



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UN PACIENTE CON SECUELAS DE EVENTO
VASCULAR CEREBRAL CON LA FILOSOFIA DE VIRGINIA
HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA
MARÍA DEL CARMEN GALICIA ROSAS
No. DE CUENTA 403013823**



**DIRECTORA DEL TRABAJO
LEO. PATRICIA GONZÁLEZ RAMIREZ**

MÉXICO, MARZO DEL 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	
-General	2
-Específicos	3
3. JUSTIFICACIÓN	4
4. METODOLOGÍA	5
5. MARCO TEORICO	6
5.1 Antecedentes Históricos de la Enfermería	6
5.2 Proceso Atención de Enfermería	9
5.2.1 Etapas del Proceso Atención de Enfermería	10
5.2.1.1 Valoración	10
5.2.1.2 Diagnósticos de enfermería	11
5.2.1.3 Planificación	13
5.2.1.4 Ejecución	15
5.2.1.5 Evaluación	15
5.3 Filosofía de Virginia Henderson	16
5.3.1 Asunciones Científicas o Postulados	17
5.3.2 Asunciones Filosóficas o Valores	17
5.3.3 Elementos Fundamentales	17
5.3.4 Conceptos	18
5.4 Anatomía y Fisiología del órgano afectado	21
5.4.1 Sistema Nervioso	21
5.4.2 Estructura General del Sistema Nervioso	22
5.4.3 Irrigación Vascular	25
5.5 Patología	27
5.5.1 Evento Vascular Cerebral	27
5.5.1.1 Clasificación de la enfermedad cerebrovascular	28
5.5.1.2 Causas	30
5.5.1.3 Factores de riesgo	30
5.5.1.4 Signos y síntomas	31
5.5.1.5. Manejo	31
5.5.1.6 Diagnostico	31
5.5.1.7 Tratamiento	32
5.5.1.8 Epidemiología	33
5.5.1.9 Pronostico	33
5.5.1.10 Rehabilitación	33
5.5.2 Encefalopatía Hipóxico Isquémica	34
5.5.3 Enfermedad de Moya Moya (de Takayasu)	35
6. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	37
6.1 Valoración al Ingreso	37
6.2 Valoración de las Catorce Necesidades de Virginia Henderson	39
7. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	41
8. PLAN DE ALTA	64
9. CONCLUSIONES	67
10. GLOSARIO DE TERMINOS	69
11. BIBLIOGRAFÍA	82
12. ANEXOS	84

1. INTRODUCCIÓN

El egresado de la carrera de Lic. en Enfermería y Obstetricia, desarrolla la capacidad que debe tener para diseñar, ejecutar y evaluar programas de intervención dirigida a individuos y/o grupos sociales, con el propósito de incorporar los elementos del metaparadigma del cuidado y como herramienta metodológica el proceso de enfermería.

Así la enfermera se vale de una herramienta tan importante como lo es el Proceso Atención de Enfermería para la atención del paciente en el ámbito intra y extrahospitalario, esto para la aplicación de cuidados específicos, eficaces y eficientes para la recuperación y/o mantenimiento de la salud, siempre bajo la concepción holística e independiente, por lo mismo el personal de enfermería deberá estar capacitado para responder a las necesidades de salud que demanda el cliente y/o clientes que va a atender.

Este trabajo fue llevado a cabo con el propósito de desarrollar el Proceso Atención de Enfermería, aplicado en el ámbito hospitalario a una paciente de 26 años de edad, con Diagnóstico médico de Encefalopatía hipóxico isquémica por Enfermedad Vascul ar Cerebral, Postoperada de artroplastia de cadera izquierda, que fue desencadenante de la aparición de dicho evento cerebrovascular, esto en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

A lo largo del trabajo se encuentran los puntos más importantes que debe contar un P.A.E como documento de titulación, comenzando por describir la metodología empleada para realización del plan de atención, un marco teórico en donde se desarrollan los antecedentes históricos de la enfermería, que es el Proceso Atención de Enfermería, los objetivos y la importancia del mismo.

Se abordan las etapas para la realización del Plan de Atención (Valoración, Diagnósticos, Planeación, Ejecución y Evaluación), y los pasos que se deben seguir dentro de estas para un adecuado desarrollo del Plan. También se cuenta con un marco conceptual en donde se cita la Filosofía de Virginia Henderson y sus componentes. Desarrollando también la Anatomía y Fisiología del órgano que se ha afectado en la paciente, en que consiste la Patología presente en ella, mencionando la historia natural y las alteraciones secundarias que conllevan al deterioro de su salud.

Continuando con la descripción de la Valoración de Enfermería por aparatos y sistemas y de las 14 necesidades de Virginia Henderson, posteriormente se aborda el Plan de Atención de Enfermería con sus respectivas etapas y fundamentación. Y por último, se realiza la descripción del plan de alta enfocado al cuidado domiciliario por parte del familiar y personas a su cuidado, de forma que se pueda entender claramente, culminando con el desarrollo de las conclusiones de la aplicación del Plan de atención.

2. OBJETIVO GENERAL

Aplicar y fundamentar del Proceso Atención de Enfermería en una paciente con secuelas post Evento Vascular Cerebral tipo hipóxico isquémico, proporcionando cuidados a sus necesidades básicas alteradas conforme a la Filosofía de Virginia Henderson llevando a cabo un plan de atención con un enfoque holístico y de calidad, de ahí entonces la necesidad de realizar un Proceso Atención de Enfermería como opción de Titulación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mostrar de forma escrita la aplicación del Proceso Atención de Enfermería con la finalidad de obtener el título de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- Aplicar adecuadamente el Proceso Atención de Enfermería en todas sus etapas.
- Identificar por medio del instrumento de valoración los problemas reales y potenciales que presenta la paciente para proporcionar cuidados adecuados.
- Conocer los antecedentes de salud de la paciente para relacionarlos con las alteraciones de sus necesidades.
- Identificar las necesidades alteradas en la paciente para poder construir los diagnósticos de enfermería.
- Mencionar las técnicas y cuidados de enfermería a seguir en la aplicación del Plan de Atención para fundamentación de la práctica de enfermería.
- Brindar los cuidados específicos de enfermería adecuados para mantener estable la salud de la paciente y lograr su recuperación.
- Obtener conocimiento mediante la retroalimentación al aplicar el plan de atención a la paciente con este padecimiento para aplicarlo de forma futura en el ejercicio de la práctica.
- Aplicar el Proceso atención de enfermería basado en la Filosofía de Virginia Henderson para la atención de las necesidades del paciente con Evento Vascular Cerebral tipo isquémico, de manera sistémica, específica, científica, humanística y holística.
- Lograr la integración adecuada de el presente Plan de atención para continuar con la aplicación futura de esta herramienta como sistema de atención a futuros pacientes, así también para la práctica continua que realiza el profesional de enfermería.

3. JUSTIFICACIÓN

La enfermería a fin de cubrir deficiencias, ha asumido una responsabilidad creciente en la prestación de cuidados integrales de la salud como función amplia y con carácter singular y difiere de la atención médica. No se debe confundir esta función amplia de la enfermera (ía) con la del médico, por ello a través del Proceso Atención de Enfermería se fundamenta y justifica la práctica autónoma de esta como una disciplina, con base científica, ya que el Proceso Atención Enfermería es un conjunto de acciones encaminadas a un objetivo específico, también ayuda a determinar, planear, llevar a la práctica y evaluar la atención de enfermería, esto con el fin de que la enfermera brinde sus cuidados al paciente de forma inteligente, científica y juiciosa.

Es por eso que la elaboración del proceso enfermero se aplica en la práctica diaria y justifica el fin para ayudar cuando se usa apropiadamente, al logro de los objetivos finales de los cuidados de enfermería, ayudar al paciente a mantener su salud, prevenir las enfermedades, promover su recuperación y la restauración de un estado de funcionamiento óptimo o en enfermedades terminales ayudarlo a que muera con tranquilidad.

De acuerdo a lo ya citado anteriormente decido presentar El Proceso Atención de Enfermería como opción de titulación para así dar un paso más al proceso de profesionalización en mi persona como Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Este proceso es aplicado a una paciente con secuelas post evento vascular cerebral tipo hipóxico isquémico que es uno de los problemas neurológicos mas discapacitantes en las personas que los padecen.

Existen diversos factores y/o causas por las que las personas sufren este tipo de padecimiento, sin embargo una de ellas es la razón de factor genético que causa el desarrollo anormal de los vasos sanguíneos del cerebro, esta enfermedad es muy rara y tiene mayor tendencia en países Orientales, sin embargo aquí en México se presenta en mínimo porcentaje o casi nulo no siendo así las secuelas que deja un Evento Vascular Cerebral que es bien sabido las personas con estos problemas tiene mayor dificultad para retornar a su vida exactamente normal, ya que las secuelas suelen incapacitar en mayor o menor grado las funciones para desarrollar su desempeño en la vida y sobre todo en la cotidiana.

La elección del modelo de Virginia Henderson, no sólo es uno de los más conocidos, sino que además resulta coherente con nuestros valores culturales, cuenta con una terminología de fácil comprensión y una construcción abierta, e incluye, como parte de la actuación de la enfermera, el papel de colaboración con otros profesionales. Además fomenta el razonamiento y la comprensión, en la aplicación de P.A.E basado en el modelo de esta teórica y no menos importante también es mencionar que se fundamenta con el concepto de holismo, el cual da paso a la formulación de las 14 necesidades básicas de vida de Virginia Henderson.

4. METODOLOGÍA

El presente proceso atención de enfermería, fue aplicado a una paciente con secuelas post Evento Vascular Cerebral tipo hipóxico isquémico en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez en el periodo del 13-04-06 al 2-05-06 en el servicio de Urgencias en el turno matutino.

Se realizó la elección de la Filosofía de Virginia Henderson como marco conceptual del plan de Atención.

La recolección de datos fue realizada aplicando el instrumento de valoración de acuerdo a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

La información se recopiló mediante la Exploración física, revisión diaria del expediente clínico, la observación continua de acuerdo a la atención intrahospitalaria (en el servicio de Urgencias) y una interacción con la mamá de la paciente.

No se realizó interrogatorio debido al estado de la paciente.

Posteriormente se realizó la valoración de las necesidades según el instrumento aplicado, se continuó con la elaboración y priorización de los diagnósticos de enfermería, apoyado en la Taxonomía NANDA; posteriormente se realizó la planeación de las actividades, la ejecución de las mismas, la evaluación de las actividades realizadas para la atención de las necesidades básicas de vida, se llevo acabo en base al logro de los objetivos planteados y la satisfacción del usuario mediante valoraciones periódicas durante el tiempo de atención en el servicio de Urgencias del INNN.

La información encontrada y documentada a lo largo del presente documento se realizó mediante la revisión bibliográfica y la consulta de páginas Web.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Antecedentes Históricos de la Enfermería.

Es poco lo que se sabe de la enfermería en la prehistoria aunque se cree que tuvo su origen en la atención de los enfermos por parte de las mujeres.

El término de enfermería se deriva del latín *infirmitas*, que significa enfermedad, este origen ha influido en algunas descripciones de la enfermería y es frecuente que las mismas enfermeras no compartan opiniones en cuanto a qué definición es la más apropiada y de aceptación general. Sin embargo, existe la opinión generalizada de que se puede considerar a la enfermería como un arte y una ciencia a la vez.¹

Es un arte porque incluye habilidades que requieren capacidad y destreza, y una ciencia porque entraña la aplicación sistemática de conocimientos científicos.

La enfermería tiene su origen formal en la Edad Media en las cruzadas hubo personas dedicadas a la atención de los enfermos y heridos. La mayor parte de tales cuidados se brindaban por miembros de órdenes religiosas por eso se consideraba a la enfermería como una tarea propia de ellos.

Los grupos religiosos, bajo el liderazgo de cristianos se organizaron a modo de brindar atención física y espiritual a los enfermos y pobres.

A partir de los inicios del siglo XVI se cerraron numerosos monasterios y conventos, donde los religiosos brindaban cuidados de enfermería, pero pronto resultaron insuficientes tales cuidados. A fin de satisfacer esta carencia, se condonó la sentencia del encarcelamiento a las mujeres que se dedicaran a la enfermería y era común que se considerara a las enfermeras como miembros poco deseables de la sociedad, porque las mujeres de buena familia no trabajaban fuera de su casa.

A mediados del siglo XVIII hasta inicios del siglo XIX modificaron la función de las enfermeras y de las mujeres en general. Era necesario que alguien asumiera el liderazgo en cuanto a los servicios de enfermería y los estudios correspondientes. Florence Nightingale respondió a esta necesidad proporcionando directrices a la enfermería, y se le atribuye haber llevado esta disciplina al estatus que tiene en la actualidad.

Florence Nightingale tenía una mente sistemática y juicio agudo, se dedicó a la enfermería, organizó grupos de enfermeras que cuidaran de los enfermos y heridos en Crimea, después de enterarse del tratamiento inadecuado que se daba

¹ WOLLF, LuVerne. Biblioteca básica de Enfermería Tomo 1, Harla, México 1998, Pág. 5

a los soldados británicos heridos en la guerra de Crimea. Cuando regresó a Gran Bretaña, después de la guerra, se dedicó a mejorar la condición social de las enfermeras y a luchar porque se les brindara un plan de estudios formal. En su obra *Notes On nursing: What It Is, and What It Is Not*, en 1859, en dicha obra se incluye el siguiente párrafo, dirigido a sus estudiantes:

Casi se desconocen los elementos de los que constituyen cuidados apropiados de enfermería, tanto para personas sanas como enfermas. Las leyes que rigen a la salud son las de la enfermería, que en realidad son lo mismo, sea para los individuos sanos o enfermos. (Nightingale, 1859)

Este tipo de pensamiento, todavía válidos para la enfermería hoy, originaron la profunda influencia de Florence Nightingale en la práctica de la enfermería y en los programas de estudio de esta disciplina.

Nightingale mostró tener una visión de lo que debía y podía ser la enfermería. Eso, y su pensamiento, contribuyeron a hacer de la enfermería una disciplina de cuidados de la salud por derecho propio.

Nightingale funda su escuela de enfermería iniciando actividad el 24 de Junio de 1840².

Ya que en donde realizó sus estudios la formación era insuficiente para ella y creía que la enfermería tenía que ser independiente de la religión y ser considerada una profesión.

El tiempo de enseñanza que recibían era de un año de teoría y dos años de práctica en un hospital donde se les preparaba para ser enfermeras hospitalarias y domiciliarias para que enseñaran a otras enfermeras. Además de que hace hincapié en la promoción de la salud por parte de sus estudiantes. La mayoría de países de habla inglesa se adhieren a las ideas de Florence Nightingale. Aunque en los países católicos, los cuidados de las enfermeras se llevaban a cabo por religiosas, la formación de las enfermeras estaba en manos de los médicos.

Las ideas de Florence Nightingale son mal recibidas por la clase médica y la administración de los hospitales. Desde 1900 hasta 1950 las enfermeras siguen influenciadas por el modelo médico y religioso.

Hubo varias tendencias que influyeron en la enfermería en los primeros años del siglo XX, en los hospitales se empezaron a separar a los pacientes en áreas especializadas según los diagnósticos, y las enfermeras se especializaron de igual manera. Los líderes sociales participaron cada vez más ampliamente en las reformas sociales, y se hizo énfasis en la función de la enfermera en la salud comunitaria. Las enfermeras tuvieron conocimientos y capacidad cada vez

² CONESA, Hernández Juana. Historia de la Enfermería, MacGraw Hill, España 1999, Pág. 135

mayores en la atención de la salud, en especial después de la primera Guerra mundial. Es probable que este acontecimiento haya influido profundamente en la enfermería ya que mostró con claridad lo necesario que era aumentar el número de enfermeras. Además la explosión de conocimientos tecnológicos y médicos, que se inicio con dicha guerra, amplió las funciones de las enfermeras. Las escuelas de esta disciplina comenzaron a desligarse de los hospitales e integrarse a las instituciones educativas. El enfoque de la práctica de la enfermería se ensanchó con el mejoramiento en los programas educativos. Comenzó la especialización de las enfermeras en áreas como la pediatría, obstetricia, medicina general, cirugía, salud comunitaria y psiquiatría. Los hospitales disminuyeron el control que ejercían sobre los estudios y el ejercicio de la enfermería. Esta entró en una era de autonomía, especialización y aceptación social creciente. Se consideró de manera cada vez más generalizada, que sus contribuciones eran significativas para la salud de los miembros de la sociedad.

El adiestramiento de las enfermeras para el ejercicio de sus tareas ha estado sometido a un proceso evolutivo, iniciando desde una simple enseñanza como “aprendices” pasando posteriormente a instituciones educativas que crean o han creado programas de estudios.

Los cambios en los programas educativos de enfermería durante los últimos cien años son reflejo del interés y el apoyo de la sociedad al mejoramiento de los cuidados de la salud.³

La enfermería en la sociedad actual.

La enfermería avanza constantemente en la tarea de ayudar a que se brinde atención de la salud de elevada calidad a los miembros de la sociedad. En contraste con años anteriores, el alcance de esta disciplina se ha ampliado, de modo que hoy las enfermeras asumen numerosas funciones en muy diversas instituciones de atención de la salud.

Son varias las funciones principales de la enfermera moderna:

- prestadora de servicios.
- defensora del paciente.
- docente.
- asesora.
- coordinadora.
- líder.
- modelo de conducta (ejemplo de servicio).
- administradora.

