunque el ambiente hospitalario no se puede modificar del todo si logro dormir mejor en el hospital, al reducir los estímulos ambientales.

6. NECESIDAD DE USAR PRENDA DE VESTIR ADECUADAS

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- No tiene completa su capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse, por la paresia de miembros torácicos.
- Necesita ayuda para elegir su ropa • Su constante sentir de inutilidad limita que se vista y se asee ella sola.

- Le gusta usar la ropa a la cadera, ya que la hace sentir mejor
- Le incomoda que el personal de enfermería le ayude a vestirse, ya que le provoca vergüenza y siente el espacio del baño es pequeño, lo que limita a que ayude a vestirse

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 8 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Uso de prendas de vestir inadecuadas relacionada a su deficiente estado de ánimo manifestada por la nula participación para elegir y buscar su atuendo.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Rosa participara en la elección de su atuendo.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Promover que decida que es lo que le gusta vestir.
- Enseñarle la ubicación de sus prendas de vestir y no hacer cambios sin informarle.
- El estado anímico es fundamental para la ejecución de las actividades de la vida diaria como lo es vestirse, Rosa manifiesta una depresión de tipo neurótica, ya que se asocia a su estado de enfermedad, lo cual no le permite realizar dichas actividades. (Ver marco teórico de la patología).
- La toma de decisiones que en este caso esta relacionada con el atuendo es el primer paso para promover la independencia.
- Él enseñarle la ubicación de sus objetos personales ayuda a que sea capaz de ubicarlos y tomarlos cuando lo decida.
- Rosa participo activamente en la elección de su ropa y logro su independencia de esta necesidad al conocer la localización de su ropa.

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 8 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la capacidad para vestirse relacionada a la paresia de miembros torácicos y al sentimiento de inutilidad manifestada por su escasa participación al vestirse y desvestirse.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Determinar el grado de ayuda que requiere para llevar acabo las actividades necesarias para vestirse, desnudarse y realizar su arreglo personal

1.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Favorecer de la capacidad para vestirse.
- Proporcionar un ambiente íntimo y sin prisa para que el individuo pueda vestirse, desnudarse y realizar su arreglo personal con comodidad.
- Alentar su participación en el cambio de ropa.
- Enseñar técnica de ayuda para conseguir que se vista solo como el que identifique el derecho, el revés, izquierda y derecha.
- Involucrar a la familia en las actividades de ayuda.
- Asistirla sólo cuando no pueda y pida ayuda.
- El que la persona colabore al vestirse y desvestirse promueve su independencia, eleva su sentido de ser útil, autosuficiente y su autoestima.
- El ambiente tranquilo promueve que la persona se siente en confianza y participe al vestirse.

- Rosa logro vestirse sola y asearse.
- Su familia se integra a los cuidados que debe de tener y evitaron la sobreprotección.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- Le gusta la temperatura de calor.
- Temperatura de 36 ° C.
- Tiene una sensación constante de frío
- El hospital cuenta con una adecuada ventilación

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 7 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de alteración de la termorregulación relacionada al deterioro rostrocaudal

Clasificación: Independiente.

Objetivo: Mantener la temperatura corporal normal.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Vigilar los valores de la temperatura corporal.

- Vigilar los valores de glicemia

- La temperatura es controlada por mecanismos que intenta mantener la homeostasis entre la producción y pérdida de calor.
- La piel elimina calor por medio de la evaporación, además en esta se encuentran las glándulas sudoríferas que por cada gramo de agua que se elimina por la piel se pierde calor en casi 0.58 kcal.
- La producción de calor se deriva de la oxidación de los alimentos que ingerimos, por ello es importante conocer el nivel de glicemia.
- Se logro mantener la temperatura corporal en parámetros normales.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA 7 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Mantener la termorregulación mediante la vigilancia de la curva térmica.

Clasificación: Independiente.

Objetivo: Detectar variaciones en la curva térmica.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Llevar el registro por escrito de la temperatura corporal. (Ver marco teórico de la patología)
 - Esto permite que se observen las variaciones en la temperatura que siendo pacientes neurológicos pueden indicar el inicio del deterioro rostrocaudal o algún proceso infeccioso por su larga estancia en el hospital.
 - No se observaron variaciones en la medición de la temperatura.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- Depende totalmente de alguien para asearse.
- Presenta dos heridas quirúrgicas una en región lumbar y la otra en región abdominal, ya que el tratamiento médico para la hipertensión intracraneana es a base de la instalación de un sistema de derivación lumbo-peritoneal.
- Se come las uñas por su constante estado de ansiedad.
- Le avergüenza tener de alguien que le ayude a mantenerse limpia.
- La diaforesis derivada de la angustia le produce resequedad en la piel.

Cuenta con lo necesario para su higiene.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 8 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de su imagen corporal manifestada por la poca colaboración en su aseo personal.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Mantener en óptimas condiciones su aseo personal.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Determinar conjuntamente las actividades que es capaz de hacer y aquellas en las que necesita ayuda.
- Procurar que tome sentado el baño.
- Dejar todos los elementos necesarios al alcance de la mano y siempre en el mismo sitio.
- Hacer el aseo de forma sistemática siempre a la misma hora y en el mismo orden.
- Prevenir caídas y resbalones utilizando alfombras antiderrapantes.
- Supervisar las actividades de aseo hasta que la persona demuestre su independencia.
- Involucrar a la familia en actividades de ayuda.
- Promover su autocuidado y autoconocimiento
- Estimular la realización de su aseo y reconocer el esfuerzo realizado.
- Cuando se presenta el proceso de la enfermedad la higiene ocupa un lugar secundario, no obstante es un factor de riesgo el no hacerse ya que la higiene fomenta la limpieza, la eliminación de microorganismos y secreciones, proporciona descanso, relajación y mejora la auto imagen.

- Rosa aumento su nivel de independencia en la realización de su higiene corporal.
- En el entorno hospitalario empezó a asearse por si sola y en casa logro recobrar su independencia para hacerlo ella sola.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 14 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección de la herida quirúrgica en región lumbar y abdominal relacionada a la falta de continuidad de la piel.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Evitar la presencia de infección en la herida quirúrgica.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Capacitar a los familiares sobre el manejo adecuado de las heridas como es él:
 1. Lavarse las manos antes y después de curar las heridas.
 2. Cambiar el apósito de las heridas cuando estén sucios y húmedos.
 3. Evitar corrientes de aire cuando se realice la curación de la herida. • Mantener limpia, seca y cubierta una herida ayuda a disminuir el riesgo de infección • Se logro evitar que se infectara la herida y que la cicatrización fue apropiada.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 7 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección y lesión relacionado con invasión a la duramadre y la posibilidad de producirse hematoma con descompensación neurológica por la necesidad de realizar la punción lumbar.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Prevenir la descompensación neurológica y la infección.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Vigilar que las técnicas de asépticas se llevan acabo correctamente.
- Proveer al médico del material necesario para la realización de la punción lumbar.

INTERVENCIÓN

- Al terminar el procedimiento cubrir el sitio de punción con gasa estéril y parche.
- Vigilar y evaluar las constantes vitales, así como realizar la valoración neurológica posterior a la punción lumbar y durante una hora para detectar posibles signos y síntomas de herniación.
- Orientar a la persona para que se quede acostada durante las primeras horas para no provocar daño por el drenaje de LCR.
- La punción lumbar es un procedimiento invasivo por ello se debe de tomar medidas de asepsia y evitar la contaminación del sitio de punción.

FUNDAMENTACIÓN

- Teóricamente esta contraindicado realizar la punción lumbar en pacientes con hipertensión intracraneana por el riesgo de herniación y deterioro rostrocaudal, sin embargo se realiza como tratamiento parcial. (Ver marco teórico de la patología)
- No se observaron datos de herniación y deterioro rostrocaudal.

EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 17 / 02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Mejorar la cicatrización de la piel, mediante la enseñanza de los cuidados que debe tener una herida.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Involucrar a Rosa en el cuidado de sus heridas.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

Enseñar a:

- Valorar continuamente la herida.
- Proteger los tejidos circundantes de excoriaciones por medio de apósitos.
- Utilizar en menor medida cintas adhesivas para pegar el apósito. • El valorar la herida para descartar la presencia de infección.
- El cambio de apósitos contribuye a que los exudados de las heridas no dañen en la piel que rodea la herida.
- La cinta adhesiva al estar retirándola frecuentemente irrita la piel.
 - Rosa aprendió hacer la curación de la herida en la región abdominal y logró evitar que se infectara y su familiar le ayudó a hacer la curación de la región lumbar.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- Tiene íntegro su sistema inmunológico, pero no el neuromuscular.
- Está afectado el sentido de la vista.
- No realiza controles de salud periódicos.
- Necesita de un guía para deambular.
- Requiere ánimo para que siga adelante con su tratamiento.
- No refiere toxicomanías y no le llama atención consumir drogas.
 - Le falta habilidad para afrontar su nueva situación de amaurosis.
- No tiene estabilidad emocional.
- Canaliza su ira y angustia tarareando canciones y escuchando música.
- Su familia está angustiada por la situación de Rosa, platican su sentir y están intentando realizar normalmente sus actividades.
- Su familia la hace sentir amada e importante. • Considera al entorno hospitalario como peligroso, ya que no logra ubicarse en el espacio, no cuen

ta con barrotes guía para que pueda deambular por los pasillos, solo cuenta con las barandillas la cama.

- Cuenta con el apoyo de su familia que han paralizado todas sus actividades por cuidarla.
- Su situación económica es adecuada para satisfacer sus necesidades.
- Ella planea agrandar su negocio y seguir trabajando.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 7 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sufrir accidentes relacionada a la pérdida de la agudeza visual.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Evitar al máximo la presencia de accidentes.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Mantener las puertas abiertas o cerradas y en orden de las mesas y sillas.

INTERVENCIÓN

- Enseñarle a diferenciar los interruptores de la luz y del timbre.
-
- Al caminar el guía siempre se colocará medio paso delante de la persona, con el brazo flexionado en ángulo de 90° (en forma de "L")
- La persona le asirá por encima del codo colocando la mano con el pulgar por la cara externa, y los otros cuatro por la cara interna, para que sienta los movimientos del cuerpo del guía (paradas, estrechamientos, cambios de velocidad).
- Proporcionar información acerca de instituciones de ayuda para personas invidentes.
 - La seguridad en las personas con pérdida de la agudeza visual es fundamental ya que de esta depende su independencia, si la persona se siente segura siempre

FUNDAMENTACIÓN

va ser dependiente del cuidado de otros.

- Rosa logro movilizarse un poco fuera de cama y su familiar aprendió a como guiar su marcha y sobre todo
- ## EVALUACIÓN

se evitó las caídas y tropiezos.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA 8 / 03 /06.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo potencial de autoagresión relacionada a la baja autoestima y poca estabilidad emocional que le produce su enfermedad.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Evitar la probable autoagresión mediante la mejora de su autoestima y terapia de relajación.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Ayudar a identificar la causa que provoquen y favorezcan los sentimientos negativos.
- Ayudar a identificar las situaciones, condiciones y mecanismos de afrontamiento que le fueron útiles en situaciones anteriores.
- Plantear objetivos realistas de acuerdo con la situación, posibilidades, limitaciones y habilidades de la persona.
- Determinar el alcance de las limitaciones, el grado de ayuda para fijar objetivos reales.
- Una persona con un síndrome depresivo se caracteriza por tener baja autoestima y el riesgo de dañarse a sí mismo es grande por ello se debe de identificar los signos de alarma como son el tener pensamientos negativos sobre su persona y sobre sus capacidades. (Ver marco teórico de la patología)
- La carencia de alguna de las capacidades físicas de un individuo impide el pleno desarrollo de las diversas actividades que el mismo realiza, circunstancia que lo hace sentir en desventaja
- El perder el sentido de la vida es muy difícil de aceptar, así que el riesgo siempre estará presente, pero con la ayuda de un terapeuta disminuye el riesgo, el hacer otras actividades también fortalece la autoestima y el saber escuchar a la gente le hace sentir importante y sirve de desahogo.
- Se evitó que se presentará la autoagresión.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA 19 /03 /06.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo potencial de lesiones relacionado a la desesperación para realizar demasiadas actividades en el hogar, como ayudar con las labores domésticas.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Promover una conducta más paciente para evitar lesiones por exceso de actividad.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Discutir con el individuo las conductas inadecuadas, la repercusión de estas en la salud, las consecuencias previsibles como lo es una caída, las implicaciones personales, familiares, económicas.
- Hacer objetivos realistas de acuerdo con la situación, limitaciones y habilidades. Reconocer la dependencia como necesaria para mantener la salud.
- Describirá las causas que favorezcan o provoquen sentimientos negativos y utilizara sus recursos internos y externos para reducir o eliminar los factores coadyuvantes a sus sentimientos de auto agresión.
- Debe de expresar su sentimiento de dependencia así como el sentimiento de ayuda.
- La adaptación a una situación de amaurosis es un proceso lento, debido a ello se debe de iniciar cuanto antes con la enseñanza de las tecnologías que le ayudaran a tener una vida sana y con independencia, dichas actividades se describen en el plan de alta.
- Rosa logro expresar verbalmente sus pensamientos positivos hacia sí mismo y hacia sus capacidades.
- No se presentaron lesiones, se le sugirió terapia con un profesional en salud mental.

DIAGNOSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA 13 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Promover la ejecución de actividades adaptadas a sus capacidades.

Clasificación: Dependiente

Objetivo: Establecer conjuntamente las actividades que proporcionen seguridad y autosuficiencia.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Fomentar la toma de decisiones.
 - Animar a la persona a expresar sus sentimientos y escucharla con atención.
 - Favorecer situaciones que aumente su independencia.
-
- Cuando falla la visión el sujeto tiene que recurrir a diferentes modalidades sensoriales que recoger la información en forma lenta y fraccionada planteando mayores dificultades de anticipación, situación que hace que el invidente realice un mayor esfuerzo cognitivo y utilice más recursos de memoria, de representación espacial, toma de decisiones y otras habilidades de tipo cognitivo.
 - Rosa mantiene una conducta adecuada para el logro de los objetivos propuestos y reconoce los comportamientos de salud que podría mejorar y los adaptara a su vida.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 7 /02 /06.

Diagnostico de enfermería: Riesgo de actividad convulsiva relacionada a una deficiente perfusión cerebral relacionada a la excesiva producción de LCR.

Clasificación: Independiente.

Objetivo: Mantener una vigilancia estrecha para detectar la presencia de crisis convulsivas.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTO EVALUACIÓN

- Mantener la cama en posición baja.
- Toma de glucosa y electrolitos séricos.

- Mantener a la persona acostada, no intentar oponerse a sus fuerzas ni sujetarlo.
- Ministración de medicamentos anticonvulsivos en caso de ser necesario o en forma profiláctica. • Es una medida de protección.
- Para descartar que las convulsiones sean por alteración en estos niveles.

- La fuerza muscular que se ejerce en una contracción al momento del episodio convulsivo es muy poderosa y el intentar evitarla puede producir que se dañe al individuo.
- La ministración profiláctica de medicamentos anticonvulsivos como la Fenitoína reduce la incidencia de convulsiones temprana en personas con un PIC alta independientemente de su etiología. • Afortunadamente Rosa no presenta crisis convulsivas y no fue necesario impregnarla con medicamentos.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- Su comunicación es verbal y fluida,
- Se comunica mejor con su mamá.
- Le cuesta trabajo expresar sus sentimientos ya que no quiere angustiar a sus familiares,
- Su estado depresivo limita su comunicación, ya que en ocasiones no tiene ganas de conversar.
- Fluctúa en su estado de ánimo.
- Se comunica con sus familiares, les habla por teléfono y la visitan todo el día.
- Su familia ha suspendido sus actividades de la vida diaria por cuidarla.
- Refieren sentir tristeza y desesperación.

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 8 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Alteración en la dinámica familiar relacionada al estado actual de su enfermedad manifestado por el cese de las actividades cotidianas de sus familiares.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Ayudar a la familia para que continúen realizando sus actividades de la vida diaria.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Ayudar a identificar que han generado la situación y las repercusiones que tiene en cada miembro.
- Ayudar a establecer las prioridades de la familia.
- Ayudar a establecer estrategias para normalizar la vida familiar.

- La familia es un núcleo cerrado y lo que le sucede a un integrante afecta a todos los demás miembros, circunstancia que provoca cambios en sus formas de vida y de ellos mismos depende que continúen con sus actividades normales, pero cuando el problema supera las fuerzas de esta se requiere que entren en juego otras personas que les ayuden a conocer las opciones que

les da la vida para continuar.
funcionamiento habitual

- La familia recuperará su patrón de funcionamiento habitual
- Al salir Rosa del hospital su familia empezó a realizar sus actividades normales.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA 8 /03 /06.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de aislamiento social derivado de la condición de amaurosis.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Evitar el aislamiento, manteniendo la comunicación para que se fortalezcan los lazos afectivos.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Planificar el aumento progresivo de contactos sociales.
 - Favorecer la participación en actos colectivos.
 - Permitir que sea la persona quien controle su ritmo de apertura social
- En el aislamiento social la persona tiene el deseo de contacto con otras personas, pero es incapaz de realizar dicho contacto, por causas diversas, en este caso Rosa presenta este riesgo por miedo de ser objeto de burla o el sentimiento de lastima que pueden tener los demás hacia su persona.
- Afortunadamente la familia de Rosa se involucro en sus cuidados, situación que previno el aislamiento.

DIAGNOSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA 10 /03 /06.

Diagnóstico de enfermería: Mejorar la comunicación con sus familiares mediante la integración y realización de actividades conjuntas.

Clasificación: Independiente.

Objetivo: Mejorar su interacción social.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Fomentar la comunicación de los miembros de la familia.

- Establecer pautas de conducta que ayuden a normalizar los aspectos de la vida diaria

INTERVENCIÓN

- Considerar a la familia como un grupo de apoyo fomentando su participación activa en la rehabilitación.
- La capacidad de las personas para comunicarse, es un proceso innato, cuyo objetivo es llegar al entendimiento del mensaje del transmisor como del receptor, para que se llegue a la solución de conflictos o solo transmitir un mensaje.

FUNDAMENTACIÓN

- Lograron mantener como familia la comunicación, resolvieron los conflictos que produce la condición de amaurosis de Rosa y al observar la fortaleza que fue

EVALUACIÓN

adquiriendo los animo a seguir apoyando su rehabilitación.

11. No se valora la necesidad de vivir según sus creencias y valores, ya que para Rosa fue incomodo hablar de ello.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- Su capacidad física no es adecuada para desarrollarse en su trabajo.
- El trabajo que desarrollaba es más físico que intelectual.
 - Esta ansiosa por volver al trabajo, sin embargo se deprime por que no desconoce si pueda seguir trabajando.
 - Realizaba un trabajo que le brindaba satisfacción.

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 8 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Disminución de la capacidad de trabajar relaciona

da a la pérdida de la capacidad visual, manifestada por su sentimiento de inseguridad para realizar las actividades propias de su trabajo.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Promover la realización de actividades laborales dentro de instituciones confiables que le permitan trabajar.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Iniciar con la rehabilitación.
- Informar acerca de centros de educación especial para personas invidentes.