³ WOLFF Op.cit, Pág. 8

Las enfermeras han asumido la responsabilidad de brindar al paciente los cuidados físicos necesarios. En tanto que la que brinda los servicios clínicos, tiene los conocimientos técnicos para administrar los cuidados de enfermería, además de que reconoce indicios que la alertan para instituir y modificar tales cuidados según las necesidades de cada paciente, esto mediante la aplicación del Proceso Enfermero.

5.2 Proceso atención de enfermería

Un *proceso* es un conjunto de acciones encaminadas a un objetivo específico. Las acciones que forman parte de un proceso ocurren en forma secuencial y están interrelacionadas.⁴

La enfermería ha cambiado el enfoque de sus actividades, en que las acciones se basaban en la costumbre, a brindar una atención ideada en forma metódica, basada en fundamentos adecuados y ajustada a las necesidades de cada cliente (consumidor). La enfermería considerada como proceso, ha evolucionado a modo de brindar este tipo de atención para proporcionar cuidados sistemáticos, basados en datos científicos y eficaces. Asimismo, les proporciona un marco de referencia para la recopilación y el análisis de información, y la planeación, la puesta en práctica y la evaluación de la atención brindada al paciente.

El objetivo de este proceso es ayudar a que la enfermera brinde sus servicios al paciente en forma inteligente, científica y juiciosa que la hace una disciplina profesional.

El proceso de enfermería ayuda, cuando se usa apropiadamente, al logro de los objetivos finales de los cuidados de enfermería, que son los de ayudar al paciente a mantener su salud, prevenir las enfermedades, promover su recuperación y la restauración de un estado de funcionamiento óptimo o, en presencia de enfermedades terminales, ayudarlo a que muera con tranquilidad.

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia, la enfermería como cualquier otra profesión, también debe cumplir este requisito si quiere ser admitida como miembro con pleno derecho en la comunidad científica.

El abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder a una pregunta, adoptado por las diversas disciplinas, es la denominada metodología científica que, al aplicarse a nuestro ámbito, ha recibido el nombre de **proceso enfermero**.

En el Proceso enfermero debe existir la sucesión de sus etapas que son correlativas e interrelacionadas, de tal forma que una depende de la anterior y

⁴ WOLFF Op.cit, Pág. 251

condiciona la siguiente, estas etapas a su vez contienen diversos pasos.⁵ Las etapas son:

5.2.1 Etapas del proceso atención de enfermería

5.2.1.1 Valoración.

Es la recolección de datos antecedentes y actuales, objetivos y subjetivos. Consta de cuatro pasos: recogida, validación, organización y registro de los datos.
Recolección de datos.

Es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

1. Antecedentes o actuales: según pertenezca al pasado o al presente.
2. Objetivos o subjetivos: los primeros son observables, medibles y se obtienen básicamente a través del examen físico; los segundos se refieren a ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.
3. Generales o focalizados: se trata de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del usuario, así como pormenores sobre una situación o aspecto concreto.

La valoración se realiza por medio de la entrevista y observación⁶, también el examen físico el cual puede ser cefalocaudal o por órganos y sistemas, empleando cuatro técnicas. Inspección, palpación, percusión y auscultación.

Validación de datos.

Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior sea veraz y completa para evitar errores diagnósticos.

Organización de datos.

Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación.

Registro de datos.

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse acabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de datos relevantes.

⁵ FERNÁNDEZ, Ferrín Carmen. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Masson, España 2000, Pág. 3

⁶ POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería Vol. 1, Elsevier, España 2002, Pág. 1

5.2.1.2 Diagnóstico de enfermería.

En este se realiza un enunciado mediante la recopilación y la valoración de los datos.⁷

Un diagnóstico de enfermería describe los problemas de salud actuales o posibles del paciente que responderían al tratamiento de enfermería.⁸

En esta etapa podemos distinguir dos pasos: *el análisis de los datos y la elaboración de hipótesis y la formulación de los problemas detectados.*

Análisis de datos y elaboración de hipótesis.

Se empieza por revisar la información recogida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales, diferenciando los datos relevantes de los que no lo son. A continuación se agrupan los datos relevantes entre los que parezca existir una relación como si se agrupara un rompecabezas, se comienzan a visualizar aspectos parciales de la imagen en general del rompecabezas aunque no sea posible verla del todo.

Al interpretar y relacionar se formulan hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone, obteniendo así una imagen general en la que se puede encontrar:

- problemas reales (Dx real)
- problemas de riesgo (Dx de riesgo)

Formulación de problemas detectados.

Podemos identificar dos tipos de problemas: problemas de colaboración y diagnósticos enfermeros, según pertenezcan al rol de colaboración o al rol propio.

Problemas de colaboración: Pueden definirse como aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico. Se trata por consiguiente, de situaciones relacionadas con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por otro profesional, y con el control tanto de la respuesta a este como de la evolución de la situación patológica.

Diagnósticos enfermeros: Se han publicado diversas definiciones, entre las que destaca la aprobada por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) lo definió como “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales”.⁹

⁷ MARRINER, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería un Enfoque Científico, El Manual Moderno, México 1983, Pág. 2

⁸ WOLFF Op.cit Pág. 260

⁹ FERNANDEZ, Op. Cit Pág. 7

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable.

Para nominar estos problemas de la práctica independiente no es adecuado el lenguaje médico y se requiere una terminología distinta que identifique claramente la naturaleza de la situación que la enfermera debe tratar. En este punto, cada profesional puede optar por usar sus propias palabras o por emplear una terminología normalizada, opción esta última que conlleva múltiples ventajas como la Taxonomía de la NANDA.

Diagnóstico real: describe respuestas humanas a procesos vitales/ estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias (consecuencias de una cosa) relacionadas.

Para escribirlos se aconseja un formato en tres partes, donde el problema se une a la causa o causas mediante la fórmula «relacionado con» (r / c), y esta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase «manifestado por» (m / p).

Problema r / c causa m / p datos objetivos y subjetivos.

Diagnóstico de riesgo: describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Se apoya en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Al escribirlo debe anteponerse la frase «riesgo de», y se aconseja el formato en dos partes:

Problema r / c factor de riesgo (causa).

Formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos / síntomas (s). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Diagnósticos de salud o bienestar: describe respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que presenta un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial para alcanzar un grado superior. Este tipo de diagnóstico tiene un solo componente: Situación de salud a mejorar.

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud éstos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le anteponen las palabras “Potencial de aumento de (...) o potencial de mejora de (...)”.¹⁰

De igual forma que los diagnósticos enfermeros de riesgo, los diagnósticos de salud son escasos en el listado de categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A, a

¹⁰ RODRÍGUEZ S, Bertha A. Proceso enfermero, aplicación actual, Cuellar, México 2006, Pág. 62

pesar de ello la mayoría de las etiquetas diagnosticas pueden formularse como tal si se emplean las palabras antes mencionadas.

5.2.1.3 Planificación.

También esta etapa consta de diversos pasos consecutivos: fijación de prioridades, formulación de objetivo o resultados esperados, determinación de intervenciones y actividades y registro del plan

Fijación de prioridades.

Es necesario identificar normas que permitan decidir que problemas deben abordarse en primer lugar y cuáles pueden o deben esperar.

Para facilitar el establecimiento de prioridades se propone aplicar los siguientes criterios:

1. Problemas que amenacen la vida de la persona.
2. Problemas que para la persona sean prioritarios.
3. Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas, dado que la resolución de aquellos eliminará o reducirá éstos.
4. Problemas que, por tener una misma causa, puedan abordarse conjuntamente.
5. Problemas que tienen una solución sencilla puesto que su resolución sirve para abordar otros más complejos o de más larga resolución.

Formulación de objetivos.

Es necesario marcar objetivos claros que guíen la actuación enfermera y que estén formulados en términos de conducta del usuario, no de la enfermera.¹¹

Objetivos para los diagnósticos reales y de riesgo.

Debe identificarse un objetivo final y uno o más objetivos intermedios:

Objetivo final. Deriva directamente de la primera parte de la formulación diagnóstica (problema) y describe una conducta observable del usuario.

Objetivos intermedios o específicos. Derivan directamente de la segunda parte de la formulación diagnóstica y señalan la modificación, desaparición o control de los factores causales del problema (Dx reales) o de los factores de riesgo (Dx de riesgo).

¹¹ FERNANDEZ, Op. Cit Pág. 9

Formular objetivos va a permitir evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Objetivos a corto plazo.

Son aquellos que se deben planear o esperar alcanzar en corto tiempo, normalmente menos de una semana, son los que se dirigen el plan de cuidados inmediatos.

Objetivos a largo plazo.

Estos se formulan para cumplirlos ya sean en semanas o meses, pueden ser mas apropiados para la resolución de problemas después del alta son adecuados para clientes en entornos domiciliarios para aquellos que se están adaptando a enfermedades crónicas.

Componentes:

1. Sujeto: Quién tiene que lograr el objetivo.
2. Verbo: Que debe hacer el sujeto para evidenciar que ha logrado el objetivo.
3. Tiempo: Cuando hay que valorar si se ha logrado o no el resultado esperado.
4. Modo: Como debe el sujeto realizar la acción para que consideremos que se ha logrado el objetivo propuesto.
5. Medida: Hasta cuándo o hasta donde, cuando el objetivo que se desea conseguir sea posible identificar distintos grados o niveles.

Determinación de intervenciones y actividades.

Una vez identificados claramente los problemas a tratar y marcados los objetivos es preciso planificar tanto la intervención como las actividades más adecuadas para lograrlos.

1. Intervención: modo de actuación para tratar el diagnostico identificado y que es común en todos los casos en que se presente dicho problema.
2. Actividades: conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar acabo cualquier intervención y que variarán en función de las condiciones del usuario, del entorno en que se encuentre, de los recursos de que se disponga.

Registro del plan.

Es el último paso de esta etapa y consiste en plasmar por escrito los pasos anteriores, ya que facilita la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud, dirige los cuidados y la documentación, crea un registro que mas tarde puede usarse para la evaluación, la investigación y con propósitos legales.

5.2.1.4 Ejecución.

Durante la ejecución se ponen en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos y con independencia del entorno donde la enfermera preste sus servicios, la realización del plan de cuidados consta de tres pasos: preparación, realización y registro de la actuación y de sus resultados.

Preparación para la acción.

Hay que revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la etapa anterior, determinar si hay unas y otras aún son apropiadas en la situación actual del usuario, valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridas para realizarlas, reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios, prepara el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

Realización de las actividades

Comprende tanto la ejecución de la actividad prescrita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

Registro de la actuación.

Se debe anotar en la historia del usuario tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de este, prestando atención a cualquier dato anormal o inesperado.

5.2.1.5 Evaluación.

La evaluación formal consta de tres pasos.

Valoración de la situación actual del usuario

Los datos de la evaluación se reúnen aplicando las técnicas ya empleadas en la etapa de la valoración: entrevista, observación, valoración física y revisión de la historia para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.

Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión.

Tras reunir los datos actuales, éstos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos resultados:

- los objetivos se han conseguido totalmente.
- se han conseguido parcialmente.

- no se han conseguido en absoluto.

Mantenimiento, modificación o finalización del plan.

Se opta por mantener el plan inicial cuando los objetivos se han alcanzado parcialmente y, al analizar todo el proceso se compruebe que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuados para la situación del usuario, aunque el logro de los objetivos marcados inicialmente requiera un plazo más largo.

Se procederá a modificar el plan cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se han logrado en lo absoluto.

También cabe la posibilidad de modificar el plan cuando se hayan conseguido totalmente los objetivos marcados, pero persistan los factores de riesgo que hacen presumir que el problema puede reaparecer si no se establece un plan para mantener los logros actuales.

5.3 Filosofía de Virginia Henderson

La implantación de un marco o modelo conceptual es una forma de enfocar (conceptuar) una disciplina de manera inequívoca (por ejemplo, la enfermería y lo que esto implica), que incluye un lenguaje común y comunicable a otros.¹²

Todos los modelos, aunque presenten una visión distinta sobre lo que debería ser la enfermería, constan de los mismos componentes, que son:

1. Asunciones científicas o postulados.
2. Asunciones filosóficas o valores.
3. Elementos.

- a) Objetivo de los cuidados.
- b) Usuario del servicio.
- c) Rol profesional.
- d) Fuente de dificultad del usuario.
- e) Intervención de la enfermería.
- f) Consecuencias de la intervención.

El modelo de V. Henderson está influenciado por la corriente de pensamiento de la integración y, según Meleis (1997), se incluye dentro de la escuela de necesidades.

Los conceptos nucleares de la enfermería, son: las definiciones de persona, entorno, salud y rol profesional desde la perspectiva específica de V. Henderson.

¹² KOZIER, Bárbara. Enfermería Fundamental, McGraw Hill, España 2005, Pág. 62

La **persona** es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, y tiende al máximo desarrollo de su potencial.

El **entorno**, es dinámico por naturaleza y causa impacto sobre el usuario y la enfermera.

El **rol profesional** es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirla cuando ésta no pueda hacerlo o ayudar a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimientos o voluntad) para que logre su independencia y la satisfaga por sí misma.

La **salud** se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona o, cuando no es posible, mediante acciones realizadas por otros.

5.3.1 Asunciones científicas o postulados.

Son básicamente 3:

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

5.3.2 Asunciones filosóficas o valores.

1. La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle.

Todas las asunciones hacen referencia exclusivamente al rol profesional por lo que V. Henderson después de Florence Nightingale, intentó marcar los límites que separaban las áreas de competencia médica y de enfermería.

5.3.3 Elementos fundamentales

El **objetivo de los cuidados** consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

El **usuario del servicio** es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.

El **rol profesional** consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

La **fuerza de dificultad**, que en este modelo recibe el nombre de área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Entendemos por **conocimiento** saber qué acciones son las indicadas para manejar una situación de salud, es decir, sabe “que” hacer y “cómo” hacerlo. En consecuencia el área de dependencia es la falta de conocimientos cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo utilizarlos.

La **fuerza** puede ser física o psíquica, la física se refiere a los aspectos relacionados con el “poder hacer”, que incluye la fuerza, tono muscular y la capacidad psicomotriz. La psíquica alude al cambio de valores y actitudes, es decir saber “por qué” y “para que” actuar, requiere que la persona tenga la capacidad de interrelacionar los conocimientos con su situación de salud.

La **voluntad**, implica comprometerse a hacer las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades básicas y mantener la conducta durante el tiempo necesario, es decir “que hacer”.

La **intervención de la enfermera** incluye, a su vez, dos elementos, que son el centro de la intervención y los modos de la intervención:

1. *Centro de la intervención.* Son las áreas de independencia de la persona, es decir, la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad.
2. *Modos de la intervención.* Se dirigirán a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, teniendo en cuenta que no todos esos modos son aplicables a todas las áreas de dependencia.

Las **consecuencias de la intervención** son la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la adecuada satisfacción de las 14 necesidades básicas.

5.3.4 Conceptos

Concepto de enfermería

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de la salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.¹³

Necesidades básicas

Aunque no está claramente explicado de los escritos de V Henderson se deduce que para ella el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema, sino de requisito y, aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todas son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

La satisfacción de cada una de las necesidades está condicionada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales de la persona. Las 14 necesidades básicas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Jugar y participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Cuidados básicos

Derivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio

¹³ GARCIA, González María de Jesús. El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson; Progreso; México 1997. Pág. 3

profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía, ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad para que pueda satisfacerlas por sí misma de modo adecuado.

Independencia

Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida.

Dependencia

Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, a causa de una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Autonomía

Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona, que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Agente de autonomía asistida

Con este nombre se designa a la persona que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia.

Manifestaciones de independencia.

Conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos o subjetivos) adecuadas para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida.

Por *conducta* entendemos aquellas acciones o reacciones sobre las que la persona puede incidir de forma voluntaria. Con el término *indicador de conducta* nos referimos a una prueba directa observable de que se ha producido o se está produciendo una conducta determinada.

Manifestaciones de dependencia

Conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) que resultan incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, ahora o en el futuro, de acuerdo con su situación de vida.

Consideramos una *conducta incorrecta* si resulta perjudicial para la salud de cualquier persona.

Entendemos por *conducta inadecuada* aquella que es perjudicial o contraproducente en el caso que nos ocupa, pero que puede no serlo en otras ocasiones.

Finalmente, una *conducta insuficiente* es la que, siendo adecuada, no alcanza el grado deseado.

Datos que deben considerarse

Son todos aquellos que, sin ser conductas o indicadores de conductas, son relevantes y necesarios para planificar los cuidados, porque pueden incidir en la satisfacción de las necesidades. Puede ser de índole diversa, incluyendo gustos y preferencias. Gustos personales, familiares o comunitarios relevantes en esa situación, limitaciones o características personales.

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

- 1) La enfermera como sustituto del paciente.
- 2) La enfermera como ayuda del paciente.
- 3) La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

1.- En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente”.

2.- Como ayuda del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.

3.- Como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, y junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

Virginia Henderson afirma: “para que una enfermera ejerza como experta por derecho propio y haga uso del enfoque científico para perfeccionarse, ha de tener el tipo de formación que solo se da en las instituciones de educación superior y en las universidades” Esto es, la formación de nivel licenciatura, o el equivalente. Porque “la educación de la enfermera exige un entendimiento universal de los diversos seres humanos”.¹⁴

5.4 Anatomía y Fisiología del Órgano Afectado

5.4.1 Sistema Nervioso

El **sistema nervioso** es el rector y coordinador de todas las funciones, conscientes e inconscientes del organismo, consta del sistema cerebroespinal (encéfalo y medula espinal), los nervios y el sistema vegetativo o autónomo. Consiste en una red compleja y muy organizada de miles de billones de neuronas,

¹⁴ GARCIA, Op. Cit Pág. 15

así como un número incluso mayor de células gliales, lo conforman el encéfalo, nervios craneales y sus ramas, médula espinal, nervios raquídeos y sus ramas, ganglios, plexos entéricos y receptores sensoriales.¹⁵

Las unidades periféricas (órganos internos u órganos de los sentidos) aportan gran cantidad de información a través de los cables de transmisión (nervios) para que la unidad de procesamiento central (cerebro), provista de su banco de datos (memoria), la ordene, la analice, muestre y ejecute.

El **sistema nervioso central** realiza las más altas funciones, ya que atiende y satisface las necesidades vitales y da respuesta a los estímulos, es la fuente de pensamientos, emociones y recuerdos. Ejecuta tres acciones esenciales, que son la detección de estímulos, la transmisión de informaciones y la coordinación general.

El **sistema nervioso periférico** incluye nervios craneales y sus ramas, nervios raquídeos y sus ramas, ganglios y receptores sensoriales. Este se subdivide en **sistema nervioso somático, autónomo y entérico**. La porción motora del **SNA** consiste en dos partes, llamadas **sistema nervioso simpático** y **sistema nervioso parasimpático**.

El sistema nervioso entérico es el “cerebro del tubo digestivo” y opera de manera involuntaria, si bien se comunica con el SNC mediante neuronas simpáticas y parasimpáticas, sus neuronas sensoriales vigilan los cambios químicos en el tubo digestivo y el estiramiento de las paredes de éste. Las neuronas motoras entéricas regulan la contracción del músculo liso digestivo, las secreciones de órganos del aparato digestivo y la actividad de las células endocrinas de los órganos del aparato digestivo.¹⁶

5.4.2 Estructura General del Sistema Nervioso

1. Anatomía

El sistema nervioso humano, anatómicamente, es un complejo de dos subdivisiones.

- a) Sistema nervioso central (SNC): Es el sistema nervioso central, que comprende el encéfalo y la médula espinal, se encuentra circundado por huesos y envuelto por membranas protectoras (meninges) y espacios llenos de líquido cefalorraquídeo.
- b) Sistema nervioso periférico (SNP): está formado por los pares craneales y raquídeos.

¹⁵ www.educared.net/.../sistema

¹⁶ **TORTORA**, Gerard J. Principios de Anatomía y Fisiología 7ª ed. Oxford, México 2002, Pág. 386

2. Fisiología

De acuerdo con sus funciones el sistema nervioso se divide en dos sistemas.

1. Sistema nervioso somático (SNS): inerva las estructuras de la pared del cuerpo (músculos, piel y mucosas).
2. Sistema nervioso autónomo (visceral) (SNA): contiene porciones de los sistemas central y periférico. Funciona para controlar las actividades de músculos lisos, glándulas de los órganos internos (vísceras) y vasos sanguíneos, así como para enviar de regreso información sensitiva al cerebro.

El Sistema Nervioso es la relación entre nuestro cuerpo y el exterior, además regula y dirige el funcionamiento de todos los órganos del cuerpo.

Las Neuronas: son la unidad funcional del sistema nervioso, por ellas pasan los impulsos nerviosos.

Las neuronas varían de tamaño y complejidad, la mayor parte de las neuronas dan lugar a un solo axón. La parte receptora de la neurona es la dendrita o árbol dendrítico; la parte conductora es el axón. El extremo terminal del axón se llama terminal sináptica, zona terminal o arborización.

Dendritas: Reciben información sináptica que ingresa y por ello junto con el cuerpo celular, proporciona el polo receptor de la neurona.

Axones. Un solo axón surge de la mayor parte de las neuronas y es un tubo cilíndrico de citoplasma cubierto por una membrana, el axón es una estructura especializada que conduce señales eléctricas desde el segmento inicial hasta las terminales sinápticas.

El cerebro:

Es el órgano clave de todo este proceso. Sus diferentes estructuras rigen la sensibilidad, los movimientos, la inteligencia y el funcionamiento de los órganos. Su capa más externa, la corteza cerebral, procesa la información recibida, la coteja con la información almacenada y la transforma en material utilizable, real y consciente. Es la parte más importante, esta formado por la sustancia gris (por fuera) y la sustancia blanca (por dentro), su superficie no es lisa sino que tiene unas arrugas o salientes llamadas circunvoluciones; y unos surcos denominados cisuras, las más notables son llamadas las cisuras de Silvio y de Rolando. Está dividido incompletamente por una hendidura en dos partes, llamados hemisferios cerebrales. En los hemisferios se distinguen zonas denominadas lóbulos, que llevan el nombre del hueso en que se encuentran en contacto. Pesa unos 1.200gr, dentro de sus principales funciones están las de controlar y regular el funcionamiento de los demás centros nerviosos, también en el se reciben las

sensaciones y se elaboran las respuestas conscientes a dichas situaciones. Es el órgano de las facultades intelectuales: atención, memoria. etc.

El encéfalo:



www.educared.net/.../sistema Diciembre 2006

Es la masa nerviosa contenida dentro del cráneo. Esta envuelta por las meninges, que son tres membranas llamadas: duramadre, piamadre y aracnoides. El encéfalo consta de tres partes: Cerebro, Cerebelo y Bulbo Raquídeo. La prolongación del encéfalo es la médula espinal, es uno de los órganos mas grandes del cuerpo, con una masa de unos 1 300 g. es el centro donde se registran las sensaciones, se correlacionan unas con otras y con la información almacenada para tomar decisiones y emprender acciones. Asimismo es el centro del intelecto, las emociones, la conducta y la memoria.

El cerebelo:

Esta situado detrás del cerebro y es más pequeño (120 gr.); tiene forma de una mariposa con las alas extendidas. Consta de tres partes: el área constreñida central es la vermis, mientras que las dos alas son los hemisferios cerebelosos. Cada hemisferio consta de lóbulos, separados por cisuras profundas y distintivas. El lóbulo anterior y el lóbulo posterior regulan los movimientos subconscientes de los músculos, mientras que el lóbulo floculonodular en la cara inferior, se relaciona con el equilibrio. Por fuera tiene sustancia gris y en el interior sustancia blanca, esta presenta una forma arborescente por lo que se llama el árbol de la vida.

El Bulbo Raquídeo:

Es la continuación de la médula que se hace más gruesa al entrar en el cráneo. Regula el funcionamiento del corazón y de los músculos respiratorios, además de los movimientos de la masticación, la tos, el estornudo, el vómito etc. Por eso una lesión en el bulbo produce la muerte instantánea por paro cardio-respiratorio irreversible.

La Médula Espinal:

La médula espinal es un cordón nervioso, blanco y cilíndrico encerrada dentro de la columna vertebral, se conecta con el cerebro a través del agujero occipital del

cráneo. Su función más importante es conducir, mediante los nervios de que está formada, 31 pares de nervios raquídeos emergen de la médula espinal y se distribuyen en una región específica de las mitades derecha o izquierda del cuerpo, la corriente nerviosa que conduce las sensaciones hasta el cerebro y los impulsos nerviosos que lleva las respuestas del cerebro a los músculos.

Los Nervios

Son cordones delgados de sustancia nerviosa que se ramifican por todos los órganos del cuerpo. Unos salen del encéfalo y se llaman nervios craneales. Otros salen a lo largo de la medula espinal y son los nervios raquídeos.

5.4.3 Irrigación Vascular

Cerca del 18% del volumen sanguíneo total del cuerpo circula en el encéfalo, el cual ocupa alrededor del 2% del peso corporal. La sangre transporta oxígeno, nutrientes y otras sustancias necesarias para el funcionamiento apropiado de los tejidos encefálicos; también retira metabolitos. Después de haberse detenido la circulación sanguínea que va al encéfalo ocurre pérdida de la conciencia en menos de 15 segundos, y el daño irreparable del tejido encefálico se produce en cinco minutos. La enfermedad vascular cerebral es resultado de una alteración vascular o hemorragia y es una de las causas más frecuentes de minusvalidez neurológica.

Irrigación arterial del encéfalo.

El polígono de Willis es una confluencia de vasos que originan todas las arterias principales del cerebro. Es irrigado por el par de arterias carótidas internas y la arteria basilar. Cuando el polígono está completo, comunicante posterior de cada lado y una arteria comunicante anterior. Esta estructura muestra muchas variantes entre individuos.

Las arterias comunicantes posteriores pueden ser grandes en uno o en ambos lados; la arteria cerebral posterior puede ser delgada en su primera porción, y la arteria comunicante anterior puede estar ausente, ser doble o delgada. A pesar de estas variaciones, la oclusión de cada una de las arterias cerebrales de gran calibre suele producir un cuadro clínico típico.

Las arterias recorren un trayecto que va por el espacio subaracnoideo, con frecuencia a gran distancia, antes de entrar al encéfalo. Cada arteria principal riega determinado territorio, el cual está separado por las zonas límite de otros territorios, una oclusión repentina de estos vasos afecta de inmediato su territorio, algunas veces de manera irreversible.

Arterias principales

La sangre arterial para el encéfalo entra a la cavidad craneal a través de dos pares de grandes vasos: las arterias carótidas internas, que son ramas de las carótidas primitivas, y las arterias vertebrales, que proceden de las arterias subclavias.

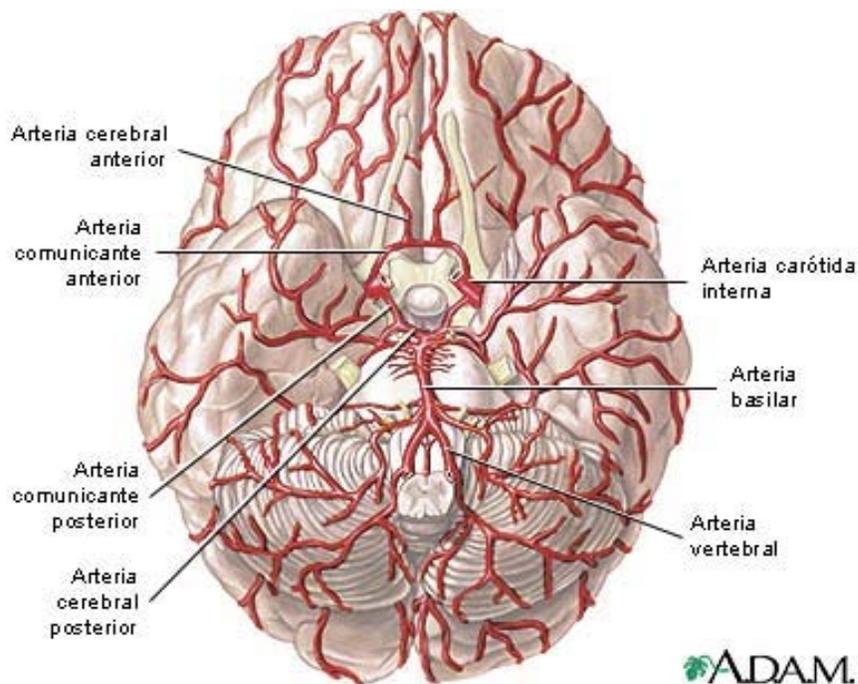
Las carótidas se interconectan a través de las arterias cerebrales anteriores y de la arteria comunicante anterior; las carótidas también se conectan a las arterias cerebrales posteriores del sistema vertebral a través de las dos arterias comunicantes posteriores, parte del Polígono de Willis.

Territorio vertebrobasilar

Después de atravesar el agujero occipital en la base del cráneo, las dos arterias vertebrales forman un solo vaso en la línea media, la denominada arteria basilar. Varios pares de pequeñas arterias circunferenciales tienen su origen en las arterias vertebrales y su continuación fusionada, la arteria basilar. Tales pares son las arterias cerebelosas inferiores posterior y anterior; las arterias cerebelosas superiores y varias ramas más pequeñas, como las arterias pontinas y auditivas internas. Todos estos vasos pueden mostrar asimetría y variabilidad considerables. Las pequeñas arterias penetrantes, que proceden de la arteria basilar, irrigan centros vitales del tallo encefálico.

Circulación sanguínea cerebral y autorregulación

Son muchos los factores fisiológicos y patológicos que pueden afectar la circulación sanguínea en las arterias y las venas del encéfalo. Bajo situaciones de regulación autónoma, la presión de las pequeñas arterias cerebrales se mantiene a 450 mm de H₂O. Esto asegura un aporte adecuado de los lechos capilares cerebrales, a pesar de los cambios que se producen en la presión sanguínea sistémica.



www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish Noviembre 2006

5. 5 Patología.

Evento Vascular Cerebral isquémico relacionado con **Enfermedad de Moya Moya**

Encefalopatía hipóxica isquémica.

5.5.1 Evento Vascular cerebral

El término enfermedad vascular cerebral designa cualquier anomalía del cerebro resultante de un proceso patológico de los vasos sanguíneos.¹⁷

El evento vascular cerebral es un síndrome que se caracteriza por el inicio agudo de un trastorno neurológico que dura más de 24 h, refleja afección focal del sistema nervioso central y es resultado de una alteración de la circulación.

El evento vascular cerebral es resultado de dos tipos de trastorno vascular cerebral: isquemia o hemorragia.

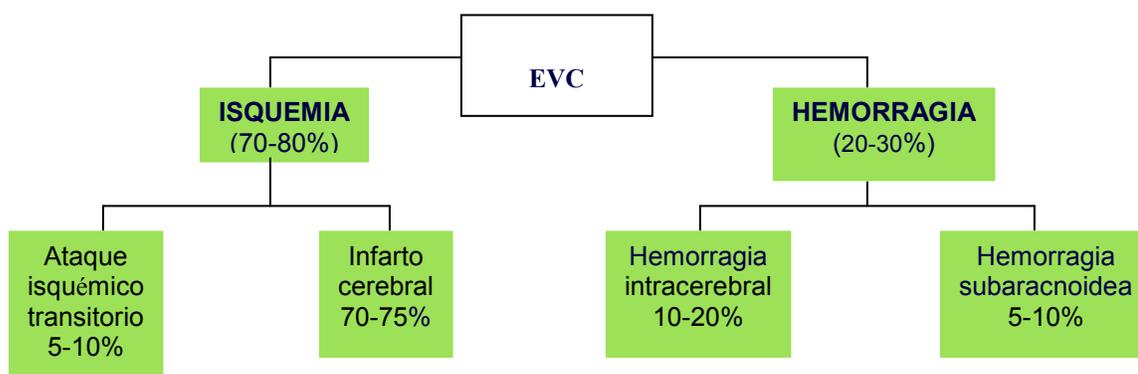
La isquemia, la causa más común de evento vascular cerebral, puede deberse a trombosis local o a embolización de un sitio distante, como el corazón.

¹⁷ MAURICE, Víctor. Principios de Neurología 7ª ed. McGraw Hill, México 2004, Pág. 771

El ataque isquémico transitorio y el evento vascular cerebral son urgencias médicas rápido diagnóstico porque pueden tratarse con medicamentos antiplaquetarios, anticoagulantes, fármacos trombolíticos o cirugía.

5.5.1.1 Clasificación de la enfermedad cerebro vascular

Se reconocen dos grandes grupos de enfermedades cerebrovasculares que pueden compartir factores de riesgo, manifestaciones clínicas y medidas generales de tratamiento de soporte, pero que en realidad tienen una fisiopatología y enfoques terapéuticos diferentes. La gran mayoría de los accidentes cerebro vasculares (85% a 90%) son de origen isquémico u oclusivo arterial y 10% a 15% de los casos se deben a hemorragia intra craneana espontánea.



Accidente cerebro vascular: Déficit neurológico local que dura más de 24 horas y es causado por hemorragia o infarto cerebral.

Ataque de isquemia cerebral transitoria (TIA): Déficit neurológico focal que dura menos de 24 horas y es causado por isquemia cerebral.

Accidente cerebro vascular en evolución: Déficit neurológico que se incrementa durante 24 a 48 horas, supuestamente debido a infarto.

Los tres tipos principales de EVC son: trombótico, embólico y hemorrágico.

Trombótico: El flujo de sangre de una arteria cerebral se bloquea debido a un **coágulo** que se forma dentro de la arteria. La **ateroesclerosis**, que es la acumulación de depósitos grasos en las paredes de las arterias, causa un estrechamiento de los vasos sanguíneos y con frecuencia es responsable de la formación de dichos coágulos.

Embólico: El coágulo se origina en alguna parte alejada del cerebro, por ejemplo en el corazón. Una porción del coágulo (émbolo) se desprende, es arrastrado por la corriente sanguínea al cerebro y llega a un punto estrecho donde no puede

continuar y tapa el vaso sanguíneo, cortando el abastecimiento de sangre. Este bloqueo súbito se llama embolia.

Hemorrágico: (derrame cerebral) es causado por la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro.

Evento vascular cerebral isquémico

La isquemia cerebral focal difiere de la isquemia global. En esta última, si es absoluta, no hay flujo colateral y la destrucción irreversible de las neuronas sobreviene en 4 a 8 min. a la temperatura corporal normal. En la isquemia focal casi siempre se observa cierto grado de circulación (por vasos colaterales) que permite descargar una cantidad variable de sangre oxigenada y glucosa, que no pueden metabolizarse de modo apropiado bajo condiciones anaerobias.¹⁸

Fisiopatología de la isquemia cerebral.