INTERVENCIÓN • La principal dificultad que enfrentan las personas con limitación visual es no encontrar un trabajo seguro que le permita desarrollar al máximo sus capacidades, ya que se encuentra en FUNDAMENTACIÓN

desventaja, por ello la importancia de las instituciones que contribuyen en la colocación de personas invidentes.

• Los resultados que se esperan son a largo plazo, ya que las habilidades para la vida que se le enseñan en el centro de ayuda están EVALUACIÓN

encaminadas al desarrollo personal, pero en Rosa se logro observar el entusiasmo al tomar la decisión de acudir a los centros de ayuda para personas invidentes y participar activamente en las actividades que desarrollan en estos centros, tales como, el comunicarse con los demás integrantes del grupo.

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 9 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Adaptación individual ineficaz relacionada a la falta de comprensión para entender que tomará tiempo reanudar sus actividades laborales manifestadas por deseos de trabajar.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Proporcionar información de instituciones que promueven el trabajo

jo de personas invidentes.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Pedirle que tome las cosas con calma, escuchar sus inquietudes y responder a sus dudas.
- Informar acerca de centros de educación especial para personas invidentes.
 - Las instituciones de ayuda a personas invidentes, siendo conscientes de los problemas que estas enfrentan para ocuparse en actividades lucrativas promueven el empleo en pequeñas empresas.
 - Este es un diagnóstico a largo plazo el cual a la fecha no ha dado resultados que indique que se ha cumplido con este.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 9 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Mejorar la adaptación a su actual situación mediante la realización de otras actividades.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Mantener en actividad a Rosa para que se vaya adaptando a su nueva realidad.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Promover el ayudar con las labores domésticas.
- Informar de instituciones que proporcionen fuentes de trabajo a personas invidentes.
- Promover el aprendizaje de sistemas de cómputo para promover la recreación.
 - El mantenerse en actividad proporciona que se fortalezca el sentido de utilidad que contribuye a mejorar y enaltecer las capacidades físicas e intelectuales.
 - El involucrarse en actividades que le permitan a Rosa ser autosuficiente es una labor que tomará tiempo, lo que se observó fue que hacía el esfuerzo para localizar su ropa, calzado y otras actividades que son propias del aseo personal y la localización de habitaciones como es la cocina y el sanitario.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

• Dada las condiciones del dañado al sentido de la vista, no le permite realizar actividades recreativas sin una previa rehabilitación. • Al momento de realizar la valoración no tenía ningún deseo de recrearse, • El ambiente hospitalario se presta para la recreación siempre y cuando lo permita la persona, en este caso Rosa no lo permitió, en casa con la rehabilitación si se da la recreación.

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 9 / 02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la capacidad para jugar y recrearse relacionada a la pérdida de la función visual manifestada por la incapacidad para realizar determinadas actividades lúdicas y recreativas.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Fomentar la participación de la familia en actividades recreativas que le permita a Rosa realizarlas.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Identificar conjuntamente los gustos y áreas de interés y hacer un listado de las actividades que pueda realizar como:
 1. Tejer.
 2. Escuchar música y televisión.
 3. Escuchar la lectura de libros, cuentos, revistas, acertijos, trabalenguas, etc.
- Favorecer las relaciones con otras personas con intereses en común.
- Reforzar los intentos para probar nuevas actividades.
- Involucrar a la familia en participar en las actividades recreativas y en general en todos sus cuidados. • La familia y los contactos sociales con los que pueda relacionarse Rosa ayudan a que se de la situación de distracción, dado que mientras mayor gente se involucre su cuidado, contará con mayores recursos.

- El individuo participará en actividades recreativas adecuadas a su edad y situación, la familia debe de participar en dichas actividades, teniendo en cuenta las limitaciones personales y ambientales y ocupara su tiempo libre en ellas, con satisfacción.

Diagnóstico de enfermería: Deficiencia de la actividad recreativa relacionada a su estado de frustración por las limitaciones físicas manifestado por escaso interés en realizar actividades recreativas.

Clasificación: Parcialmente dependiente.

Objetivo: Promover actividades de recreación con la finalidad de favorecer la distracción y disminuir el estado depresivo y ansioso.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Informar acerca de la importancia que tiene el iniciar lo antes posible con la rehabilitación.
 - Aconsejar a actuar sin prisa, tranquilizar al individuo y demostrar calma.
 - Animar a expresar sus sentimientos y dar una respuesta.
 - Escuchar a la persona con atención.
 - Evitar fijar límites de tiempo para conseguir determinados objetivos, que al no lograrse aumente la frustración, ya que se debe de fijar objetivos realistas.
 - Realizar actividades que le permitan la distracción y recreación como es el tejer, escuchar música y televisión.
- El perder la vista tan repentinamente deja a la persona a merced del cuidado de otros y su estado de ánimo sufre cambios extremos ya que van de la desesperanza a la depresión que puede llegar a ser severa por esta causas es importante que se mantenga a la persona ocupada en actividades recreativas, que le permita con sus nuevas capacidades entretenerse e ir asimilando su nueva forma de vivir.

- Se espera que Rosa exprese sus sentimientos de tensión y resuelva el problema de la frustración, con ayuda de la terapia individual y familiar que se centre en resolver sus conflictos internos.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOGAR EL DÍA 10 /03 /06.

Diagnóstico de enfermería: Mejorar su actividad recreativa mediante la motivación para realizar actividades lúdicas.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Proponer asistir a centros de desarrollo para invidentes.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Valorar las nuevas habilidades y recursos con lo que cuente.
- Informar acerca de centros de desarrollo para invidentes.
- El tiempo de ocio favorece las relaciones humanas, la expresión personal, la iniciativa y la creatividad
- Se logro hacerla participar en actividades lúdicas.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

BIOFISIOLÓGICO PSICOLÓGICO SOCIOCULTURAL

- Su atención es escasa, su memoria es normal, resto de las funciones mentales superiores conservadas. (Ver valoración neurológica)
 - Refiere que en su etapa de estudiante el estrés limitaba que pusiera atención en la escuela.
- Tiene la necesidad de aprender a vivir sin su vista.
- Ansiedad por falta de información acerca de los estudios de gabinete que se le realizan.
- No logro concluir la preparatoria por que no le gustaba las clases de matemáticas.

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 10 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Deficiencia del conocimiento sobre su rehabilitación relacionada a la falta de información para desarrollarse como persona con sus nuevas capacidades manifestada por el interés de búsqueda de opciones para ser independiente.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Proporcionar información que le sea útil para lograr su independencia.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Fijar conjuntamente los objetivos de aprendizaje.
- Animar y motivar a la persona y familia para que participen activamente en la búsqueda de información que les ayude a resolver las dudas en cuanto a la rehabilitación.
- Dar oportunidad de practicar lo aprendido como el que coma por sí misma, se ase, ubique el lugar donde se encuentran sus pertenencias, camine apoyada del bastón, etc.
- Responder a las necesidades de nuevos conocimientos a medida que se manifiesten, el responder a preguntas referentes a su rehabilitación.
- Determinar conjuntamente la forma de integrar los nuevos conocimientos y habilidades en la vida cotidiana. • El aprendizaje es la necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo, su funcionamiento, su problema de salud y prevenirlos a través de los hábitos y comportamientos adecuados. • Rosa adquirirá los conocimientos y habilidades necesarios para manejar su situación de enfermedad y especificará las necesidades de aprendizaje, al igual que evaluará la utilidad de los conocimientos adquiridos.

DIAGNOSTICO DE BIENESTAR IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 10 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Dirigir su aprendizaje entorno a sus nuevas capa

ciudades.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Mejorar su capacidad de aprendizaje.

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Utilizar métodos y medios de enseñanza atractivos y adaptados a su edad, estado y características de la persona y familia.

- El aprendizaje exige la integridad de las estructuras biológicas y cerebrales y un funcionamiento suficiente su de los órganos de los sentidos, es por ello que cuando falla la visión el aprendizaje se dificulta y se tiene que adquirir mediante otros métodos de enseñanza.

- El aprender una nueva forma de dirigirse en la vida es un trabajo que debe de realizarlo gente con experiencia, con Rosa se obtuvieron grandes logros como el caminar sola con y sin bastón, identificar la ubicación de ciertos utensilios en la mesa como son los cubiertos, caminar guiada por alguien, comer por sí sola sin derramar la comida, bañarse, vestirse, peinarse y realizar actividades sencillas como cambiar la ropa de cama, etc.

- Su necesidad de aprendizaje para que sea completa, requiere de la asistencia a una escuela para deficientes visuales.

DIAGNÓSTICO REAL IDENTIFICADO EN EL HOSPITAL EL DÍA 7 /02 /06.

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad relacionada con desconocimiento de los estudios de diagnóstico empleados manifestado por intranquilidad, temor y falta de cooperación.

Clasificación: Dependiente.

Objetivo: Disminuir su ansiedad

INTERVENCIÓN FUNDAMENTACIÓN EVALUACIÓN

- Presentarnos con la persona de forma amable, mirándolo a la cara y detectar cualquier indicio de nerviosismo o falta de conocimiento acerca del procedimiento.
- Proporcionar la información correspondiente con el procedimiento, la forma de cooperación que se necesita para que sea de forma rápida y con las menores molestias.
- Reiterarle que permaneceremos con él durante el procedimiento y que debe de informar sobre cualquier molestia.
- Cuando se necesita realizar algún procedimiento que la persona no conozca se le debe de orientar acerca de lo que es, en que consiste, los beneficios y riesgos, para disminuir la ansiedad que puede producir cambios en las constantes vitales que impidan la realización del estudio y/o procedimientos.
- La información que recibió Rosa le ayudo para disminuir su ansiedad y contribuyo a que colaborara en la realización de los diferentes estudios de gabinete que se le realizaron.