A pesar de la intensa actividad metabólica del tejido cerebral, sus células disponen de muy escasos depósitos energéticos en forma de glucógeno, glucosa, creatinina fosfocinasa y ATP y de una pequeña cantidad de oxígeno que se agota en 10 segundos. Por lo tanto, el metabolismo y la viabilidad del tejido cerebral dependen principalmente del aporte de oxígeno y nutrientes a través de la rica circulación cerebral, con su intrincada red de ramas colaterales que suplen la irrigación en caso de necesidad y de estrictas medidas de autorregulación. En esta forma se garantiza un flujo sanguíneo normal de 50 a 60 ml por minuto por 100 gramos de tejido, el cual aporta la energía necesaria para mantener el potencial de membrana de las neuronas, para realizar su actividad eléctrica y para preservar sus funciones biosintéticas.

Pero, infortunadamente, el tejido cerebral no está preparado para afrontar reducciones en el flujo sanguíneo y cuando este llega a 30 ml/min/100 g de tejido o menos, ocurre la isquemia con consecuencias desastrosas en el funcionamiento normal de las células nerviosas, en su metabolismo y en su capacidad de sobrevivir. Gran parte de los procesos metabólicos de las neuronas están dirigidos a conservar y a restablecer los gradientes eléctricos de membrana mediante la diferencia de concentraciones iónicas entre el medio extracelular e intracelular, a través procesos activos de bombas que consumen energía.

Estudios experimentales han demostrado que un flujo sanguíneo de 20 ml por minuto por 100 gramos de tejido es capaz de aportar la energía necesaria para mantener el gradiente osmótico, pero no para generar impulsos eléctricos ni para actividades biosintéticas. En estas circunstancias las neuronas están vivas pero entran a un estado de silencio eléctrico que se traduce en disfunción neuronal. Esta zona de isquemia parcial se ha denominado "penumbra isquemia" y se

¹⁸ MAURICE op.cit Pág. 774

caracteriza por parálisis de las neuronas, la cual es reversible completamente si se restablece el flujo sanguíneo adecuado en unas pocas horas.

Por el contrario, cuando el flujo sanguíneo cae por debajo de 10 ml/min/100 gramos de tejido, se agotan completamente los recursos energéticos, fallan las bombas encargadas de mantener el gradiente eléctrico de membrana, se alteran las concentraciones iónicas, se acumula calcio intracelular, se activan proteasas, se producen radicales libres, se inician cascadas tóxicas a través de neurotransmisores excitadores y finalmente, se produce la muerte celular. Las células del tejido nervioso más vulnerables son las neuronas, mientras que las células gliales pueden soportar la isquemia cerca de una hora. Después de este tiempo, se produce necrosis del tejido cerebral con infarto.

Dado que se produce un rápido restablecimiento el flujo sanguíneo, el tejido cerebral no muere, como ocurre en el ictus. A menudo el accidente isquémico transitorio es un aviso precoz de un ictus.¹⁹

5.5.1.2 Causas

Trombosis arterio-esclerótica.
Crisis isquémica transitoria.
Embolismo.
Vasculitis.
Tromboflebitis.
Alteraciones hematológicas (policitemia, púrpura trombocitopénico).
Traumatismos de arteria carótida.
Hipotensión sistémica.

5.5.1.3 Factores de riesgo

Diabetes
Obesidad e inactividad física
Adicción a drogas
Hiperhomocistinemia
Fibrinógeno
Raza (países asiáticos)
Factores hereditarios
Anticuerpos antifosfolípidos
Tabaco
Anticonceptivos orales
Alcohol
Crisis isquemias transitorias
Lípidos
Factores cardíacos

¹⁹ <http://www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck>

5.5.1.4 Signos y síntomas

Déficit motor.

Déficit sensitivo.

Déficit motor y sensitivo.

Otras alteraciones motoras (ataxia, incoordinación, temblor).

Alteraciones del lenguaje.

Otras disfunciones corticales (amnesia, agnosia, praxia, confusión, demencia).

Vértigo, mareos.

Crisis epilépticas.

Compromiso de conciencia.

Cefalea.

Náuseas y vómitos.

Otros: Babinski, signos de descerebración

5.5.1.5 Manejo

Hospitalización.

Historia Clínica.

Examen físico y neurológico.

TAC Cerebro.

Laboratorio:

-Hemograma

-VHS

- Glicemia.

-Creatininemia.

-Electrolitos plasmáticos.

-Orina completa.

-VDRL.

-Perfil lipídico.

-Tiempo de pro trombina - TTPK

5.5.1.6 Diagnóstico

Electrocardiograma

Ecocardiograma

RNM (en caso de lesiones isquemias pequeñas).

TAC

Angiografía cerebral

Doppler

En el tratamiento del infarto cerebral es importante considerar algunos aspectos fisiopatológicos de la isquemia cerebral. El flujo sanguíneo cerebral normal es de aproximadamente 55 ml/100 grs. de tejido cerebral por minuto. El nivel crítico de hipo perfusión, que suprime la función cerebral y produce daño tisular, corresponde a un flujo entre 12 y 23 ml/100 grs. de tejido. Vecina al área infartada

se distingue una zona de "perfusión marginal" o área de "penumbra isquemia", cuya función es potencialmente reversible. Es hacia esta zona a la cual debemos dirigir las medidas terapéuticas y de sostén en el manejo del infarto cerebral.

5.5.1.7 Tratamiento

Vía aérea

Oxígeno

Presión arterial (no bajarla en exceso)

Hidratación y electrolitos

Cambios de posición

Elevación cefálica

Nutrición

Sonda Foley

Prevención trombosis venosa profunda

Manejo convulsiones en el caso de infarto embólico

La protección farmacológica es discutible y se ha postulado el uso de Nimodipino, el cual bloquea los canales de calcio. El calcio produce vasoconstricción, aumenta la agregación plaquetaria y aumenta la susceptibilidad cerebral a la isquemia. La dosis recomendada es de 30 mg c/6 hrs. (en el INNN se prescribe 60mg c/4 hrs.)

Los anticoagulantes, heparina o heparinas de bajo peso molecular, están indicados en los casos de embolia cardiogénica y en el infarto en evolución. Su uso tiene contraindicaciones generales (hipertensión arterial severa, sangrado reciente, discrasias sanguíneas, etc.) y neurológicas (infarto cerebral extenso o hemisférico).

Los agentes trombolíticos, como el activador del plasminógeno tisular, son de incorporación reciente en el manejo del infarto cerebral y su uso se reserva a casos bien seleccionados y en forma precoz (en las primeras 4 ó 6 hrs. de ocurrido el evento).

Otro aspecto importante es el de considerar el tratamiento del edema cerebral en los AVC. El edema cerebral en un infarto se inicia en las primeras horas, alcanzando su máxima intensidad entre las 24 y 96 hrs, en un comienzo es de tipo citotóxico y luego se hace vasogénico.

Son signos precoces de aparición de edema cerebral el compromiso de conciencia, una asimetría pupilar y cambios en el patrón respiratorio.

Lo más usado es el Manitol al 15%, en dosis de 1gr/kg/dosis/, en 20-30 minutos, cada 4 horas, controlando los electrolitos plasmáticos y la creatinemia.

5.5.1.8 Epidemiología

De todos los pacientes que sufren algún tipo de Evento Vascular Cerebral (EVC), aproximadamente el 10% son de origen hemorrágico. El restante, que es la mayoría, tiene un origen isquémico.

El promedio de edad de presentación del EVC hemorrágico (EVCh) es a los 56 años, mientras que el EVC isquémico se presenta en sujetos mayores (65 años).

5.5.1.9 Pronóstico

Muchas de las personas afectadas de un EVC isquémico (o ictus) recuperan la mayoría de las funciones normales, o casi todas ellas, y pueden llevar una vida normal. En otras se produce un profundo deterioro físico y mental, que las incapacita para moverse, hablar o alimentarse de modo normal. En general, durante los primeros días los médicos no pueden establecer un pronóstico acerca de la recuperación o del empeoramiento de la situación del paciente.

Aproximadamente el 50 por ciento de las personas con una parálisis de un lado del cuerpo y la mayoría de las que tienen síntomas menos graves consiguen una recuperación parcial en el momento de ser dadas de alta del hospital y al final serán capaces de atender por sí mismas sus necesidades básicas.²⁰

5.5.1.10 Rehabilitación

La rehabilitación intensiva puede ser eficaz por cuanto ayuda a muchas personas a recuperarse al deterioro de una función por daño cerebral. Otras partes del cerebro pueden hacerse cargo de las tareas que antes realizaba la parte lesionada.

La rehabilitación se inicia en cuanto se hayan estabilizado la presión arterial, el pulso y la respiración. Médicos, terapeutas y enfermeras combinan su experiencia para mantener a un nivel adecuado el tono muscular del paciente, prevenir las contracciones musculares y las úlceras cutáneas por presión (que pueden resultar de la permanencia prolongada en cama en una misma postura) y enseñarle a caminar y a hablar de nuevo. La paciencia y la perseverancia son fundamentales.

Después del alta hospitalaria muchas personas se benefician de la rehabilitación continuada en un hospital o en un centro de cuidados de enfermería, en un centro de rehabilitación a horas convenidas o en el propio hogar.

Los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales pueden sugerir formas de comportamiento y actitudes para hacer que la vida y la seguridad en el hogar resulten más fáciles para la persona discapacitada.

²⁰ Ibid.

5.5.2 Encefalopatía Hipóxico Isquémica.

El trastorno básico es la falta de oxígeno en el encéfalo, resultado de insuficiencia cardiaca y circulatoria o de los pulmones y la respiración.

La encefalopatía hipóxico-isquémica en muchas formas y niveles diferentes de gravedad es uno de los accidentes cerebrales más frecuentes y desastrosos en ocasiones.

En su formulación más simple la provisión deficiente de oxígeno en el encéfalo se debe a falla de la perfusión cerebral (isquemia) o a cantidad baja de oxígeno arterial circulante, resultado de saturación disminuida de oxígeno o insuficiencia de hemoglobina.

Fisiología del daño isquémico e hipóxico.

Mecanismos fisiológicos de naturaleza homeostática protegen el encéfalo bajo condiciones tanto de isquemia como de hipoxia. Cuando la presión de perfusión cerebral se reduce ocurre una dilatación compensatoria de los vasos de resistencia, que mantienen el flujo sanguíneo a un ritmo constante.²¹

La lesión isquémica por hipotensión sistémica difiere de la causada por anoxia pura. En la isquemia la lesión principal adopta la forma de infartos incompletos en las zonas limítrofes entre las arterias cerebrales mayores. En los grados mas graves de isquemia o de hipoxia ocurre primero lesión selectiva de ciertas capas de neuronas corticales y después lesión generalizada de toda la corteza cerebral, los núcleos profundos y el cerebelo. Los núcleos del tallo cerebral son hasta cierto punto resistentes a la anoxia y la hipotensión, y dejan de funcionar solo después que la corteza se lesiona en grado importante.

En casi todas las situaciones clínicas en las que el cerebro se ve privado de oxígeno suficiente se observa una combinación de isquemia e hipoxia, pero una de las dos suele predominar.

Las neuronas, si están privadas por completo de su fuente de energía, proceden a catabolizarse ellas mismas en un intento por conservar su actividad y al hacerlo se lesionan a un grado que les impide la supervivencia, es decir, experimentan necrosis. Además se cuenta con algunas pruebas experimentales de que los neurotransmisores excitatorios, en especial glutamato, contribuye a la destrucción rápida de las neuronas bajo condiciones de anoxia e isquemia. Por último se supone que la destrucción celular se debe a la entrada masiva de calcio por diversos canales en la membrana.

²¹ MAURICE op.cit Pág. 1102

Características clínicas de la encefalopatía anóxica

La hipoxia leve sin pérdida del estado del conocimiento sólo induce falta de atención, trastornos del juicio e incoordinación motora. Una regla clínica de gran importancia señala que los grados de hipoxia que en ningún momento abolen el conocimiento rara vez, si es que lo hacen, producen lesión permanente del sistema nervioso.

En los casos de isquemia cerebral grave generalizada con pérdida prolongada del estado de conciencia los efectos clínicos son muy variables. Desde el punto de vista clínico resulta difícil juzgar el grado preciso de hipoxia, puesto que la actividad cardíaca ligera o la presión arterial imperceptible podrían mantener la circulación en cierto grado. Por ello algunos individuos lograron mantener la circulación en cierto grado, también individuos lograron una recuperación excelente después de hipoxia cerebral que al parecer duró 8 a 10 minutos o más.

Tras la restauración de la acción cardíaca y la respiración en unos cuantos minutos pueden sobrevenir convulsiones generalizadas así como fasciculaciones mioclónicas aisladas o en grupos.

Los pacientes con diferentes grados de lesión anóxica isquémica mejoran después de un periodo de coma. Algunos pasan con rapidez de una fase poshipóxica aguda hasta la recuperación completa, otros persisten con diferentes grados de discapacidad permanente.

5.5.3 Enfermedad de Moya Moya

La enfermedad de Moya-Moya es un trastorno cerebrovascular oclusivo progresivo de etiología desconocida, caracterizada por la estenosis u oclusión de la porción supraselar de la ACI (arteria carótida interna), ACM (arteria cerebral media) y ACA (arteria cerebral anterior), cuyo diagnóstico se realiza por angiografía cerebral.²² El término "Moya-Moya" hace referencia al aspecto angiográfico de la circulación colateral que recuerda al humo del cigarro. Los síntomas típicamente inician en la infancia o adolescencia.

La enfermedad de Moya - Moya es una enfermedad neurológica rara, descrita por primera vez en Japón. Se caracteriza por afectar fundamentalmente a los adolescentes. Se caracteriza por ser una enfermedad progresiva oclusiva vascular. Estas enfermedades provocan un déficit en el aporte de oxígeno al tejido cerebral, que origina zonas de encefalomalacia (reblandecimiento del cerebro) con reacción inflamatoria y edema (acumulación excesiva de líquido seroalbuminoso en el tejido celular) al nivel de los tejidos vecinos, la curación se produce mediante fagocitosis del tejido necrosado (necrosis es la muerte de un tejido) y sustitución por tejido cicatrizal.

²² <http://www.sap.org.ar/otaticfiles/archivos>

La enfermedad de Moya Moya es una oclusión basal (estrechamiento) de un grupo de arterias cerebrales que se conocen como polígono de Willis, con telangiectasia (dilatación de los vasos sanguíneos de muy pequeño calibre).

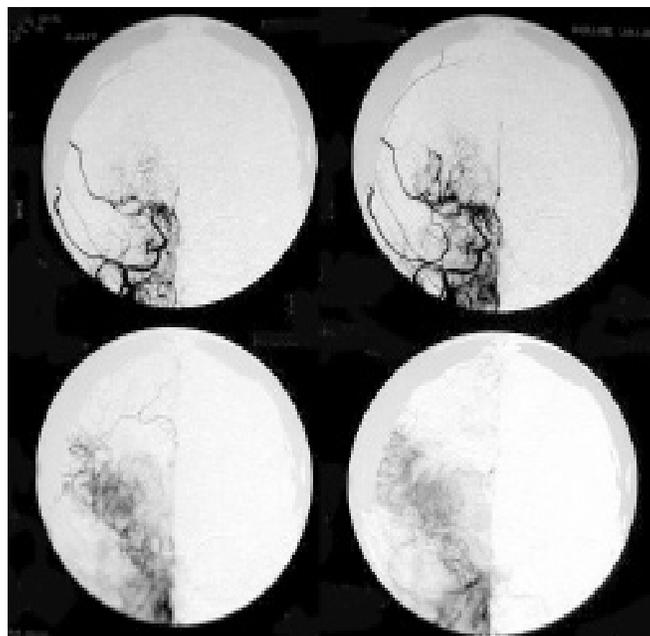
Clínicamente consiste en aparición de accidentes isquémicos, infartos que se asocian con transitorios y hemiplejías recurrentes, convulsiones, cefaleas, deterioro mental progresivo y foco neurológico. Se acompaña de trombosis (formación de coágulos en las arterias y las venas) de la carótida interna (arteria principal del cerebro), con formación de telangiectasias compensadoras en la región de los ganglios basales, alteraciones del campo visual y deterioro mental progresivo.

La edad de aparición condiciona la clínica.

En los jóvenes son más frecuentes las cefaleas y los trastornos del habla.

No se han hallado cambios inflamatorios ni arterioscleróticos en la pared de los vasos y el hecho de su mayor incidencia en pacientes con afecciones cardíacas, urológicas, así como síndrome de Down, o hemoglobinopatías indica que su origen estaría relacionado con alteraciones genéticas que determinarían una falla en la formación de las arterias intracraneales, de hecho se ha relacionado a la enfermedad de Moya-Moya con alteraciones de los cromosomas 3, 6 y 17.

El diagnóstico se hace por arteriografía, por una imagen típica que tiene el aspecto de humo de cigarrillo (moya moya en japonés) y Resonancia Nuclear Magnética (RNM).



<http://www.rance.com.ar/pdf/2005 junio 2007>

La enfermedad de Moya Moya es muy poco frecuente en occidente por lo que la mayor experiencia en su tratamiento proviene de los países asiáticos, donde se presenta una alta incidencia de esta enfermedad.