IX. PLAN DE ALTA

EL plan de alta esta enfocado a la rehabilitación como lo es proporcionar información acerca de las habilidades compensatorias que le son utiles para lograr su independencia, de la misma manera informar acerca de las fundaciones que le proporcionen estas herramientas tales como:

- ? La asociación pro educación y rehabilitación de ciegos y débiles visual es cuya actividad es la colocación de personas invidentes en empresas para proporcionarles empleo.
- ? Centro en computación para ciegos y débiles visuales en el cual se proporciona la enseñanza del sistema Braille.

- ? Instituto para deficientes visuales Valentín Haüy, A. C. En donde se brinda educación especial, orientación psicológica capacitación laboral, deportiva, recreativa, artística y cultural.
- ? Organización de invidentes del F. F. S. C, que promueve la rehabilitación física y capacitación laboral.

DIETA

La dieta se planeo dé acuerdo con sus carencias nutricionales y nivel socioeconómico, con ayuda de la dietista del hospital.

- Pan, cereales integrales, legumbres y frutas
- Alimentos ricos en calcio como verduras de hojas oscuras y legumbres.
- Alimentos Ricos en riboflavina como el brócoli y el aguacate.
- Alimentos ricos en vitamina D como la leche de soya.
- Consumir carne de pollo o pavo.
- Evitar el exceso de azúcares, sal, carne roja, pescados y mariscos.
- Eliminar el consumo de bebidas alcohólicas.
- Baja en potasio

Se planteo un menú que sea accesible y que contemple los 3 grupos de alimentos.

El desayuno debe de contemplar en la medida de lo posible:

- ? Jugo de frutas
- ? Café con leche descremada
- ? El plato fuerte del desayuno debe ser variado, por lo tanto los platillos a disgustar, pueden ser, por ejemplo un día comer huevo a la mexicana, otro día enfrijoladas, al siguiente sincronizadas, etc.
- ? Pan dulce solo una pieza

Entre desayuno y comida se recomienda consumir una colación que puede ser una pieza de cualquier fruta, principalmente la que este de temporada, un cereal, ya sea amaranto, hojuelas de maíz, etc.

La comida que se planteo consta de sopa o crema, ensalada, como plato fuerte puede ser carne de res o cerdo, pescado, pollo, verduras guisadas, se debe insistir en el consumo adecuado de agua que es de 2 a 3 litros diarios y el postre que puede ser un dulce o conserva, galletas o fruta.

Para la cena se sugiere un alimento bajo en carbohidratos y harinas como fr

uta, cereal y leche descremada.

FARMACOS

El medicamento que debe de tomar es la acetazolamida, que es un derivado de las sulfamidas, sin actividad antibacteriana que tiene efecto sobre los túbulos proximales del riñón y en los procesos ciliares del ojo, pero el efecto que en este caso nos interesa que produzca, es la reducción en la producción de LCR, factor desencadenante de la hipertensión intracraneana benigna.

Este medicamento se recomienda consumir por las noches ya que entre sus reacciones adversas puede producir somnolencia.

MEDIDAS PARA PREVENIR COMPLICACIONES

Considerando que a Rosa se le realizó como tratamiento médico la colocación de un sistema de derivación lumbo-peritoneal el cual tiene la función de drenar el exceso de LCR hacia el peritoneo para que sea eliminado por la orina y disminuya la presión intracraneana, por ello se considero el riesgo de infección de la herida quirúrgica y se implemento un plan que cumpla con :

- Llevar acabo adecuadamente la curación de la herida quirúrgica.
- Mantener la herida seca.
- Cubrir adecuadamente la herida para prevenir que se contamine.

Otras actividades que se contemplaron, por la incapacidad de Rosa para llevar acabo determinadas actividades como lo es el comer o por que su estado depresivo estaba posponiendo son:

- Asistirlo en la dieta y vigilar que consuma la mayor parte.
- Asistir a la terapia de rehabilitación.
- Estimular el continuar con la terapia de rehabilitación en casa y no solo durante sus citas al servicio de rehabilitación.
- Insistir en la importancia que tiene el tomar su medicamento.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

- Parálisis, hormigueo o perdida de la fuerza de alguna extremidad o cara
- Datos de infección como son dolor, calor y enrojecimiento

- Datos de disfunción valvular como son:

1. Disminución del estado de alerta.
2. Presencia de cefalea intensa y prolongada.
3. Presencia de náusea y vómito.
4. Presencia de crisis convulsivas sin motivo aparente.

LA REAHABILITACIÓN SE CENTRA EN HABILIDADES COMPENSATORIAS

1. Habilidades académicas.

Las habilidades compensatorias o académicas funcionales incluyen experiencias de aprendizaje tales como conceptos de desarrollo y conciencias sobre espacios, habilidades de organización, uso de Braille, uso de sistemas de comunicación alternativos tales como lenguaje de signos o el uso de sistema de calendario con materiales grabados.

2. Orientación y movilidad.

El entrenamiento en movilidad y orientación se centra en las alternativas al uso de la visión para desplazamiento y viajes independientes. En esta área de instrucción se proporciona la enseñanza del uso de bastón.

3. Habilidades de interacción social.

Las habilidades de interacción social deben de ser enseñadas ya que las personas que han perdido la visión de manera repentina deben de conocer con que personas deben de interactuar.

4. Habilidades de vida independiente.

Las habilidades de la vida independiente constituyen el núcleo del desarrollo personal de acuerdo a sus habilidades, lo que le permitirá manejar su hogar y su vida personal, esto incluye participar, compartir en destrezas para comer y preparar su comida, cuidar su casa, manejar su dinero y el tiempo.

5. Habilidades de recreación y diversión.

Las habilidades de recreación incluye la actividad física.

6. Educación de carrera.

Con las actividades de carrera se pretende incluir el aspecto de concienciación sobre sí mismo, habilidades para la búsqueda de empleo, información sobre la conservación del empleo y fomentar las oportunidades para ganar experiencia en el trabajo.

X. CONCLUSION

Como se ha mencionado anteriormente el Proceso de Atención de Enfermería es el método que permite organizar el cuidado de enfermería.

A partir de estos elementos se elaboró un plan de cuidados, con la finalidad de cubrir las necesidades alteradas de Rosa quien perdió súbitamente la agudeza visual.

Es importante recordar que Henderson identifica al individuo y familia como una unidad, debido a esto se considera a la familia como parte del cuidado, puesto que al presentarse el evento de la enfermedad se altera el patrón de conducta de la familia y esto hace que se modifique las actividades diarias, circunstancia que produce conflicto, por ende se toman medidas, encaminadas a tratar de resolver los problemas que están afectando.

La principal dificultad que presenta la persona que ha perdido el sentido de la vista es el no conocer como interactuar con su medio ambiente, por ello el plan de alta esta enfocado en cubrir esta desventaja mediante la ayuda especializada de estrategias que le permitan la socialización en el cual la familia se involucra de manera directa, al iniciar ellos con el proceso de socialización.

Con Rosa se desarrolló de manera constante las habilidades enfocadas a la vida independiente, ya que durante la estancia en el hospital se insistió en participar directamente en su cuidado, ya que esto constituye el núcleo del desarrollo personal.

Por ello se logró conseguir que Rosa comiera por sí sola, ya que anteriormen

te era completamente dependiente, puesto que le avergonzaba derramar la comida, aprendió a utilizar las tecnologías para moverse, la familia tomó en cuenta las recomendaciones aportadas para prevenir accidentes, también se le proporcionó la información de escuela para invidentes en la cual ya acude y está aprendiendo a identificar la escritura braille entre otras habilidades y se le sugiere que acepte la propuesta de trabajo que por medio de la escuela le consiguieron.

Optaron por buscar ayuda con un terapeuta familiar que les ayudara a tratar la depresión de Rosa.

XI. GLOSARIO

AMAUROSIS: Ceguera, especialmente sin lesión aparente del ojo.

ANAMNESIS: Facultad de la memoria para recordar la historia y su familia.

ATÁVICO: Atado al pasado.

CALIDAD DE ATENCIÓN: Prestación de un servicio de enfermería en forma oportuna y respetuosa sin omitir detalles.

CLEPTOMANÍA: Propensión morbosa al hurto.

CUIDADO DE ENFERMERÍA: Conjunto de planes diseñados, acciones ejecutadas y evaluadas por el personal de enfermería tendiente a preservar o mejorar el estado de salud de una persona, familia o comunidad.

DEPRESIÓN POST PARTO: La Academia Americana del Médico Familiar reporta que los síntomas de lo que más comúnmente se le llama "baby blues" pueden comenzar después de 7 días después del parto, y esto incluye cambios de humor y temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración. Estos síntomas desaparecen por lo regular diez días después del parto. Pero si se prolongan o se intensifican, se le llama depresión posparto y puede necesitar ayuda médica.

ESCALA DE MASLOW: Abraham Maslow propuso en los años veinte una clasificación de las necesidades humanas que se llama "la pirámide de Maslow, la cual contempla las necesidades fisiológicas: hambre, sed, sexo, actividad física, necesidades de seguridad: seguridad y protección, necesidades de pertenencia y amor, necesidades de respeto: deseo que toda la familia tenga un concepto propio estable, positivo y el respeto de los demás, autorrealización, culminación de las necesidades, que dan por resultado la satisfacción de las capacidades totales propias.