Se han propuesto diferentes opciones terapéuticas que pueden ser divididas básicamente en dos tipos de procedimientos anastomóticos, los directos y los indirectos. La anastomosis directa entre la arteria temporal y la cerebral media provee revascularización inmediata, sin embargo el tratamiento está lejos de ser satisfactorio. Dentro de los procedimientos indirectos existen varias técnicas siendo éstas más simples y con muy baja morbilidad.

6. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Paciente femenina de 26 años de edad, que ingresa al servicio de urgencias del INNN procedente del INR (referida), tras haber presentado disminución del estado de alerta, iniciando su padecimiento actual posterior a Cx de Artoplastia (24 horas), el día 04-04-07 complicado por sangrado transoperatorio de 1.7 L, presenta hipotensión por hipovolemia de 2 horas aproximadamente. Se maneja con hemoderivados y cristaloides: 3 paquetes globulares.

Según nota de envío del INR, inicia 24 horas después de cirugía con agitación, somnolienta, labilidad emocional, presenta llantos y risas no motivadas, cefalea y franco deterioro neurológico con pobre respuesta a estímulos y evolución tórpida, por ello se decide traslado al INNN.

La paciente es originaria del estado de México, Lic. en Contaduría, acaba de terminar la universidad, diestra, es católica y soltera, su hogar cuenta con todos los servicios, ubicado en zona urbana, no cuenta con mascotas, cuenta con inmunizaciones recientes, (Tétanos y difteria, Sarampión y rubéola, Hepatitis B) Tiene buenos hábitos higiénicos y dietéticos, no consume alcohol ni fuma.

Antecedentes de interés:

Caída de escaleras hace 13 años→
Epifisiolistesis de cabeza de fémur izq.

6.1 Valoración al Ingreso

Una vez ingresada al servicio de urgencias, se valoró, se realizaron estudios, descartando posible causa infecciosa.

TAC inicial reporta normal.

TAC posterior reporta multiinfartos.

SPECT (tomografía computada por emisión de fotones simples): Normal.

EEG reporta disfunción generalizada relacionándolo con hipotensión.

IRM: Infartos subcorticales sin territorio arterial.

Angiografía: Angiopatía primaria cerebral con fenómeno de Moya-Moya.

Hipoperfusión cerebral por sangrado → E.V.C isquémico secundario.

Alteración hidroelectrolítica.

Datos de laboratorio:

K: 5 mmol/L

Ca: 2.38 mmol/L

Cl: 160 mmol/L

Na: 139mmol/L

Hb: 10.6 g/dL

Plaquetas: 290 000 x mm³

Leucocitos: 6 mil x mm³

Hto: 28.5 %

Glucosa: 98 mg/100 ml

Valoración Inicial	13/04/07
1. Constantes vitales.	FC: 85 l/min, rítmico TA: 100/60, sin diferencias significativas entre ambos brazos. FR: 18-21 r/min T ^a axilar: 36.8°
2. Respiratorio	Ventilación adecuada. Sonidos respiratorios: No estertores ni sibilancias No utiliza músculos accesorios. Debido a su padecimiento (encefalopatía hipoxico isquemica) se mantiene con O ₂ por puntas nasales.
3. Cardiovascular.	Pulsos carotídeos y radiales presentes y sincrónicos (Derecho/Izquierdo). No se observa distensión (injuritación) yugular.
4. Neurológico.	Nivel conciencia: somnolienta. Llanto inmotivado. Pupilas: Isocóricas y reactivas (D/I) Escala de Glasgow: 11 (O3, M6, V2) Reflejo nauseoso presente. Reflejos corneales presentes. VII: paresia central derecha Hemiparesia derecha Marcha y equilibrio: invalorable. Sensibilidad difícil de evaluar por su estado.
5. Músculo esquelético.	Totalmente dependiente para su movilización. Fuerza muscular: M.T.D 2/5 M.T.I 5/5 M.P.D 2/5 M.P.I 5/5 Tono muscular disminuido en hemicuerpo derecho. Ningún movimiento involuntario. Reflejos cutáneos abdominales ausentes lado derecho.
6. Gastrointestinal.	Se encuentra en AHNO, se instala SNG
7 Genitourinario.	Sondaje vesical con sonda Foley No. 14 Diuresis: 50 a 60 ml/h Orina trasparente, de color ámbar, sin presencia de sedimentos. D.U. 1010
8. Piel y mucosas.	Palidez cutánea y de mucosas. Edemas posicónales en zonas declives (porción distal extremidades superiores e inferiores) Herida quirúrgica nivel de cadera y fémur izq., suturada con grapas, dos de ellas con sangrado y herida desprende olor fétido. Insertado catéter largo en MSD sin problemas de infección y/o sangrado.

6.2 Valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson.

Valoración de las Catorce Necesidades de Virginia Henderson	
I. Oxigenación.	Su estado de conciencia es: Somnolienta. Debido a su estado requiere de apoyo en la oxigenación con puntas nasales. Vías respiratorias permeables.
II. Nutrición e hidratación.	Actualmente: peso 69 Kg. No pérdida de peso en las últimas semanas. Problemas para alimentarse debido a su estado. Dieta prescrita: ayuno y posterior dieta líquida.
III. Eliminación	Patrón deposicional: 1 deposición/2-3 días. Durante hospitalización. Actualmente se encuentra sin ingerir alimento. Presenta sonda vesical: Volúmenes urinarios que eran anormales ocasionalmente.
IV. Termorregulación.	Se encuentra normo térmica, manteniéndose entre 36.5-37°C, aún con permanencia de aditamentos invasivos (S/F, Catéter largo). Ha presentado registros de temperatura de 36 y 36.5° C.
V. Moverse y mantener buena postura.	Hemiparesia derecha. Alimentación, higiene, vestido, eliminación y movilización: totalmente dependiente Mano dominante: derecha. Se le realizan cambio posturales por turno. Se encuentra postrada en cama. Familiar realiza una rutina de terapia de rehabilitación en MII.
VI. Higiene y protección de la piel.	Incapaz de cuidar de ella misma (dependiente) Hábito de higiene diario (baño de esponja) No padece alergias. Se encuentra piel con disminución de la turgencia (poco deshidratada). Herida quirúrgica con signos de inicio de infección.
VII. Descanso y sueño.	Patrón de sueño habitual: 7 horas diario. La mayor parte del turno se encuentra somnolienta debido a su estado. Actualmente imposibilidad de valoración debido al estado de la paciente.
VIII. Uso de prendas de vestir.	Debido a su padecimiento, ella se encuentra postrada en cama y requiere de un camisón, para mantenerla cubierta, el cual es colocado por el personal de enfermería.
IX. Evitar peligros.	No conocía acerca de su posible padecimiento cerebro vascular primario. Al parecer la paciente se siente desesperada al encontrarse en ese estado, ya que al despertar llora por unos minutos al observar y/o percibir que se le realizan procedimientos. La familia expresa una gran preocupación y ansiedad debido a la actual situación familiar ocasionada por la enfermedad y hospitalización de la paciente aunque se muestra colaboradora.
X. Comunicarse.	No adecuadamente valorable.

	<p>Ansiedad a encontrarse postrada Estado mental: Somnolienta Dificultad para hablar. Capacidad visual: Normal Dificultad para comunicarse. La paciente ocasionalmente presenta respuestas de llanto y / o risa cuando se le induce a comunicar por medio de gestos o con la mirada de el como se siente.</p>
XI. Creencias y valores.	<p>Esta necesidad solo pudo ser valorada en el breve momento de interacción con su mamá, la cual menciono ser de religión católica y orar, pedir a Dios por la pronta recuperación de su hija al igual que lo hacen sus familiares.</p>
XII. Trabajo y realización.	<p>La paciente se encuentra actualmente en estado de somnolencia y debido a ello esta necesidad se encuentra suprimida, sin embargo ella cuenta con la posibilidad de desarrollarlas posteriormente a su egreso y su óptima recuperación, ya que cuenta con estudios universitarios y con posibilidad de empleo. Antes de su padecimiento era capaz de desempeñar sus actividades.</p>
XIII. Recreación.	<p>No puede realizarlo debido a su estado.</p>
XIV. Aprendizaje.	<p>No es adecuadamente valorable en el momento debido a su estado. Se encuentra en limitaciones cognitivas debido a su estado de salud, sin embargo se le explica en todo momento lo que se le realizará y con que fin.</p>

7. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

OXIGENACIÓN	Actividades	Fundamentación	Evaluación
<p>1. Alteración de la necesidad de Oxigenación relacionado con post-evento vascular cerebral tipo isquémico manifestado por somnolencia y registro de SaO₂ < 95%.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente mantendrá su función respiratoria dentro de los parámetros fisiológicos normales durante su hospitalización. • Que la paciente logre y mantenga una saturación de oxígeno > 95%. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. 2. Aspiración de secreciones siempre que precise, eliminar secreciones bucales, nasales y/o traqueales, valorarlas en cantidad y tipo. 3. Mantener la cabecera elevada (decúbito supino 45°, lateral 30°) 4. Administrar oxígeno suplementario según prescripción médica. 5. Vigilar el flujo por litro de O₂. 6. Comprobar periódicamente que el dispositivo de oxígeno administre la concentración prescrita. 7. Comprobar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro). 8. Vigilar estrechamente y actuar en caso de que la paciente presente signos de dificultad respiratoria y/o cianosis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La permeabilidad de las vías aéreas favorece la ventilación, mantiene una adecuada ventilación y oxigenación. 2. Las vías respiratorias deben estar libres de cualquier obstáculo para así asegurar una correcta ventilación. La aspiración de secreciones es un procedimiento de extracción de secreciones traqueobronquiales a nivel orofaríngeo que ocasionan obstrucción de vías respiratorias. 3. El mantener el cabezal del paciente en semifowler logra un óptimo intercambio gaseoso a nivel pulmonar y la contracción del diafragma al igual que evita la broncoaspiración. 4. El objetivo de la oxigenoterapia es evitar o aliviar la hipoxia. Todo paciente con alteraciones de la oxigenación tisular se puede beneficiar de una administración controlada de oxígeno. 5 y 6. El O₂ no obstante no sustituye a otros tratamientos y se debe utilizar solo cuando esta indicado. 7. El oxímetro de pulso permite la medición indirecta de la saturación de oxígeno. 8. La medición del signo vital, la velocidad, la pauta y la profundidad respiratoria, junto con la Sa O₂ permite a la enfermera valorar la ventilación, difusión y perfusión. 	<p>Durante la atención brindada a la paciente en el servicio de urgencias, en el turno correspondiente no presento complicación alguna y mejoro patrón respiratorio por lo que se retiraron las puntas nasales, logrando ella mantener una adecuada Sa O₂ (95%- 100%) para la perfusión tisular adecuada.</p>

<p>2. Riesgo de desarrollar hipoxia tisular cerebral relacionado con Hb por debajo de los valores normales y disminución del estado de alerta (somnolencia, estupor)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente no presentará complicación alguna de tipo hipóxico isquémico. • La paciente mejorará sus niveles de Hb. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar el estado circulatorio, presión sanguínea, color y temperatura de la piel, frecuencia y ritmo cardiaco, presencia y calidad de los pulsos periféricos y llenado capilar. 2. Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada (palidez, cianosis). 3. Comprobar los valores de laboratorio, especialmente los niveles de Hb y Hto. 4. Administrar líquidos I.V mediante prescripción médica. 5. Mantener infusiones I.V a flujo constante. 6. Comprobar el estado de conciencia de la paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La vigilancia estrecha de signos vitales, estado de conciencia, reacción pupilar en el paciente con padecimientos neurológicos, ocasiona una adecuada intervención en caso de presentar deterioro neurológico, además de realizar las actividades de soporte circulatorio y volémico para que así se logre la adecuada irrigación de los órganos y tejidos del paciente enfermo. 2. La aparición de palidez o cianosis se debe una cantidad inadecuada de sangre o hemoglobina circulante, y a la reducción posterior de la oxigenación tisular. 3. El hemograma completo que abarca las determinantes de Hb y Hto, el recuento de eritrocitos, leucocitos, índices eritrocitarios y la fórmula leucocitaria se realizan en una muestra de sangre venosa, este análisis constituye el estudio básico de detección sistemática y es uno de los estudios analíticos sanguíneos más comunes. 4 y 5. Los pacientes con deficiencia prolongada de líquidos y electrolitos muestra alteraciones de la conciencia, causada por disminución del volumen de líquido intravascular que provoca una menor perfusión de las células cerebrales. 6. La conciencia es la noción que tenemos de las sensaciones, pensamientos y sentimientos que se experimentan en un momento determinado. 	<p>La paciente no presento signos de complicaciones de tipo isquémico ó hipoxia recurrentes y mejoro sus niveles sanguíneos de Hb, esto se vio reflejado en la evolución positiva del estado de conciencia por lo tanto si se lograron los objetivos.</p>

<p>3. Riesgo de perfusión tisular cerebral inefectiva relacionado con malformación congénita de vasos arteriales cerebrales y estado de somnolencia.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener en la paciente una adecuada oxigenación, ventilación y perfusión tisular, principalmente la cerebral. 	<ol style="list-style-type: none"> Administración adecuada y según el horario establecido de fármacos que mejoren la perfusión cerebral (citicolina, nimodipino). Colocar en posición terapéutica designada. Colocar cabeza y cuello adecuadamente alineados. Evitar la presencia de hemorragias. Evitar la formación de trombos que comprometan la perfusión cerebral mediante la administración de medicamentos anticoagulantes de acuerdo a horario (Enoxaparina) y con la técnica adecuada. Vigilar y valorar el estado de conciencia. Comprobar el tamaño. Forma, simetría y reacción pupilar. Comprobar el estado respiratorio, (patrón): forma, frecuencia y esfuerzo. 	<ol style="list-style-type: none"> La aplicación adecuada de las acciones de enfermería encaminadas a favorecer la perfusión cerebral adecuada, tiene fundamento también en el adecuado manejo de fármacos que mejoran u optimizan la perfusión cerebral, ya que es un apoyo alternativo a las actividades descritas. La aplicación de una posición correcta previene lesiones neuromusculoesqueléticas. La alineación corporal se adecua intencionalmente con fines de comodidad, diagnóstico o terapéutica. El sangrado intermitente puede provocar una disminución progresiva del volumen circundante, siendo severo en los casos extremos. El uso adecuado de anticoagulante garantiza la no aparición de hemorragias que conlleven complicaciones sistémicas de irrigación a los órganos y/o tejidos dístales. La conciencia es la noción que tenemos de las sensaciones, pensamientos y sentimientos que se experimentan en un momento determinado. La valoración pupilar se realiza en busca de signo de lesión neurológica. Las anomalías en el diámetro y reacción pupilares pueden auxiliar el sitio de una lesión cerebral. El reflejo foto motor a través de la contracción o dilatación del iris depende del grado de luminosidad existente y su función es comandada por grupos musculares inervados por diferentes ramos nerviosos craneanos, los cambios 	<p>La paciente se mantuvo con signos de adecuada perfusión cerebral ya que mejoraba su estado de conciencia y actividad motora.</p>

	<p>9. Comprobar respuesta a estímulos.</p> <p>10. Consultar con compañeros para confirmar datos.</p> <p>11. Informar y actuar oportunamente al encontrar signos y síntomas de alarma en la paciente.</p> <p>12. Mantener infusiones I.V optimas.</p>	<p>pupilares pueden indicar presión del tronco encefálico mas lento al principio para aumentar posteriormente y comenzar la hipoxia.</p> <p>8. El patrón respiratorio varía dependiendo donde sea el deterioro, la respiración de cheyne-stoks es indicativo de lesión bilateral de los dos hemisferios cerebrales, región superior del puente, mescencefalo, la hiperventilación neurogénica central y regular con inspiraciones y espiración forzadas se asocian con alcalosis respiratoria, indica lesión en la región inferior del cerebro medio y región superior del puente.</p> <p>9. La valoración consecutiva de respuesta a estímulos es de suma importancia ya que favorece la identificación de evolución favorable o no del paciente neurológico.</p> <p>10. La intercomunicación entre el personal de enfermería de los diferentes turnos ayuda a comparar diversas alteraciones o mejoras en la evolución del paciente.</p> <p>11. Una intervención oportuna ante posibles complicaciones en el estado de salud del paciente denota efectividad o no en él o los tratamientos empleados.</p> <p>12. Los pacientes con deficiencia prolongada de líquidos y electrolitos muestra alteraciones de la conciencia, causada por disminución del volumen de líquido intravascular que provoca una menor perfusión de las células cerebrales.</p>	
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN			
	1. La paciente	1 y 3. La sonda nasogástrica se emplea además de otros	No fue necesario