ESTEREOTAXIA: Cirugía caracterizada por un posicionamiento de puntos en el espacio.

HAPTICA: Ciencia del sentido del tacto.

IDENTIDAD: Convencimiento del profesional de enfermería en el desempeño de actividades contempladas para su profesión.

INSTITUCIONALIZAR: Tomar leyes o normas existentes para ponerlas en práctica dentro de una institución hospitalaria.

INTOLERANCIA: Actitud cerrada y violenta frente a los que expresan opiniones diferentes.

LASITUD: Cansancio o falta de vigor.

MECANISMOS BUFFER: Es un sistema formado por un ácido débil y una sal fuerte de dicho ácido, formar los mecanismos de compensación para mantener la homeostasis.

METODOLOGÍA DE TRABAJO: Conjunto de pasos y procedimientos que el profesional de enfermería utiliza para realizar diariamente sus funciones.

PROCESO DE ENFERMERÍA: Método sistemático y dinámico de la profesión de enfermería para valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: Persona con formación y título universitario responsable de la atención de enfermería, capaz de promover, conservar y restablecer la salud de un individuo una familia o una comunidad.

SIGNOS ATÁVICOS: Son los signos que indican lesión a nivel del lóbulo frontal.

TOMA DE DECISIONES: Capacidad del profesional de enfermería para decidir y priorizar acciones mediatas e inmediatas con el fin de optimizar los cuidados de enfermería en su campo de acción.

TOPOGNOSIAS: Pérdida de la capacidad para conocer el entorno familiar.

XII. BIBLIOGRAFIA

Asenjo Alfonso., Grandes Síndromes Neurológicos y Neuroquirúrgicos., In ter. Medica, Buenos Aires, Argentina 1966. 340 PPLU.

Verne Wolf., Curso de Enfermería Moderna., 7ma ed., Harla. , México D. F , 1998. 350 PP

Arieti, Silvano., Psicoterapia de la depresión., Paídos., Buenos Aires 1981. 543 PP

Bavetta, S. Sutcliffe, J.C., A prospective comparison of fiber-optic and fluid-filled single lumen bolt subdural pressure transducers in ventilated neurosurgical patients. Br-J-Neurosurg. 1996. 279 PP

Barraquer Bordas Luis., Neurología Fundamental., 2da ed., Toray S.A. Barcelona 1968. 600 PP

Bretón, Sue., La depresión., Planeta. México, 1998. 340 PP

Bradbury, M.W.B., Cole, D.F. The role of the lymphatic system in drainage of cerebrospinal fluid and aqueous humor. J Physiol. 1980. P 299, 353-365

Cárdenas Margarita Jiménez, Lic. Cristina Galván Gleaves.,. Antología a Teorías Y Modelos., Base Teórica Para Las Especializaciones., México. 2004 . Pág. 400 PP

Calderón, N. Guillermo. Depresión, sufrimiento y liberación., Edamex. México 1997. 250 PP

Colliere, Marie Françoise., Promover la vida., Interamericana Mc Graw Hill. México D. F. 350 PP

Domínguez Alcón C. La percepción del cuidar. Rev. Rol Enfermera 1998.

290 PP

Cárdenas Juan., Neurología., Impresiones Modernas S. A México D. F 1959 . 650 PP

Durward, Q. J., Amacher, A. L., The influence of the systemic arterial pressure on the development of cerebral vasogenic edema. J. Neurosurg. 1983. P 850 PP

Fernández Ferrin Carmen, Garrida Margarita., Enfermería fundamental., Masson, Barcelona España 2000. 340 PP

Francisco Gomesjara., Salud Comunicaría, Teoría y Técnica., Nueva Sociología, México 1982. 270 PP

García González María de Jesús., El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson., Progreso S.A. México D. F, 1997. 230 PP

Gasto, C., Depresiones crónicas., Doyma. España, 1993. 370 PP
Gracia D. Investigación clínica. Ética y vida. Vol. 4., El Buho. Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria. Bogotá 1998. 215 PP

Gerard J. Tortora, Sandra Reynolds Grabowski., Principios de Anatomía y Fisiología., 3ra ed., Harcourt Brace., Madrid España 1999. 473 PP

Harrison, R. P., Terapia cognitiva de la depresión: Una introducción a desarrollo histórico. 3ra ed., Interamericana. México 1984. 740 PP

Hortensia Loza Vidal, Verónica Vázquez Mendoza., Diagnósticos Neurológicos de Enfermería., México 2004. 110 PP

J. Hernández Conesa., Oposiciones De enfermería., 2da ed., Mc Graw Hill Interamericana., 2000. 330 PP

Jacobson, E. Depresión, estudios comparativos de condiciones normales, neuróticos y psicópatas., Amorrourtu. Buenos Aires 1971. 400 PP

Kozier Bárbara., Enfermería Fundamental., 4ta ed., Ed Mc Graw Hill Interamericana., Vol. I y II. México 1994. 578 PP

Kocher, T., Hirnerschutterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnerkrankungen Nothnagl's specialle pathologie und therapie. 1991. 850 PP

Lolas, F., Quezada A. Pautas éticas de Investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. 2003. 260 PP

Marriner Anna RN. PH. D., El proceso de atención de enfermería, un enfoque científico., 2da ed., El Manual Moderno SA DE CV. México D. F 1983. 380 PP

Martin, G. Lundberg's B., Waves as a feature of normal intracranial pressure. Surg. Neurol. 1978. 460 PP

Marqués, Ramón., Tratamiento natural de la depresión., Paídos Buenos Aires, 1990. 268 PP

Sigmund Freud. S. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Parte III, Doctrina general de las neurosis 1917 560 PP.

Pellegrini A; Macklin R. Investigación en sujetos humanos.. Editores O.P. S.- O.M.S. 1999. 350 PP

Polaino, Lorete. A., La depresión. Martínez Roca. Barcelona España, 1980. 530 PP

Potter Perry., Fundamentos de enfermería., 1ra ed., Ed Harcourt Océano, Vol. 1. México 2002 Págs.78, 89, 93 y 96

Raymond Hadas, M.A., M. D., Principios de Neurología., Reverte S. A. España 1982. 650 PP

Roa Armando., Ética y Bioética., Andrés Bnello., Santiago Chile. 1988 PP 225

Sanfeliu Cortes Victoria., Problemas neurológicos., Masson España 1999 270 PP.

Suzanne Kerouac M.N. M. SC, Jacinthe Pepin, Francine Ducharme., El pensamiento enfermero., Masson, Barcelona España 1996. 358 PP

Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez., Fundamentos de Enfermería., 3ra ed., Ed Manual Moderno., 2004. 255 PP

Schwartz, A. E., Isolated cerebral hypothermia by single carotid artery perfusion of extracorporeally cooled blood in baboons. Neurosurgery. 1996. 577 PP

Tamayo y Tamayo Mario., El Proceso de la Investigación Científica., 3ra ed., Limusa, México 1999. 230 PP

Trad, V. Paúl., Depresión Psíquica en neonatos y lactantes., Limusa. México o D.F, 1992. Pág. 221 PP

Weaver, D. D., Winn, H. R., Harrison ,K. M. Differential intracranial pressure in patients with unilateral mass lesions. J. Neurosurg. 1982. 665 PP

Wieck King Dyer., Técnicas de enfermería., 3ra ed., Interamericana. Mac Gtaw_Hill 1990. 552 PP

<http://www.fonacit.gov.ve>

XIII. ANEXO 1

a) ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

ELECTROENCEFALOGRAMA

Berger fue el primero en haber registrado la actividad bioeléctrica en el cerebro humano en 1924.

DEFINICIÓN:

Es un examen para detectar cualquier actividad eléctrica anormal del cerebro.

La neurona esta compuesta por fracciones con propiedades eléctricas diferentes. El soma actúa como dipolo con un polo receptor dendrítico que engendra potenciales locales graduables de 20 a 50 micro voltios prolongados y transmisibles y un polo emisor axonal que constituye el potencial axonal o potencial de acción que sigue la ley de todo o nada y cuyas funciones son equ

iparables a las de recibir, transmitir y coordinar mensajes.

El cerebro humano es un enorme conjunto de neuronas que pulsa en forma eléctrica, a su vez los grupos de neuronales de grandes núcleos de la base con su riqueza de vías de protección influyen en l neuronas corticales sobretodo en las piramidales cuya red dendrítica, sitio de variaciones eléctricas lentas y prolongadas experimentan modificaciones en su excitabilidad. El registro continuo de esta actividad fluctuante a través de la superficie del cuero cabelludo es la expresión de los potenciales de membrana de la trama dendrítica de la corteza cerebral que se modifica a su vez por los impulsos provenientes de las estructuras subcorticales. Esta actividad constituye el electroencefalograma que sintetiza el funcionamiento unísono de millones de neuronas.

Las células del cerebro se comunican produciendo pequeños impulsos eléctricos. En un EEG se colocan electrodos en el cuero cabelludo sobre múltiples áreas del cerebro para detectar y registrar patrones de la actividad eléctrica y revisar en busca de cualquier anomalía.

El EEG se utiliza para diagnosticar la presencia y tipo de trastornos convulsivos, buscar las causas de la confusión y para evaluar las lesiones en la cabeza, tumores, infecciones, enfermedades degenerativas y alteraciones metabólicas que afectan al cerebro.

También se usa para evaluar trastornos del sueño y para investigar períodos de pérdida del conocimiento. El EEG puede realizarse para confirmar la muerte cerebral en un paciente comatoso

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DEINIFIÓN

La resonancia magnética nuclear, es una exploración radiológica que nace a principios de los años 80 y es una técnica que permite tener imágenes de forma no invasiva y sin emitir radiación iónica y en cualquier plano del espacio.

Posee la capacidad de diferenciar mejor que cualquier otra prueba radiológica a las distintas estructuras anatómicas. Pueden añadirse contraste para delimitar aún más las estructuras y partes del cuerpo.

La obtención de las imágenes se consigue mediante la estimulación del organismo a la acción de un campo electromagnético con un imán de 1.5 tesla que equivale a 15 mil veces el campo magnético de la tierra; este imán atrae a los protones que están contenidos en los átomos de los tejidos que se alinearán con el campo magnético.

Cuando se interrumpe el pulso, los protones vuelven a su posición original de relajación liberando energía y emitiendo señales de radio que son captadas por un receptor y analizadas por un ordenador que las transmitirá en imágenes y cada tejido produce una señal diferente. En la resonancia las imágenes

se realizan en cortes en tres planos: axial, sagital y coronal sin necesidad de que el paciente cambie su posición.

Las resonancias magnéticas atraviesan los huesos por ello se pueden ver muy bien los tejidos blandos. El aparato de RMN estará en un lugar que está aislado de todo tipo de campos magnéticos exteriores.

La RMN utiliza fuertes campos magnéticos que provocan que las células del cuerpo emitan ondas de radio. Los diferentes tejidos emiten diferentes ondas en función de su densidad y de su contenido en agua. Una computadora traduce los patrones de estas ondas en imágenes muy detalladas de las partes del cuerpo en las cuales se pueden identificar anomalías que pueden ser utilizadas para un diagnóstico médico.

El paciente permanece tumbado en una camilla, y esta se desliza dentro del tubo que genera los campos magnéticos. El aparato genera campos magnéticos alrededor del paciente y emite ondas de radio que se dirigen a los tejidos a estudiar. Pero es incruento y no invasivo para el paciente.

Cada "corte" precisará de 2 a 15 minutos, por ello se puede tardar en esta exploración entre 30 y 60 minutos.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA EL ESTUDIO

- ? Suele indicarse una dieta de 6 horas antes de la exploración.
- ? Debe ser firmado un consentimiento escrito de aceptación de riesgos.
- ? No debe de llevarse objetos metálicos (anillos, collares, pendientes, etc.) en ninguna parte del cuerpo, inclusive aparatos dentales móviles.
- ? Debe permanecer quieto durante la exploración.

PROBLEMAS DURANTE LA RMN

- ? No produce dolor.
- ? Las ondas magnéticas no producen daños.
- ? El problema principal es la claustrofobia (sentimiento de estar encerrado), tanto por estar en un tubo cerrado como por que la máquina produce mucho ruido.
- ? La camilla puede estar fría, y dura, puede ser necesario una pequeña almohada.
- ? No se debe realizar RMN en mujeres embarazadas, ni en personas que tengan un marcapasos implantado.

USO EN EL SNC

Afectación del SNC: Proporciona mayor resolución que la TAC, en especial en afectación de la sustancia blanca, fosa posterior y tronco del encéfalo. Se

usa para el estudio de estas estructuras afectadas por tumores, trombosis venosas, placas de desmielinización (esclerosis múltiple), infartos cerebrales, etc.

CÓMO SE REALIZA LA EXPLORACIÓN

Habitualmente se desviste al paciente y se le coloca una bata para la exploración. Deberá desprenderse de todo objeto metálico que lleve puesto.

El paciente estará tumbado en una camilla que se mueve hacia delante y hacia atrás. El tubo de la RMN tiene una apertura cilíndrica en su centro que es donde quedará introducido el paciente. Algunos modelos son abiertos para evitar la claustrofobia.

Según la potencia del aparato la exploración durará desde unos minutos hasta unos 30-45 MN

Durante la misma, se oye un ruido intenso en forma de pulsos, que son producidos por el campo magnético. Se atenúa este ruido mediante unos cascos protectores.

Los principales problemas que pueden producirse son la claustrofobia y que el ruido resulte inaguantable.

Es importante que el paciente esté completamente quieto para obtener buenas imágenes.

En algunas exploraciones se necesitará inyectarle un contraste en una vena durante la exploración.

En los casos en que sea necesario el uso de contraste endovenoso o sedación se le pedirá que firme una hoja de consentimiento informado.

Una vez finalizada la exploración puede hacerse una vida normal, sin que existan efectos secundarios.

PREPARACIÓN NECESARIA

En general no es necesaria preparación alguna, pudiendo tomar su medicación habitual previa a la RMN. Si es preciso que esté en ayunas se lo comunicará al darle la citación.

Conviene que antes de realizarla realice sus necesidades fisiológicas para no tener ganas durante la prueba.

Si el paciente tiene historia previa de reacciones alérgicas o enfermedades graves, o sea portador de alguna prótesis u otro objeto metálico debe comunicarlo previamente a la prueba.

VENTAJAS:

- ? Es muy segura ya que no produce radiación ionizante.
- ? No es invasiva para el paciente.
- ? No hay dolor ni necesidad de punciones.
- ? Tiene una gran capacidad de resolución, generando muy buenas imágenes de los diferentes órganos y tejidos que con otras técnicas diagnósticas no eran tan completas.

INCONVENIENTES:

- ? Ruido intenso puede llegar a ser muy molesto.
- ? Es relativamente cara respecto a otras técnicas de radiodiagnóstico.
- ? Producir claustrofobia.
- ? En algunos casos puede ser necesario inyectar contraste.

¿QUIÉN NO PUEDE REALIZARSE ESTA TÉCNICA?

Actualmente la única contraindicación absoluta son los pacientes portadores de marcapasos cardíacos.

Si usted es portador de algún tipo de implante metálico o prótesis en algún tejido u órgano (por ejemplo, clips en vasos cerebrales, stent coronarios, prótesis en rodilla o cadera, válvulas metálicas cardíacas, etc.) debe consultarlo previamente a la prueba por si no se pudiera realizar, pero casi todos estos implantes son de materiales no imantables que permiten realizarla.

Un caso especial es el embarazo. Habitualmente se intenta diferir la resonancia hasta que finalice, pero si es necesario se hará a partir del primer trimestre.

Durante el primer trimestre no se realiza, a no ser que sea estrictamente necesario para preservar la salud de la madre, sin que se haya demostrado que existe un riesgo aumentado de malformaciones o de abortos.

PUNCIÓN LUMBAR

DEFINICIÓN

La recolección de líquido cefalorraquídeo (LCR) es un procedimiento para obtener una muestra y medir la presión en el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal. Este líquido, que normalmente es claro, actúa como amortiguador, protegiendo el cerebro y la columna de lesiones.

Existen diferentes formas de obtener una muestra de líquido cefalorraquídeo. Una punción lumbar, o punción espinal, es el medio más común para recolectar una muestra de LCR y generalmente se realiza de la siguiente manera:

- El paciente debe acostarse de lado con las rodillas encogidas hacia el abdomen y la barbilla pegada al tórax. Algunas veces, este procedimiento se realiza con la persona sentada y doblada hacia adelante.
- Después de limpiar la espalda, el médico inyecta anestésico local en la parte inferior de la columna.
- Se inserta la aguja espinal, generalmente entre la tercera y cuarta vértebra lumbar.
- Una vez que se ha insertado la aguja adecuadamente, se mide la presión del líquido espinal y se recoge la muestra.
- Luego, se retira la aguja, se limpia el área y se aplica un vendaje sobre el sitio. El paciente debe permanecer acostado por un período de 20 minutos a 1 hora después del examen.

PREPARACIÓN PARA EL EXAMEN

La persona (o tutor) debe firmar un formulario de consentimiento y debe permanecer en el hospital durante al menos varias horas después del examen en observación.

La posición puede ser incómoda, pero es obligatorio que el paciente permanezca en posición fetal para evitar mover la aguja y posiblemente causar daño a la médula espinal.

El anestésico puede arder o quemar al inicio de la inyección. Cuando se inserta la aguja, hay una sensación de presión fuerte y generalmente un dolor breve cuando la aguja pasa a través del tejido que rodea la médula espinal (meninges). Este dolor debe desaparecer en pocos segundos.

En general, el malestar oscila de mínimo a moderado. El procedimiento completo generalmente toma casi 30 minutos, pero puede tomar más tiempo. Las mediciones de la presión real y la recolección de líquido sólo toman pocos minutos.

RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA EL EXAMEN

Este examen se realiza para medir las presiones en el líquido cefalorraquídeo y para recoger una muestra con el fin de realizar pruebas adicionales. El

LCR se puede utilizar para diagnosticar ciertos trastornos neurológicos, particularmente infecciones (como meningitis) y daño cerebral o daño a la médula a espinal.