<p>4.Riesgo de presentar déficit nutricional, relacionado con ayuno prolongado.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente no presentara datos de deficiencia nutricional durante el estado agudo de su padecimiento en la estancia hospitalaria. 	<p>iniciara lo antes posible una dieta adecuada a sus necesidades y evolución.</p> <p>2. Instalar sonda nasogástrica.</p> <p>3. Si precisa, iniciar dieta líquida a infusión de ml/h y progresar según valoración.</p> <p>4. Valorar el funcionamiento del sistema digestivo de la paciente mediante medición de residuo gástrico y características de este.</p>	<p>finas con el de restituir lo antes posible los requerimientos calóricos del paciente y para apoyo nutricional a corto plazo.</p> <p>4. La valoración del funcionamiento gástrico (medición de residuo gástrico) del paciente aporta datos de funcionamiento gastrointestinal o no, ya que algunos pacientes tienden a desarrollar gastroparesia, lo cual tiene que ser corregido para mejorar el metabolismo basal del mismo.</p>	<p>iniciar dieta a infusión de ml/h ya que la paciente inició dieta V.O primeramente con líquidos claros y tolerándola bien.</p>
<p>5.Alteración de la necesidad de nutrición relacionado con E.V.C manifestado por deterioro de la masticación y deglución.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente no presentara inicios de nutrición deficiente durante su estancia hospitalaria. • La paciente alcanzará en lo posible la adecuada función de sus reflejos indispensables para 	<p>1. Insertar una sonda naso gástrica de acuerdo a valoración de la paciente e indicación médica.</p> <p>2. Iniciar dieta líquida mediante SNG lo antes posible y previa valoración.</p> <p>3. Valorar consecutivamente en la paciente los reflejos de deglución, masticación, tusígeno y nauseoso.</p> <p>4. Alentar a la paciente a que degluta su saliva para estimular y reforzar el control de la deglución.</p>	<p>1. Las sondas nasogástricas se emplean en pacientes con riesgo de aspiración por disminución del estado de conciencia, reflejo tusígeno y nauseoso débiles, incapacidad para colaborar con el procedimiento, intranquilidad o agitación.</p> <p>2. La alimentación por SNG favorece que el paciente no pierda Kg y por lo tanto su requerimiento diario de energía y nutrientes no se vea afectado, redundando en una lenta o inadecuada recuperación.</p> <p>3. El reflejo de deglución, tusígeno y nauseoso, están regidos por pares craneales (X y XII), la inadecuada función de estos compromete la estabilidad del paciente para tragar sólidos o líquidos.</p> <p>4. El reforzar la actividad mediante acciones repetidas y cuando el órgano no se encuentra muy dañado puede reanudar una función</p>	<p>La paciente se mantenía en ayuno hasta el momento y la SNG se empleaba para la administración de medicamentos. Posteriormente se le retiro e inicio dieta V.O. líquida. La paciente ya no presento mas deterioro de los reflejos tusígeno, nauseoso y de deglución, por ello se logran los objetivos.</p>

alimentarse.		suficiente u óptima.	
<p>6. Deterioro de la integridad tisular relacionado con disminución del estado de alerta y no poder ingerir líquidos manifestado por mucosas orales semihidratadas, labios en descamación y disminución de la turgencia de la piel.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que la paciente mantenga un estado de hidratación óptima mediante medidas terapéuticas. 	<p>1. Asegurar una ingesta de 2500 ml/día de líquidos (nutrición enteral, sueroterapia y agua).</p> <p>2. Humedecer los labios de la paciente con gasas empapadas.</p> <p>3. Valorar consecutivamente la turgencia de la piel en la paciente.</p> <p>4. Mantener infusiones I.V isotónicas en ml/hr evitando un exceso o deficiencia de hidratación.</p> <p>5. Realizar preparación y recambio de soluciones I.V. según indicación médica y previa valoración con datos de laboratorio, ingresos y egresos de la paciente.</p> <p>6. Humectar los labios y piel de la paciente con algún aceite que ofrezca esta propiedad.</p>	<p>1. Una hidratación adecuada con el funcionamiento óptimo del sistema renal favorece la hidratación eficaz para el cuerpo humano y así realizar sus funciones adecuadamente, favoreciendo la homeostasia y así la mejora y/o manutención del estado de salud.</p> <p>2 y 3. Los signos y síntomas que acompañan a la deshidratación son: lengua y mucosas secas, sensación de sed, piel escamosa y con falta de turgencia.</p> <p>4. Las soluciones isotónicas mantienen un equilibrio intravascular de líquidos, por lo tanto no altera el líquido intra y extracelular por equilibrio, es igual en concentración de soluto que otra.</p> <p>5. Debe existir la orden de un médico pidiendo la instauración y administración de una solución I.V para la implementación de este procedimiento.</p> <p>6. La humectación consecutiva y de acuerdo a la necesidad de la piel previene lesiones dérmicas.</p>	<p>La paciente se encontraba en franca mejoría de acuerdo a su estado de hidratación. Esto se vio reflejado en mejoría de turgencia de la piel.</p>
	<p>1. Mantener en monitorización cardiaca a la paciente (disminución del</p>	<p>1. La monitorización cardiaca permite la observación continua del ritmo cardiaco del paciente, es el registro de la actividad eléctrica del corazón, para controlar al</p>	<p>En el tiempo de 24 horas el desequilibrio electrolítico de la paciente se vio</p>

<p>7. Riesgo de presentar desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con administración intermitente de infusiones I.V, manifestado por aumento en los niveles sericos de Potasio (5 mmol/dL)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente mantendrá niveles normales de electrolitos (potasio principalmente) en sangre. 	<p>gasto cardiaco, bloqueos cardiacos, fibrilación o asístole).</p> <p>2. Verificar si los datos de laboratorio de electrolitos en suero son normales.</p> <p>3. Mantener un control y vigilancia de ingresos y egresos de la paciente.</p> <p>4. Administrar a infusión mediante prescripción médica Soluciones I.V isotónicas y fármacos diuréticos.</p> <p>5. Monitorizar los niveles de potasio en suero.</p> <p>6. Realizar extracción de muestras sanguíneas según indicación medica para valorar electrolitos sericos hasta normalizar los valores.</p> <p>7. Avisar de inmediato al médico en caso de alteraciones considerables.</p> <p>8. Al normalizarse los niveles de electrolitos en suero mantenerlos estables.</p>	<p>paciente con riesgo de manifestar complicaciones graves, como shock.</p> <p>2. Los líquidos y electrolitos tienen una importancia primordial en la vida del ser humano, una alteración en ellos altera la homeostasia del mismo por lo tanto los procesos fisiológicos normales de las células se ven afectadas y redundan en la gravedad de la evolución y aun mas en la de un paciente neurológico.</p> <p>3. El volumen hídrico en un ser humano es constante por la ingestión y equilibrada por la excreción, es por eso la importancia de enfermería en llevar un registro y control de ingresos y egresos.</p> <p>5. La hipercaliemia es una cantidad mayor de lo normal de potasio en sangre. La hipercaliemia grave produce marcadas alteraciones en la conducción cardiaca.</p> <p>6. El profesional de enfermería contribuye a la valoración del estado de salud del paciente mediante la recogida de líquidos orgánicos. En todos los pacientes hospitalizados se realiza al menos una extracción de muestras de laboratorio (sangre) durante su estancia en el servicio correspondiente.</p> <p>7. Una intervención oportuna ante posibles complicaciones en el estado de salud del paciente denota efectividad o no en él o los tratamientos empleados.</p> <p>8. La administración de infusiones I.V es de importancia para el apoyo hidroelectrolítico, como terapia de restitución o sustitución de aporte hidroelectrolítico para el óptimo funcionamiento de la</p>	<p>corregido mediante la cuantificación de niveles normales de potasio en suero.</p>
---	--	--	--

		volemia en el paciente.	
ELIMINACIÓN			
<p>8. Alteración de la eliminación urinaria relacionado con deterioro neurológico manifestado por no controlar esfínter vesical.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> La paciente recuperara en medida de lo posible el control de esfínteres. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalación de sonda vesical. 2. Observar si hay signos o síntomas de retención urinaria. 3. Verificar la cantidad, consistencia y color de la orina. 4. Revisar y valorar signos o síntomas de infección urinaria ya que la sonda es una vía invasiva. 5. Verificar la adecuada instalación de la sonda vesical y su funcionamiento para evitar fugas y humedad excesiva. 6. Administrar antibióticos prescritos de acuerdo a horario. 7. Drenar orina de la bolsa de recolección evitando que se llene por completo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El sondaje vesical tiene diversas indicaciones entre ellas la evacuación urinaria en pacientes incapacitados para regular el reflejo de micción. 2. En caso de retención de orina, esta se puede infectar con facilidad y ser presionada retrógradamente a través de los uréteres hasta los riñones, lo que puede provocar daños renales. 3. Un examen macroscópico de la orina se realiza en cuestión de segundos, la continuidad de la observación relaciona las características anteriores con las nuevas existentes y con ello se puede detectar infección en el tracto urinario de forma indirecta o posibles alteraciones. 4. La instalación de esta sonda conlleva muy frecuentemente infecciones es por eso que se recomienda la administración de un antibiótico de amplio espectro si esta se queda a permanencia. 5. La humedad excesiva en la ropa de cama durante un tiempo prolongado favorece la proliferación de microorganismos que puedan generar infecciones. 6. La administración de fármacos (farmacoterapia) es una responsabilidad de enfermería y se debe revisar cuidadosamente para evitar errores y seguir la continuidad terapéutica de cada fármaco y se logre la finalidad deseada. 7. El retorno de orina hacia la vejiga en el sistema de recolección de orina y un mal 	<p>La paciente permanencia con la sonda vesical ya que aun no controlaba esfínter vesical debido a su evolución lenta pero satisfactoria.</p> <p>La paciente se mantiene sin datos de infección de vías urinarias..</p>

		manejo de ella genera una probable infección del tracto urinario debido a contaminación por la mala manipulación.	
<p>9. Riesgo de presentar disfunción de su patrón de eliminación intestinal relacionado con disminución del peristaltismo provocada por la hipomovilidad física.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente mantendrá el ritmo de eliminación intestinal lo más próximo a su patrón habitual (2/3 veces por semana) durante su hospitalización. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la administración de líquidos. 2. Valorar la función intestinal de la paciente. 3. Movilizar a la paciente pasivamente. 4. Realizar consecuentemente acciones sobre el masaje al arco cólico. 5. Administrar ablandador de heces según prescripción médica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El volumen hídrico en un ser humano es constante por la ingestión y equilibrada por la excreción, es por eso la importancia de enfermería en llevar un registro y control de ingresos y egresos. 2. La vigilancia estrecha del patrón intestinal da como resultado la implementación de acciones que favorezcan el adecuado funcionamiento intestinal o la mantención de este si es funcionalmente adecuado. 3. La alineación y movilidad de las posiciones básicas ayuda a mantener el funcionamiento orgánico. 4. El masaje abdominal mejora o previene el estreñimiento, elimina gases y tonifica los intestinos, estos deben realizarse en sentido de las manecillas del reloj. 5. Los ablandadores de heces impiden el estreñimiento y el esfuerzo que inicia la maniobra de valsalva aumenta la presión intracraneana y deteriora el retorno venoso al comprimir venas yugulares. 	<p>La paciente no presento signos o síntomas de estreñimiento, ya que su patrón intestinal se mantuvo funcionando adecuadamente. 1 deposición por día aún en ayuno.</p>
TERMORREGULACIÓN			
<p>10. Termorregulación ineficaz relacionado con no poder realizar maniobras de autocuidado por hemiparesia y estado de somnolencia manifestado por</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar y vigilar la temperatura. 2. Observar y registrar si hay signos de hipotermia o hipertermia. 3. En caso de hipotermia: 	<ol style="list-style-type: none"> 1 y 2. La monitorización, registro y valoración de los signos vitales, en este caso la temperatura informan acerca de si se encuentra en valores normales o no y el porque de ello. 3. En el caso del paciente con problemas para la movilidad y que por lo tanto no realiza su autocuidado las medidas mecánicas para el 	<p>La paciente se mantuvo normo térmica durante su atención en el servicio de urgencias por lo tanto se logro el objetivo.</p>

<p>temperatura corporal de 36.5 hasta 36 grados centígrados.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente se mantendrá normo térmica durante su estancia en el servicio de urgencias. 	<p>-cubrir a la paciente con sabana y/o cobertores y adecuar el ambiente.</p> <p>-Vigilancia de existencia de bradicardia e hipotensión.</p>	<p>mantenimiento de su temperatura como cubrirlo con frazadas, es suficiente para evitar descensos en su temperatura corporal y por ende molestias en el paciente.</p> <p>3. La presencia de hipotensión y bradicardia disminuye la dinámica de movimiento de la volemia, por lo tanto el metabolismo se encuentra lento por ello la presencia de hipotermia. Un ambiente frío genera por conducción superficies frías en el entorno.</p>	
<p>MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA</p>			
<p>11. Alteración de la movilidad relacionado con post-E.V.C y cirugía de articulación de cadera manifestado por hipomovilidad de el miembro superior izquierdo, inmovilidad del miembro inferior izquierdo y hemiparesia derecha.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente se mantendrá en movilización continua y recuperara en lo posible la movilidad bilateral. 	<p>1. Mantener un patrón de movilidad por turno en la paciente: *decúbito lateral derecho y decúbito dorsal.</p> <p>2. Mantener un ritmo de terapia de rehabilitación realizada por el familiar de la paciente.</p> <p>3. Estimular a la paciente a que movilice las extremidades que no tienen problema en movilizar.</p> <p>4. Retirar sujeciones a la paciente mientras se mantenga en vigilancia para que movilice su miembro superior derecho.</p> <p>5. Mantener</p>	<p>1. El realizar ejercicios pasivos en la paciente por parte del familiar favorece a eliminar síndrome de desuso, tanto en articulaciones como en los músculos.</p> <p>2. El estimular a la paciente a que movilice sus miembros en lo posible favorece a la recuperación de su función sensorial y coordinación. Los ejercicios pasivos de arco de movimiento, conserva la movilidad articular y la circulación.</p> <p>3. La movilización pasiva, cambios de posición, favorecer el retorno venoso son medidas terapéuticas para favorecer el funcionamiento neurovascular.</p> <p>5. La alineación corporal se adecua intencionalmente con fines de comodidad, diagnóstico o terapéutica.</p>	<p>La paciente fue desarrollando poco a poco un control de sus movimientos de cabeza miembro superior izquierdo ya que su estado de conciencia fue en mejoría por lo tanto se mantenía en movilización continua en un rango aceptable.</p>

	alineados los miembros, cabeza y cuello, tronco de la paciente y cadera al movilizarla.		
<p>12. Riesgo de presentar disfunción neurovascular periférica y síndrome de desuso relacionado con hipomovilidad física por Hemiparesia derecha y estado de somnolencia.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente no presentara posteriormente complicaciones o sumara alteraciones sensitivas periféricas y síndrome de desuso. 	<p>1. Realizar valoración de la circulación periférica: *comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura.</p> <p>2. Realizar movilizaciones pasivas de los miembros inferiores para facilitar la circulación y movilidad.</p> <p>3. Realizar cambios de posición y cuidados circulatorios: -vendaje de MsIs. -Masaje simple en miembros durante el baño de esponja.</p> <p>4. Realizar terapia de ejercicios: movilidad articular.</p>	<p>1. La valoración continua de pulsos periféricos informa acerca del estado de vascularización e irrigación, funcionamiento cardiaco y presión arterial adecuada, da datos de la función vascular.</p> <p>2. La movilización pasiva, cambios de posición, favorecer el retorno venoso, el masaje y la realización de baño de esponja son medidas terapéuticas para favorecer el funcionamiento neurovascular en el paciente con afecciones neurológicas. El masaje es un método terapéutico uno de sus efectos es el incremento sanguíneo o linfático, disminuye la inflamación periarticular y disminuye la tendencia de atrofia muscular.</p> <p>3. Son aspectos fundamentales en la mecánica corporal, los mecanismos posturales, el movimiento voluntario y la función motora perceptual.</p> <p>3. Los vendajes sirven para diversas finalidades una de ellas es aplicar presión, como los vendajes elásticos para mejorar el retorno venoso.</p> <p>4. La movilización periódica influye en la circulación, respiración apetito y estado anímico.</p>	<p>La paciente no mostró más signos de disfunción neurovascular.</p> <p>También la paciente mostraba mejoría en cuanto a la movilidad articular.</p> <p>Posteriormente se incorporaron los ejercicios de rehabilitación coordinados por el personal de rehabilitación.</p>
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL			

<p>13. Alteración de la necesidad de higiene y protección de la piel relacionado con disminución del estado de alerta manifestado por incapacidad física para realizar su autocuidado.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente no presentara más alteración en cuanto a higiene y cuidado de la piel relacionadas a la hipomotilidad y recobrará movimiento corporal para la realización de su autocuidado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Higiene diaria + examen de la piel. 2. Realizar baño de esponja con agua una temperatura agradable y jabón, secando adecuadamente. 3. Aplicar hidratante o humectante a zonas de piel seca, preferentemente en los miembros (crema, aceite para cocinar) 4. Higiene inmediata tras cada deposición. 	<p>1. La higiene es la ciencia de la salud y su mantenimiento, la higiene es un asunto muy personal que depende de los valores y costumbres individuales, afecta e cuidado de la piel, cabello, uñas, dientes, cavidad bucal, nasal, oídos y regiones perineal y genital.</p> <p>2. La valoración de la capacidad autónoma del paciente determina el grado de atención de enfermería y el tipo de baño. Es importante que el profesional de enfermería sepa exactamente que asistencia en higiene necesita un paciente.</p> <p>3. Lubricar la piel con emolientes o una capa fina de crema, conserva la piel suave y flexible. El examen diario de la piel y la exploración física del paciente, ayuda a identificar oportunamente datos de alteraciones cutáneas.</p> <p>4. El evitar humedad excesiva y/o de compresión excesiva evita alteraciones cutáneas al paciente encamado.</p>	<p>La paciente no presento datos de alteración cutánea durante su atención en el servicio ya que los cuidados otorgados fueron oportunos.</p> <p>En cuanto a la higiene tampoco se presentaron problemas en la continuidad de esta ya que con las actividades relacionadas se lograron los objetivos.</p>
<p>14. Alteración de la continuidad de la piel relacionado con reciente herida quirúrgica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los signos y síntomas de infección sistémica o localizada. 2. Mantener y realizar las normas de asepsia para el paciente. 3. Proporcionar cuidados a la herida quirúrgica, inspeccionando su estado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La hipertermia, rubor, inflamación, secreción fétida y cambios de coloración en la herida quirúrgica traduce la instalación de una infección en la misma. 2. El realizar las técnicas de asepsia y antisepsia mediante las reglas instituidas evita la aparición de infecciones nosocomiales. 3. El cuidado de la herida en el postoperatorio debe continuarse siempre, la manipulación debe ser siempre con técnica estéril, con esto se evita infección, la reincidencia o el 	<p>La paciente no presento datos de aumento de infección en la reciente herida quirúrgica, ya que se logro corroborar signos de mejoría en el proceso de cicatrización.</p>