VALORES NORMALES

- Presión de 50 a 180 mm H₂O
- Apariencia: clara, sin color
- Proteína total en LCR: 15 a 45 mg/100 ml
- Gamma globulina: 3 a 12% de la proteína total
- Glucosa en LCR: 50 a 80 mg/100 ml (o aproximadamente 2/3 del nivel de glucosa sérica)
- Conteo de células del LCR: 0 a 5 GB, ausencia de GR
- Cloruro: 110 a 125 meq/L

SIGNIFICADO DE LOS RESULTADOS ANORMALES

- Aumento de la presión: aumento de la presión intracraneana (presión en el cráneo) por trauma o infección
- Disminución de la presión: obstrucción del flujo de LCR por encima del sitio de la punción (tumor de médula espinal), shock, desmayo, coma diabético
- Apariencia
 - o Turbia: infección, glóbulos blancos en LCR, proteína en LCR, microorganismos
 - o Sanguinolento o color rojizo: sangrado en el cerebro o en el espacio subaracnoideo, obstrucción de la médula espinal, punción lumbar traumática (primer espécimen sanguinolento, el resto claro)
 - o Color marrón, naranja y amarillo: proteína elevada en LCR, sangre vieja (más de 3 días) en LCR
- Aumento de la proteína: sangre en LCR, diabetes, polineuritis, tumores, trauma y cualquier condición inflamatoria o infecciosa
- Disminución de la proteína: producción de LCR rápida
- Aumento de la gamma globulina: enfermedad desmielinizante, como esclerosis múltiple, neurosífilis, síndrome de Guillain-Barré
- Aumento de la glucosa: hiperglucemia sistémica (azúcar elevada en sangre)
- Disminución de la glucosa: hipoglucemia sistémica (azúcar baja en sangre), infección bacteriana o micótica (como meningitis), tuberculosis y meningitis carcinomatosa
- Aumento de GB: meningitis activa, infección aguda, inicio de una enfermedad crónica, tumor, absceso, infarto cerebral (accidente cerebro vascular), enfermedad desmielinizante (como esclerosis múltiple)

- GR: sangrado en el líquido espinal, punción lumbar traumática.

CUÁLES SON LOS RIESGOS

- Los riesgos de la punción lumbar son, entre otros:
 - o Hipersensibilidad (reacción alérgica) al anestésico
 - o Malestar durante el examen
 - o Dolor de cabeza después del examen
 - o Sangrado en el conducto espinal
- Hernia cerebral (sí se realiza en una persona con aumento de la presión intracraneal y que ocasiona daño cerebral y/o muerte)
- Daño a la médula espinal (particularmente sí la persona se mueve durante el examen).

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Este examen no se debe realizar en personas que puedan tener aumento de la presión intracraneal, ya que se corre el riesgo de depleción del SNC. Sin embargo es parte del tratamiento de la presión intracraneana benigna.

POTENCIALES EVOCADOS VISUALES

El principio de los estudios de Potenciales Evocados (EPE) es simple. Los nervios que han experimentado desmielinización conducen impulsos más lentamente de lo normal, aun cuando hayan sido sanados y remielinizados. Los EPE miden la proporción y la forma del impulso al pasar a través de nervios específicos.

Los Estudios Potenciales Evocados Visuales evalúan el envío de mensajes a través de los nervios ópticos detrás del ojo. Para estimular el sistema visual, se le puede pedir al paciente que vea la televisión que muestra una pantalla de puntos, o algún otro modelo que cambie rápidamente, produciendo un estímulo que pasa de sistema visual a la corteza occipital del cerebro (localizado en la parte posterior del cráneo) donde se organiza la visión. Los electrodos sobre el cuero cabelludo miden la forma de la onda y la velocidad del impulso para determinar si uno difiere del otro.

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

La misma idea se aplica al nervio auditivo en pruebas llamadas potenciales evocados auditivos o respuestas evocadas del tallo cerebral de audición. Estas pruebas consisten en escuchar sonidos a través de audífonos mientras se m

ide la forma de la onda y la velocidad del impulso del nervio al pasar del nervio auditivo al área del cerebro relacionada con la audición.

EXAMENES DE GABINETE

FECHA ESTUDIO RESULTADO FINALIDAD

8 / 02 / 2006 Resonancia magnética nuclear Nuestra una adecuada diferencia entre la sustancia blanca y sustancia gris, sistema ventricular de tal la y morfología normal Descartar un tumor que estuviera provocando aumento de la presión intracraneana

7 / 02 / 2006 Electroencefalograma Anormal por la presencia de disfunción leve bifrontal, por presentar ondas lentas, pero que no indican actividad epiléptica Descartar actividad epiléptica

8 / 02 / 2006 Tomografía axial computarizada simple y contrastada Normal Descartar un tumor cerebral

9 / 02 / 2006 Potenciales evocados visuales Severa disfunción bilateral y simétrica de la vía visual prequiasmática, condicionamiento del bloqueo absoluto de la conducción del estímulo visual. Neuroconducción sensitiva y motora normal. Descartar enfermedad desmielinizante como es la Esclerosis múltiple

7, 9, 11 y 12 / 02 / 2006 Punción Lumbar Líquido claro sin olor, Presión inicial de 370 y final 170 mm H₂O, proteína total normal, Glucosa de 80 mg/100 ml. células de 0 a 5 GB, ausencia de GR. Conocer la presión inicial y final y es parte del tratamiento parcial de la hipertensión intracraneala.

XIV. ANEXO 2

a) CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

La Bioética representa hoy un movimiento universal de responsabilidad profesional y por su concepción de ética global es de la incumbencia de todos los seres humanos para respetar la naturaleza en su conjunto.

Desde el punto de vista enfermero la bioética es su eje central de actuación, ya que la enfermera trabaja con personas que merecen ser cuidadas con dignidad y respeto, dado que la razón de ser de la enfermería son las personas, en estado de salud o de enfermedad. Los enfermeros (as) asumen la responsabilidad de cuidar, ayudar a mantener salud, a promover la calidad d

e vida, prevenir las enfermedades y ayudar a las personas a vivir con limitaciones salvaguardando su dignidad y soporte espiritual en el momento de la muerte (COLLIERE 1993).

Además la enfermería tiene un compromiso con la sociedad, por que ser miembro de una profesión de salud significa saber responder a los deberes morales de capacitación permanente, disciplina, acción y servicio para mantener la integridad de las personas. Así como tener voluntad de actuar en beneficio del paciente, familia y comunidad y tomar las decisiones necesarias como la mejor opción para las personas o grupos a quien presta sus servicios, para limitar el daño y asegurar la integridad de las personas, a esto se le llama, sensibilidad ética y capacidad de razonamiento moral para la adecuada toma de decisiones en su desempeño profesional.

Por ello es importante tener una formación ética que capacite al personal de enfermería para resolver conflictos morales que se presentan en la práctica habitual; que facilite la creación de relaciones equilibradas y que les permita reconocer al paciente como el elemento fundamental de su trabajo (DOMINGUEZ 1998).

En México, la Secretaría de Salud participa en dicho movimiento con la responsabilidad bioética, mediante la formación de la Comisión Nacional de Bioética que hace respetar el derecho constitucional de protección a la salud.

Es oportuno considerar el carácter reciente de los principios de la Bioética, que estudia sistemáticamente lo relativo al derecho a la vida, a la salud y la dignidad de la persona humana, para revisar los avances científicos y tecnológicos en especial aquellos que pudieran modificar la herencia y el destino del hombre (ROA 1988).

Los objetivos de la investigación con humanos son: producir conocimientos generalizables, mejorar la salud y el bienestar de la población y aumentar la comprensión de la biología humana debido a ello es conveniente la aplicación de la bioética que facilita la relación del investigador con el sujeto de la investigación, quien es un humano como él, es por ello que para realizar un proyecto verdaderamente bioético el investigador y su equipo realizan este proceso desde su conciencia, lo cual requiere una permanente y delcada observación de los procedimientos aplicados y los efectos que ocasionan en los sujetos de la investigación (www.fonacit.gov.ve).

En 1964 redacta la Declaración de Helsinki, el cual entra en vigencia el año

o 1989. En ella se declara que la finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el "mejoramiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogénesis de la enfermedad".

En el año 1947 la enunciación del Código de Nuremberg marcó una de las primeras medidas de protección de las personas humanas en pro del ejercicio de la autonomía; en él se señala que el consentimiento voluntario es esencial y que, en ausencia de la posibilidad de ejercerla, si fuere necesario, deberá existir un representante legal; este código que no deberán realizarse experimentos en situaciones de riesgo de muerte o de daño incapacitante y que el grado de riesgo no debe exceder el grado de importancia del experimento así como el derecho que el sujeto tiene la libertad para retirarse en el momento que lo desee (PELLEGRINI, 1999).

Para que se realice cualquier investigación con humanos y en este caso el Proceso de Atención de Enfermería se deben de contemplar los principios bioéticos que son el de responsabilidad, no-maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía, con estos se logra respetar los derechos humanos de la persona y a demás existen normas nacionales e internacionales para cumplir con estos principios bioéticos donde se exige el respeto a los derechos humanos del sujeto de la investigación, de lo contrario se estarían violando tales derechos lo cual conduce a penalizaciones legales, por ello es importante la existencia de comités de bioética que tienen como finalidad guiar la conducta del ejercicio profesional, con el fin de resolver las diferencias en la prestación de los servicios a los enfermos y a sus familiares, así regular las investigaciones mediante la aprobación de protocolos de investigación (LOLAS, 2003).

El principio de autonomía debe contemplar la revisión acuciosa y responsable del documento de consentimiento informado y también es bien llamado también por considerar el respeto a las personas y se basa en el fundamento de que el ser humano posee la capacidad de darse a sí mismo y su actuar como persona. El principio de beneficencia persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto los participantes en una investigación o sus representantes deben conocer los riesgos y los beneficios. El principio de justicia se asocia con la investigación científica, podemos aseverar que lo justo se identifica con lo bueno y lo correcto. Y el principio de no-maleficencia "obliga a todos de modo primario y por lo tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento" y pretende no dañar al paciente, lo que obligaría moralmente al investigador a buscar los menores riesgos posibles para los sujetos.

De esta manera se debe de informar a la persona de todo lo que se realiza y cual es la finalidad y los beneficios así como los riesgos, de la misma se asegura que los individuos participen en un estudio sólo cuando éste es compatible con sus valores, intereses y preferencias.

Dicho consentimiento informado se debe de elaborar de acuerdo a las condiciones metodológicas del estudio, certificar la confidencialidad, comprometerse y por escrito al beneficio que recibiría el sujeto de la investigación.