<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente no presentará durante la hospitalización:- signos o síntomas de infección sistémica por ninguno de los factores de riesgo que presenta: <p>-vía invasiva endovenosa. - herida quirúrgica.</p>	<p>4. Administración de antibióticos según este prescrito.</p> <p>5. Registrar e informar a los cuidadores acerca de las características de la herida y si existe drenaje de la misma.</p> <p>6. Evaluación diaria de la orina: coloración, cantidad y sedimentación.</p> <p>7. Evitar la desconexión de la bolsa de recogida de orina.</p> <p>8. Colocar la sonda sobre el muslo evitando erosiones.</p> <p>9. No elevar la bolsa de recolección de orina por arriba del cuerpo de la paciente para evitar infecciones por retorno de orina.</p> <p>10. Durante el baño limpiar la zona dérmica genital y la sonda vesical fuera del meato.</p> <p>11. Manipulación estéril de la sonda vesical y de la vía venosa.</p>	<p>empeoramiento de la misma.</p> <p>4. La posibilidad de que ocurra una infección no puede ser descartada; por ello se ha unido a esta lucha la antibioticoterapia profiláctica.</p> <p>5. Las precauciones con heridas y secreciones están destinadas a prevenir contagio directo con material purulento, ya existiendo, se realiza la intervención de enfermería para el control de la infección mediante las medidas necesarias, como el uso de la antibioticoterapia, curación con técnica estéril, cambio de apósito estéril, cultivo de secreción purulenta.</p> <p>6. Un examen microscópico de la orina se realiza en cuestión de segundos, la observación relaciona las características anteriores con las nuevas existentes y con ello se puede detectar infección en el tracto urinario de forma indirecta o posibles alteraciones.</p> <p>7,8,9. Dentro de las acciones para prevenir infecciones por vías invasivas es el manejo adecuado de ellas:</p> <p>-No elevar la bolsa de recolección de orina por arriba de su inserción para evitar el retorno de orina a la vejiga, ya que provocaría infección en el tracto urinario, evitar desconectar la bolsa de recolección de orina sin técnica estéril, no introducir mas porción de la sonda vesical en el paciente, ya que la que se encuentra fuera se considera ex{puesta a microorganismos.</p> <p>10. La contigüidad del meato urinario con los genitales externos especialmente en la mujer es puerta de entrada</p>	
---	--	--	--

		<p>de infecciones en ambas estructuras y más aún si no se cuenta con una adecuada higiene personal.</p> <p>11. La esterilidad es la ausencia de de toda forma de vida microbiana (bacterias, esporas, hongos y virus), contenidos en líquidos, instrumentos o utensilios.</p>	
<p>15. Riesgo de presentar úlceras por decúbito relacionado con hipomovilidad física y permanecer en cama los primeros días de su hospitalización.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente no sufrirá deterioro de la integridad cutánea durante el periodo de hospitalización. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar estrechamente las zonas enrojecidas. 2. Cambios posturales /dos horas siguiendo este orden: decúbito supino y lateral derecho. 3. Colocar a la paciente en la posición terapéutica específica, teniendo cuidado en no producir tensión sobre su herida quirúrgica. 4. Mantener alineamiento correcto. 5. Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración y/u orina. 6. Ropa de cama sin arrugas. 7. Evitar el agua sumamente caliente y utilizar un jabón suave para el baño. 8. Utilizar protección 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El profesional de enfermería es el responsable de describir con exactitud las lesiones cutáneas en términos de localización. 2. La movilización frecuente y la aplicación de una posición correcta previene lesiones neuromusculoesqueléticas y formación de úlceras por presión. -La extensión, tracción excesiva y presión prolongada en las extremidades provoca cansancio, malestar general y lesiones neuromusculoesqueléticas. 3 y 4. La alineación corporal se adecua intencionalmente con fines de comodidad, diagnóstico o terapéutico. 5. Es importante evitar que la piel se macere por humedad continua con medidas higiénicas meticulosas y evitar las arrugas en ropa de cama. 6. Los cuerpos extraños en el colchón pueden irritar la piel al igual que las arrugas en la ropa. 8. El uso de apoyos para la alineación (bandas o cinturones, marcos, arcos, soportes, cojines, bolsos de arena) ofrece seguridad y previene o corrige problemas de posición t circulación. 9. El elevar las porciones distales del cuerpo de los 	<p>Durante la atención hospitalaria en el servicio de urgencias la paciente no presento signos que denotaran la aparición de úlceras por decúbito, por lo tanto si se lograron los objetivos.</p>

	<p>para aliviar las zonas de presión (codos, talones y nuca), protectores entre los maleolos. Medidas antiequino.</p> <p>9. Elevación de las porciones distales de las extremidades.</p>	<p>pacientes encamados favorece el retorno venoso y una adecuada circulación para la perfusión hística.</p>	
DESCANSO Y SUEÑO			
<p>16. Alteración de la necesidad de descanso y sueño relacionado con periodos de dolor posquirúrgicos, manifestado por facies de ansiedad e incomodidad.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paciente no padecerá alteraciones de descanso y sueño debido al dolor agudo o crónico posquirúrgico. • Logrará establecer un patrón regular entre vigilia y sueño. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar hacer ruido excesivo innecesario en la unidad de la paciente. 2. Administrar analgésicos o combinación de analgésicos adecuados cuando están indicados más de uno. 3. Comprobar las indicaciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. 4. Verificar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos. 5. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos de dolor severo (clonixinato de lisina alternado con ketorolaco). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El desorden, ruido, molestias, son un detractor importante cuando se quiere llegar a un periodo de descanso y relajación. 2. El objetivo de los analgésicos es mitigar el dolor. 3. La administración de medicamentos según valoración medica y de enfermería y mediante horario, favorece la no aparición de molestias o alteraciones que redunden en el descanso y sueño del paciente. 3. La administración de medicamentos (farmacoterapia) es una responsabilidad de enfermería y se deben revisar cuidadosamente para reducir el riesgo de error. 4. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de conocer y registrar los valores basales de los signos vitales del paciente al que se brinda cuidados con el fin de identificar alteraciones en los mismos (aumento o descenso). 5. La analgesia es con fin de evitar o mitigar el dolor, existen diversos fármacos algunos se pueden utilizar con seguridad ya que no deprimen el patrón respiratorio y pueden ser 	<p>La paciente fue mejorando sus periodos de descanso y sueño, al no presentar molestia alguna debido al dolor posquirúrgico. Se lograron los objetivos.</p>

		alternados con otros para lograr un sinergismo.	
EVITAR PELIGROS			
<p>17. Alteración de los procesos del pensamiento relacionado con no contar con la capacidad de discernir entre hacerse daño o no manifestado por inquietud e intento de retirarse vías invasivas.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener en la paciente un nivel de seguridad y vigilancia evitando que se autolesione. 	<p>1. Poner en practica precauciones para salvaguardar el bienestar de la paciente: -Sujeción de miembros superiores alejados de los aditamentos invasivos. Evitar que se retire: -vía I.V -sonda vesical -puntas o mascarilla para suministrar oxígeno.</p> <p>2. Explicarle en la medida de lo posible que no se quite o retire los aditamentos terapéuticos instalados y el porque.</p> <p>3. Mantener en vigilancia constante a la paciente cuando se encuentre en periodos despierto.</p> <p>4. Vigilar el estado físico de la paciente.</p> <p>5. Animar a la paciente a que coopere en su autocuidado a medida de lo posible.</p> <p>6. Informar al personal de los otros turnos acerca de las actitudes de</p>	<p>1. La vigilancia estrecha en los pacientes con padecimientos neurológicos y que no controlan sus ideas de razonamiento, favorece en que no se autolesionen. En los pacientes que es difícil mantenerlos sin hacerse daño, en ocasiones es necesaria la sujeción gentil de miembros siempre y cuando también no atente con su integridad física.</p> <p>2. La información a la paciente conlleva motivación, la repetición y la estimulación a cooperar.</p> <p>3 y 4. La vigilancia constante es responsabilidad absoluta del profesional de enfermería con el objetivo de determinación de situaciones, intervención oportuna, identificación de problemas y el mejoramiento del cuidado.</p> <p>5. El contacto visual promueve la confianza, cooperación, demostración de interés, veracidad en lo que se comunica entre dos o grupos de personas.</p> <p>6. La comunicación activa entre el equipo de enfermería e interdisciplinario permite priorizar la continuidad de la atención personalizada de cada paciente.</p>	<p>La paciente no se autolesiono ya que mostró mejoría continua de su estado de conciencia.</p>

	la paciente y los posibles sucesos que pueden ocurrir.		
COMUNICARSE			
<p>18. Alteración de la necesidad de comunicarse relacionado con afección neurológica manifestado por afasia.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que la paciente establezca un código de comunicación con el personal en lo posible para manifestar sus necesidades. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar un código de comunicación con la paciente en medida de lo posible. 2. Explicarle a la paciente lo que se le va a hacer y por que. 3. Estimularla a que intente comunicarse. 4. Mostrar interés en mantener comunicación con la paciente. 	<p>1. Si el paciente no puede comprender las palabras, se pueden usar gestos para expresión verbal. El habla, la comprensión, y el déficit del lenguaje son los problemas más difíciles para el paciente y su familia.</p> <p>1 y 2. El desarrollar un código de comunicación entre enfermera-paciente y/o personal de su atención intra hospitalaria, favorece una relación de empatía y por lo tanto de confianza, además de que disminuye la ansiedad por falta de información al paciente y logra comprender las necesidades demandadas por él, ya que no puede comunicarse por el modo común, que es hablar.</p> <p>3 y 4. Usar preguntas sencillas y cortas que se respondan con un “sí” o un “no”, hablar despacio y permitir un tiempo adecuado para la respuesta, evita sobrecarga verbal en el paciente y estimula la comunicación y entendimiento a sus necesidades.</p>	<p>La paciente estableció un código de comunicación mediante gestos, movimientos oculares y palpebrales con el personal para el entendimiento de sus necesidades facilitando una interacción continua con ella y la atención oportuna a sus demandas. Además de beneficiar la confianza con el personal.</p>
<p>19. Síndrome postraumático relacionado con encontrarse en su actual estado de salud, manifestado por risas y llanto al cuestionarla</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo que se indiquen para el control del estado de ánimo (humor). Paroxetina. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El fármaco Paroxetina está indicado en los pacientes con labilidad emocional o que tienden a la depresión o crisis de ansiedad. 2. El confort, comprende: mantener una buena postura, ambiente tranquilo, una cama limpia y provocan en el paciente una sensación de bienestar. 3. La depresión es generada 	<p>La paciente después de la administración adecuada de fármacos para la mejora de su estado de ánimo, no presentó alteraciones que determinaran depresión o</p>

<p>acerca del como se siente y comenzar a realizarle procedimientos.</p> <p>Objetivos:</p> <p>La paciente no presentara signos y/o síntomas de depresión o desanimo durante su hospitalización.</p>	<p>2. Controlar y regular el nivel de estimulación del ambiente de acuerdo a las necesidades de la paciente.</p> <p>3. Mantener una comunicación con la paciente, haciéndole saber que se interesa por su cuidado y así motivarla a realizar lo mismo, evitando posible depresión.</p> <p>4. Estimular a los familiares a que le hablen y se comuniquen con la paciente.</p> <p>5. Mantener contacto visual en lo posible durante el contacto con la paciente al proporcionarle cuidados</p>	<p>por la sensación de amenaza a su estilo de vida y más aún si se percibe que no se cuenta con apoyo de las personas que se encuentran en su entorno social.</p> <p>4. Los familiares y su participación en la comunicación favorece la interacción consecutiva para la adaptación del paciente hospitalizado.</p> <p>El comunicarle a los pacientes acerca de los procedimientos a realizar en ellos disminuye la ansiedad y el temor ya que se les informa y les genera tranquilidad.</p> <p>5. El contacto visual promueve la confianza, cooperación, demostración de interés, veracidad en lo que se comunica entre dos o grupos de personas.</p>	<p>desanimo en ella, además que el observar sus familiares la ponía de buen humor.</p>
<p>DIAGNÓSTICOS DE BIENESTAR</p>			
<p>20. Potencial de aumento de la movilidad física.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> La paciente alcanzará en grado óptimo la movilidad física como parte de su rehabilitación. 	<p>1. Determinar la disposición de la paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.</p> <p>2. Colaborar con los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicio.</p> <p>3. Consultar al fisioterapeuta para</p>	<p>1. La disposición positiva para la realización de actividades por parte del paciente, es un punto que debe explotarse para la terapéutica deseada en mejoría de el.</p> <p>2. El desempeño multidisciplinario es óptimo cuando se logra una adecuada integración e interacción para la atención de los pacientes.</p> <p>La rehabilitación necesita de un abordaje de equipo de forma que el paciente se pueda beneficiar de un equipo de expertos combinado y multidisciplinario.</p>	<p>Al momento del alta la paciente y su familiar conoce los protocolos de ejercicios para la recuperación motora, establecidos por el personal de rehabilitación del INNN.</p> <p>También se tomaron en cuenta las recomendaciones hechas por los médicos del I.N.R. Durante el tiempo de hospitalización</p>

	<p>determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada movimiento.</p> <p>4. Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción).</p> <p>5. Ajustar la temperatura ambiente, nivel de ruido, para mejorar la capacidad de concentración de la paciente en la actividad del ejercicio.</p> <p>6. Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.</p> <p>7. Vestir al paciente con prendas cómodas.</p> <p>8. Administrar de acuerdo a horario analgésicos para evitar el dolor durante el ejercicio.</p> <p>9. Ayudar a la paciente a colocarse en posiciones sedente para la ejecución de los ejercicios.</p> <p>10. Reforzar las instrucciones dadas a la paciente respecto a la forma</p>	<p>3. La alineación corporal se adecua intencionalmente con fines de comodidad, diagnóstico o terapéutica. La aplicación de una posición correcta previene lesiones neuromusculares.</p> <p>4. La valoración continuas en los cambios de mejora o declive en la evolución de paciente también son responsabilidad del personal de enfermería.</p> <p>5. Un ambiente tranquilo y terapéutico beneficia el estado de ánimo del paciente. Proporcionar un ambiente tranquilo al paciente después de los periodos de ejercicio facilita su recuperación.</p> <p>6. Antes de implementar un programa de actividades se debe determinar si el paciente esta listo para ser incluido en un protocolo de actividad o de ejercicio para lograr el nivel esperado de participación.</p> <p>8. La administración de analgésicos previa a la actividad que pueda generar dolor, mitigará las probables molestias durante la acción.</p> <p>9. La posición sedente es una de las más cómodas para comenzar con ejercicios de rehabilitación e iniciar la deambulacion.</p> <p>10. La repetición de los y hechos clave facilita la retención de la materia recién aprendida.</p> <p>11. Animar al paciente a que practique ejercicios independientemente facilita el sentido de control del paciente.</p> <p>12. El objetivo de la aplicación de protocolos de ejercicio es el de desarrollar fuerza, movilidad, equilibrio, resistencia y flexibilidad.</p>	<p>se confía en que la paciente logre recuperar mayormente la movilidad física, ya que el pronóstico de recuperarla es alentador.</p>
--	---	--	---

	<p>correcta de realizar los ejercicios.</p> <p>11. Reorientar a la paciente sobre las funciones del movimiento del cuerpo.</p> <p>12. Ayudar a la paciente a realizar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.</p>		
<p>21. Potencial de disposición para el aprendizaje.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que la paciente mejore la capacidad y disposición de recibir información para su beneficio. 	<p>1. Establecer empatía y credibilidad con la paciente.</p> <p>2. Potencial el estado hemodinámico de la paciente para facilitar la oxigenación cerebral (ajuste de posición y medicación).</p> <p>3. Disminuir el nivel de fatiga de la paciente.</p> <p>4. Controlar el dolor en la paciente.</p> <p>5. Evitar el uso de medicamentos que alteren la percepción de la paciente (narcóticos e hipnóticos).</p> <p>6. Comprobar el nivel de orientación / confusión de la paciente.</p>	<p>1. Para que un paciente sepa afrontar mejor su situación actual tiene que conocer bien sus ideas y sentimientos, y aprenderá a exteriorizar algunos de ellos con el profesional de enfermería.</p> <p>2. La oxigenación cerebral en grado óptimo favorece los mecanismos, reacciones químicas que necesita el encéfalo para las acciones de aprendizaje.</p> <p>3. La fatiga en el ser humano perjudica la atención.</p> <p>4. La presencia de dolor compromete de forma importante la atención y los procesos cognitivos en el paciente, es un distractor.</p> <p>5. El uso de fármacos narcóticos disminuye los procesos de percepciones en los pacientes, ya que actúan sobre el sistema nervioso central.</p> <p>6. El personal de enfermería tiene como responsabilidad determinar el grado de disposición del paciente para aprender. Un estado de confusión no permite el desarrollo del aprendizaje.</p> <p>7. La seguridad propicia sensación de cooperación,</p>	<p>La paciente esta logrando alcanzar de nuevo la capacidad de aprendizaje ya que las áreas cerebrales vinculadas con esta función no se encontraron dañadas de forma permanente o discapacitante. Por lo tanto se estará logrando el objetivo a mediano o largo plazo.</p>