Enfermería, tímidamente, se va adentrando a la investigación experimental en seres humanos y deberá ser un deber y una obligación moral capacitarse en esta área del conocimiento científico. La investigación científica debe ir caminando a la par con el avance de nuestra disciplina, ya que será fundamental su realización y uno de los tantos roles que ejerce día a día el profesional de Enfermería.

En este estudio de caso se realizó el consentimiento informado tomando en cuenta todas estas consideraciones bioéticas y basado en el código guía bioética de conducta profesional del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, como sea mencionado, la enfermería es una disciplina con responsabilidad ética y por ello no debe dejar pasar el realizar un consentimiento informado donde exprese que es una investigación en la cual se respetará la confidencialidad del estudio, el derecho de la persona para retirarse del proyecto en el momento que esta lo decida y sobre todo no se esta obligando a participar; dicho consentimiento se presenta a continuación:

b) CONSENTIMIENTO INFPRMADO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGIA

MANUEL VELAZCO SUAREZ

AUTORIZACIÓN DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE: Rosa María Maldonado.

NÚMERO DE REGISTRO: 177451

CAMA: 342

FECHA: 10 OCTUBRE 2006

Por medio de la presenta autorizo a la pasante de enfermería PLEO Ángeles Ramírez Díaz, quien realiza su servicio social en este instituto, para que realice el plan de cuidados y que se siga el caso de su paciente, para que le proporcione los cuidados y la orientación acerca de cómo debe ser su atención en casa.

AUTORIZO

TESTIGO

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

FIRMA: _____

XV. ANEXO 3

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA ACADÉMIA DE LA TRIPLE AAA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: NECESIDADES HUMANAS

Ficha de identificación:

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Edo. Civil: _____

Procedencia: _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

Teléfono: _____ Número de registro: _____ Servicio: _

Número de cama: _____

1. Necesidad de oxigenación

Subjetivo: (Información que proporciona el paciente o el familiar)

Dificultad para respirar debido a: _____

Tos productiva / seca: _____ Características de las secreciones
: _____

Dolor asociado con la respiración: _____

Fuma: No Tiempo: _____ Cantidad de cigarrillos: _____

De acuerdo con su estado de ánimo varía la cantidad de cigarrillos: _____

Objetivo: (Valoración que realiza la enfermera)

Presencia de disnea: _____ Sin esfuerzo: _____ Con esfuerzo: _____

Características de las secreciones: _____

Amarillas: _____ Hialinas: _____ Verdosas: _____

Hemoptisis: _____

Otras: _____

F / R: _____ T / A: _____ F / C: _____ PVC : _____

Dolor asociado con la inspiración o espiración: _____

Tabaquismo: positivo / negativo: _____

Uso de O2: _____ Puntas nasales: _____ Mascarilla: _____

Ventilador: _____

Parámetros del ventilador: _____ Presencia de cánula endotraqueal / traqueostomía: _____

Coloración de la piel, lechos ungueales y peri bucal: _____

Palidez: _____ Cianosis: _____ Rubicundez: _____

Llenado capilar: _____

Resultados de laboratorio:

Gasometría:

PO2: _____

PCO2: _____

HCO3: _____

SAT O2: _____

HTO: _____

Hb: _____

2. Necesidad de hidratación y nutrición

Subjetivo:

Dieta: Habitual: _____

Trastornos digestivos: _____

Problemas de masticación y deglución: _____

Aumento de peso: _____ Pérdida de peso: _____ Realiza ejercicio
: _____

Uso de suplementos alimenticios: _____ Uso de fármacos: _____

Otros: _____

Objetivo:

Dieta indicada: _____ -

Coloración de la piel: Ictericia: _____ Pálida: _____ Grisáceo: _____

Estado de la piel: Turgencia: _____ Hidratación: _____ Seca: _____

Estado de mucosas: Integras: _____ Hidratadas: _____ Secas: _____

Características del cabello y uñas: _____

Aspecto de dientes y encías: _____

Afección y manifestaciones de tubo digestivo: _____

Parámetros de PVC: _____

Otros: _____

Resultados de laboratorio:

Química sanguínea:

Glucosa: _____

Na: _____

K: _____

Ca: _____

Cl: _____

3. Necesidad de eliminación:

Subjetivo

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces: _____

Orina: _____ Menstruación: _____

Uso de laxantes o sustancias que favorezcan la micción: _____

Dolor al evacuar: _____ Dolor al miccionar: _____

Prurito: _____ Sangrado: _____ Otros: _____

Objetivo.

Auscultación del abdomen: _____

Características del abdomen: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____ Volumen urinario: _____

Características de la orina: _____

Características de la evacuación: _____

Presencia de edema: _____

Resultados de laboratorio.

EGO: pH: _____ Densidad: _____ Hb: _____ Sedimento: _____

Bacterias: _____ Eritrocitos.: _____

Fármacos específicos: _____

4. Necesidad de termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Temperatura corporal: _____

Características de la piel: Fría: _____ Caliente: _____ Húmeda:

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

Resultados de laboratorio:

Formula blanca: leucocitos: _____

Pruebas febriles: _____

Urocultivo: _____

Cultivo de secreciones: _____

Hemocultivo: _____

Otros: _____

Fármacos específicos: _____

5. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Ejercicio tipo y frecuencia: _____

Uso de prótesis y ortésis: _____

Objetivo

Nivel de conciencia: _____

Estado del sistema neuromuscular y esquelético: _____

Fuerza: _____ Tono: _____ Motricidad: _____

Sensibilidad: _____ Postura: _____

Ayuda para la de ambulación: _____

Presencia de temblores: _____

Como influyen las emociones en la movilidad y postura: _____

Resultados de laboratorio: _____

Otros: _____

Patrón de rehabilitación específico para el caso: _____

Fármacos específicos: _____

6. Necesidad de descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: Positivo Horario de sueño: _____

Siesta: _____ Alteración del sueño: _____

A que considera que se deba la alteración: _____

Se siente cansado al levantarse: _____

Objetivo:

Actitud: Tranquilo: _____ Ansioso: _____ Angustiado: _____ Irr

itable: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____
Concentración: _____ Apatía: _____ Cefalea: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

Fármacos.: _____

7. Necesidad de vestir prendas adecuadas

Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de cavidades: _____

Aseo de manos antes y después de comer e ir al baño: _____

XVIII. Objetivo

Aseo de manos antes y después de comer e ir al baño: _____

Tiene creencias espirituales que limiten sus hábitos higiénicos: _____

Aspecto general sobre su higiene: _____

Olor corporal: _____ Presencia de halitosis: _____

Higiene y características de las uñas: _____

Lesiones dérmicas: _____

Ulceras por decúbito: _____ Intervenciones quirúrgicas: _____

Micosis: _____ Puntos de presión en salientes óseas: _____

Zona de injerto: _____ Lesión por quemaduras: _____

Anotar en el diagrama el sitio de la lesión: _____

Claves:

Herida quirúrgica

* Ulcera por decúbito

\$ Bolsa de drenaje

% Quemadura

& Injerto

“Presión en salientes óseas

8. Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Vive sólo a con su familia: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes: _____

Hogar: _____

Trabajo: _____

Hospital: _____

Vía pública: _____

Realiza controles periódicos de salud cada año: _____

Como canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria: _____

Mencione las causas que le puede ocasionar peligro: _____

Dificultad para hablar: _____

Escuchar: _____ Ver: _____ Desplazarse: _____

Uso de aparatos ortopédicos: _____

Otros: _____

Objetivo:

Afecciones detectadas y grado de afección: _____

Métodos invasivos: _____

Condiciones del ambiente de la unidad del paciente:

Iluminación: _____ Ventilación: _____

Humedad del piso: _____ Higiene: _____

Otros: _____

Fármacos específicos:

9. Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____

Años de relación: _____

Vive con: _____

Causa de preocupación y estrés: _____

Manifiesta sus preocupaciones: _____ A quien: _____
Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debido a su afección o estado: _____

Tiene contacto social en la actualidad: _____

Objetivo:
Habla clara: _____ Confuso: _____ Dificultad en la visión: _____

Comunicación verbal / no verbal: _____ Con la familia: _____

Otras personas significativas: _____
Otros: _____

10. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:
Creencias religiosas: _____
Sus creencias les generan conflictos personales: _____

Principales valores personales: _____

Es congruente con su forma de pensar y vivir: _____

Que creencias tiene acerca de la vida y de la muerte: _____

Objetivo:
Hábitos específicos de vivir (grupo social o religioso): _____

Permite la exploración física: _____

Tiene algún objeto indicativo de valores y creencias: _____

Demanda la atención de un guía espiritual: _____

Otros: _____

11. Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

Fuente de ingresos: _____

Sus ingresos permiten cubrir sus necesidades básicas: _____

Que actividades le hacen sentirse útil y satisfecho: _____

Como influye su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar: _____

Objetivo:

Estado emocional del paciente: _____

Calmado: Si Ansioso: _____ Enfadado: _____

Retraído: _____ Temeroso: _____ Irritable: _____

Inquieto: _____ Eufórico: _____ Otras manifestaciones

: _____

12. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que elabora en su tiempo libre: _____

Participa en alguna actividad lúdica o recreativa: _____

Objetivo:

Presenta alguna afección neuromuscular que le limite, realizar actividades recreativas: _____

Rechaza las actividades recreativas: _____

13. Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Técnicas de retroalimentación: _____

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: _____

Tiene interés en aprender a resolver sus problemas de salud: _____

Objetivo:

Estado mental, orientación, comprensión y juicio: _____

Memoria reciente: _____

Memoria Remota: _____

Otras manifestaciones: _____