	<p>7. Satisfacer la necesidad de seguridad.</p> <p>8. Vigilar estado emocional.</p> <p>9. Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.</p> <p>10. Dar tiempo a la paciente para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones.</p> <p>11. Facilitar la aceptación de la situación por parte del paciente.</p> <p>12. Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad.</p> <p>13. Lograr la participación de la familia y seres queridos si es oportuno.</p> <p>14. Ayudar a la paciente a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad y de la susceptibilidad a las complicaciones.</p> <p>15. Ayudarle a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad.</p> <p>16. Proporcionar un activador que</p>	<p>apertura, confianza y accesibilidad para realizar determinadas actividades.</p> <p>8. El estado emocional del paciente tiene mucho que ver en el proceso de conocer y emprender nuevas tareas para la rehabilitación.</p> <p>9. La ansiedad, falta de información, el miedo, la preocupación son mecanismos que desarrolla el paciente ante una situación no esperada que no le permite un estado de serenidad, y aceptación, lo que genera un periodo de duelo y compromete su integridad emocional.</p> <p>10. El paciente con EVC siempre presentará miedo, negación, frustración y sentimiento de culpa, es por ello que la enfermera también cumple con la función de proporcionar tiempo, espacio para escuchar al paciente, responder sus preguntas y resolver sus dudas.</p> <p>11. Un paciente que ha sufrido este tipo de enfermedad, ante otra amenaza puede ser muy distinta, pudiendo conllevar miedo, aprensión, negación de la gravedad, depresión, miedo y tristeza. Una función de la enfermera es proporcionar información y apoyo emocional.</p> <p>12. La confianza que pueda desarrollar el paciente en cuanto a sus capacidades también dependen de la orientación, motivación e información veraz que proporcione el profesional de enfermería.</p> <p>13. La enfermera también puede enseñar a la familia del paciente, mediante sesiones individuales o en simultaneidad con el</p>	
--	--	---	--

	<p>desencadene la acción adecuada (comentario, razones, nueva información que motive).</p>	<p>paciente, con el fin de involucrarlos en los cuidados del mismo, que beneficie su cuidado en casa. 14 y 15. La enfermera como responsable del cuidado de la salud debe informar al paciente acerca de las medidas o acciones encaminadas a mejorar, restablecer o mantener un estilo de vida saludable, benéfica para su integridad. Así también debe conocer e informar al paciente y familia acerca del como controlar la progresión de la enfermedad. 16. Si el paciente conoce las razones de su actividad, podrá cooperar mejor.</p>	
OTROS			
<p>22. Trastorno de la percepción sensorial táctil y cinestésica, relacionado con E.V.C isquémico, manifestado por disminución de la capacidad sensitiva a la exploración neurológica.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que la paciente obtenga resultados positivos en cuanto a recobrar la función sensorial y cinestésica mediante los cuidados terapéuticos otorgados. 	<p>1. Mantener contacto físico con la paciente en el hemicuerpo no alterado para que no pierda sensibilidad.</p> <p>2. Valorar durante el contacto físico y consecutivamente el nivel de sensibilidad y fuerza de los miembros, si percibe el movimiento, peso, resistencia o posición de su cuerpo y compara ambos lados e informar.</p> <p>3. Evitar complicaciones en su estado de evolución para que recobre la función y sensibilidad lo más pronto posible.</p>	<p>1. El sistema nervioso coopera con los líquidos del organismo para coordinar las actividades del cuerpo humano. Esta formado por tejido nervioso el cual tiene propiedades de irritabilidad (capacidad para responder a los estímulos) y conductividad (poder de transmitir estímulos o impulsos nerviosos a otras células). Sus órganos terminales son sensitivos y motores.</p> <p>2. El contacto físico con los pacientes, favorece y estimula la actividad sensorial así como la comparación entre ambos lados del hemicuerpo.</p> <p>3. La resistencia y los estímulos sensoriales o aferentes (tacto, presión, tracción, compresión, extensión, efectos propioceptivos musculares y estímulos auditivos facilitan el movimiento en el espacio y neuromusculoesquelético.</p> <p>4. La valoración consecutiva de la sensibilidad y fuerza de</p>	<p>La paciente fue mejorando poco a poco su función sensorial y táctil, aunque la cinestésica no se encontraba cambios considerables. En los días consecuentes ella ya se encontraba movilizandó la extremidad superior izquierda sin embargo la extremidad inferior no la movilizaba en su totalidad debido a reciente cirugía de artroplastia.</p>

	<p>4. Estimular a la paciente a que comunique en lo posible si siente los estímulos o no y si puede sujetar objetos.</p> <p>5. Informarle a la paciente que puede recobrar la función y sensibilidad del hemicuerpo afectado dependiendo del grado de la lesión o alteración y dependiendo de las secuelas.</p> <p>6. Proporcionar cuidados de seguridad física a la paciente ya que ha perdido sensibilidad.</p>	<p>las extremidades del paciente contribuye a detectar datos de mejoría importantes y determinar el grado de recuperación y estimar el tiempo.</p> <p>5. La información proporcionada al paciente reduce la ansiedad.</p> <p>6. El paciente neurológico puede tener dificultad en la orientación espacial, como al valorar las distancias por lo tanto su movimiento se ve afectado.</p> <p>Los pacientes con signos neurológicos pueden presentar lesiones por disminución de sensaciones táctiles o dolorosas y pérdida de sentido de su posición en el espacio.</p>	
--	---	--	--

8. PLAN DE ALTA

Para finalizar el proceso intervención de enfermería el cual tiene como objetivo principal educar a la paciente y a su familiar para prevenir posibles complicaciones.

La enfermera tiene la oportunidad de ayudar al paciente y a su familia en la transición desde la fase aguda de hospitalización, rehabilitación, cuidados a largo plazo y cuidados domiciliarios. Las necesidades del paciente y de su familia requieren una valoración evolutiva y la adaptación a las intervenciones como respuesta a las necesidades cambiantes, para optimizar así la calidad de vida, tanto del paciente como de su familia.¹

Es de suma importancia que la enfermera informe al familiar de la paciente sobre la importancia y la forma en que pueden participar en el mantenimiento de la salud de su paciente, evitando complicaciones.

El equipo multidisciplinario proporciona las recomendaciones sobre los cuidados necesarios después del alta.

En la planificación del alta se recomiendan los cuidados globales:

- medicamentos
- nutrición
- movilidad, ejercicios
- higiene
- acudir al servicio de urgencias
- acudir a consulta externa

Respecto a los signos y/o síntomas de alarma se les informó como detectar algunos posibles como:

- vómito en proyectil.
- disminución en el estado de conciencia (somnolienta)
- hipertensión o hipotensión arterial.
- cefalea.
- convulsiones.

Fármacos:

Se les proporcionó la información acerca de cuales medicamentos se le darían para llevarlo consigo a su hogar, después de la receta emitida por el médico tratante, se les proporciono el horario con los que se administraban a diario, para

¹ LEWIS, Sharon Mantis. Enfermería Médico-quirúrgica, Valoración y cuidados en problemas críticos 6ª ed. Vol II, Elsevier, España 2004, Pág. 1594

llevar una continuidad, además de informarles nuevamente las indicaciones de cada fármaco y los principales efectos secundarios. Se les refirió el como poder triturarlos para que la paciente pudiera ingerirlos y la importancia de ingerir agua para la absorción de estos.

También se les mencionó acerca de las presentaciones que podrían tener los fármacos y poner especial cuidado en la cantidad (mg) a tomar.

Signos y síntomas de alarma:

Estos ya están mencionados anteriormente, se les informó que en la aparición súbita o de forma creciente de alguno de estos síntomas o signos no dudaran e presentarse al servicio de urgencias del INNN, ya que ahí se cuenta con su expediente clínico y el equipo médico, conocen los métodos para poder atenderla de inmediato. Estos signos y síntomas que pudieran presentarse se les explicó con términos sencillos con el fin de que no quedaran dudas acerca de lo mencionado.

Nutrición:

En este caso previamente el nutriólogo que también es del equipo de trabajo, realizó la orientación proporcionando información al familiar acerca del tipo, características, cantidad y precauciones de los alimentos para la paciente a ingerir, basándose en el plato del buen comer.

Se les informó que la grasa de los alimentos debería de ser preferentemente de origen vegetal, la dieta debe ser rica en fibra, no ingerir demasiada azúcar debido a que puede ser contraproducente, debe ingerir líquidos para lograr el efecto deseado de la fibra.

También se realizó hincapié en la ingesta de verduras y frutas sin límite de ingesta al día. La efectividad del programa dietético se valorará por el familiar de acuerdo al mantenimiento del peso, hidratación adecuada y satisfacción de la paciente.

Movilidad:

En el INNN se cuenta con profesional en rehabilitación, estos son encargados de dar a conocer los ejercicios pasivos y/o activos que debe realizar la paciente con ayuda del familiar, en un tiempo determinado.

También se les oriento por parte de enfermería acerca de la utilización de aditamentos de apoyo como muletas, andadera, etc, para comenzar con la rehabilitación después de la cirugía realizada (artroplastia de cadera), ya que también debería acudir al Instituto Nacional de Rehabilitación para la valoración de la misma.

Se les motivó a no dejar de realizar los ejercicios mencionados ya que la rehabilitación avanza de forma que la actividad sea progresiva.

Se les mencionó que es de suma importancia dejar a la paciente que trate de realizar de forma independiente las actividades más comunes como: alimentarse, bañarse (en media de lo posible), vestirse, arreglo personal, sostener un libro, leer, etc. Para recuperar el movimiento y la percepción.

Higiene:

Esta es una necesidad muy importante e íntima de cada persona en particular, así que solo se les mencionó acerca del cuidado de la piel, prestar atención durante el baño para evitar daños (quemarse, caídas) se les mencionó la vital importancia de asistirle durante esta actividad, paulatinamente dependiendo del grado de su rehabilitación y nunca dejarla sola durante esta necesidad ya que debido a su padecimiento no sea sorpresivo algún evento indeseado, también la importancia de usar las prendas de vestir de su preferencia, para crearle una sensación de bienestar y sobre todo que sea ropa cómoda.

Se les enseñó el como realizar la curación de la herida sobre todo por que realiza el baño diario, y así evitar la aparición de infección, también se les mencionó acerca del material a utilizar para la realización de la curación.

Recreación:

Se les hizo hincapié acerca de que si cuenta su comunidad con recursos para la recreación, que hicieran uso de ellos, ya que la soledad, inactividad, la no interacción con el medio ambiente, no es favorable para la recuperación de la paciente, y de alguna forma crear un ambiente de distracción, el hecho de que presente alguna discapacidad motriz no deja de lado la recreación. Así también la interacción y participación de las cuidadoras principales, que son su mamá y su hermana ya que es de importancia que ellas también se involucren y el ponerse de acuerdo en horarios para acompañar y acudir a las actividades de recreación de la paciente, y que no les afecte en sus actividades cotidianas. Se les dijo que podía asistir a parques, cines, teatros, grupos juveniles o alguna actividad que no ponga en riesgo su integridad física, emocional y social.

Por último se le hizo especial hincapié en acudir al INNN al servicio de consulta externa acorde a sus citas programadas para no perder la secuencia de estas y su revisión y así lograr mantener una terapéutica, seguimiento, comunicación con los médicos, para la recuperación de su salud.

9. CONCLUSIONES

El instrumento que le permite a la enfermera (o) proporcionar cuidados al paciente de forma sistematizada, es el Proceso Atención de Enfermería, el cual consta de su etapa de Valoración, Diagnósticos, Planeación, Ejecución y Evaluación de los cuidados planeados para su atención, esto también permite al personal de enfermería poner en práctica e implementar este instrumento (PAE) en el ejercicio de la profesión, además de obtener un amplio conocimiento de los cuidados realizados a la persona con alguna patología en particular, sin embargo el PAE es una herramienta que se aplica de forma individualizada, además de ser flexible y aplicable a todos las (los) individuos que se les brinde atención de enfermería.

Por lo tanto en las personas con padecimientos neurológicos se logra una gran diversidad de planeación de cuidados individualizados, además el Proceso Atención de enfermería garantiza la sistematización y logro de planeación de cuidados que justifican las acciones de la enfermera (o) en cada patología en particular.

Como personal de salud es necesario ayudar, entender y ayudarlos a entender el origen de su problema en lo posible tanto para el paciente como para la familia con el fin de que logren una recuperación en grado mayor, al igual que también se debe contar con la preparación académica y práctica clínica para así entender este de forma especializada y profundizada pero que conlleve una atención de enfermería con conocimiento, holística, ética, y formar una experiencia para la propia profesionalización del que presta el cuidado y que sea una vivencia fructífera de aprendizaje para el mismo, y el cliente a quien se le brinda el cuidado.

El paciente con alteraciones neurológicas es sumamente especial, ya que el campo de la neurología es amplia y requiere de conocimiento adecuado y cuidadoso para tratar a este tipo de pacientes, es por ello que la enfermera se tiene que dar a la tarea de conocer cada patología en particular así como lo mas relevante de ellas, para también planear adecuadamente los cuidados y lograr los objetivos de estos, con resultados satisfactorios para el paciente en su recuperación y calidad de vida.

El haber realizado el Proceso Atención de Enfermería en una paciente con secuelas de Evento Vascular Cerebral, aplicando sus diferentes etapas, me enseña que al llevarlas a cabo se realizan las acciones pertinentes para lograr los objetivos planteados, logrando satisfacer sus necesidades básicas, y también el encontrar los puntos de partida para cada intervención, así como identificar y distinguir entre la mejoría o lo opuesto. Principalmente se logra encaminar la reincorporación integral a su entorno familiar y social; dejando ver que el equipo interdisciplinario, la paciente y su familia coincidimos en que tiene la capacidad necesaria para satisfacer sus necesidades básicas. Cabe mencionar que fue una experiencia enriquecedora para mí en lo particular, desde el inicio de la realización

del proceso hasta la culminación de este, ya que los conocimientos adquiridos dan pie a indagar en otros nuevos y así favorecer el desarrollo del Proceso enfermero.

10. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Afasia: Trastorno neurológico que se caracteriza por defecto o ausencia de la función del lenguaje como consecuencia de una lesión en determinadas áreas de la corteza cerebral. La deficiencia puede ser sensorial o receptiva, en cuyo caso el lenguaje no se comprende, o expresiva o motora en cuyo caso las palabras no pueden formarse o expresarse. La afasia sensorial puede ser completa o parcial, y afectar las funciones específicas del lenguaje con en el caso de la dislexia o alexia. La afasia expresiva puede ser completa, como en la disfasia, en la cual se afecta la dicción, o como en la agrafia en la cual se afecta la escritura, o puede ser parcial con disminución de cualquiera de estas funciones o de ambas.

Agnosia: Pérdida parcial o total de la facultad de reconocer objetos o personas familiares mediante estímulos sensoriales, producida por lesión cerebral orgánica. Puede afectar a cualquiera de los sentidos y se clasifica como agnosia auditiva, visual, olfatea, gustativa o táctil.

Amnesia: Pérdida de la memoria por lesión cerebral o traumatismo emocional intenso. Algunas clases de amnesia son la amnesia anterógrada, la amnesia histórica, la amnesia postraumática y la amnesia retrógrada.

Anoxia: Estado anormal caracterizado por una falta relativa o total de oxígeno. La anoxia puede ser local o general y puede resultar del aporte insuficiente de oxígeno al aparato respiratorio; de la incapacidad de la sangre para trasportar aquel a los tejidos, como en la anoxia anémica; o de éstos para absorber el oxígeno de la circulación, como en la anoxia hística.

Anticoagulante: Relativo a una sustancia que impide o retrasa la coagulación de la sangre. Fármaco anticoagulante. La heparina, obtenida del hígado y pulmones de os animales domésticos, es un potente anticoagulante que impide la formación de tromboplastina, la conversión de protrombina en trombina y la formación de fibrina a partir del fibrinógeno. La cumarina sintética y los derivados de la fenindiona, administrados por vía oral, son antagonistas de la vitamina K e impiden la coagulación por inhibir la formación de determinados factores de ésta.

Arteriografía, Angiografía cerebral o arteriograma: Es un examen que permite visualizar los vasos sanguíneos en la cabeza. Este es un procedimiento invasivo, el cual requiere que se introduzca un catéter, el cual se lleva directamente a los vasos sanguíneos del cuello y de la base del cráneo. Se inyecta un material de contraste que nos permitirá ver en los Rayos X y en una sucesión rápida de Rayos X el flujo de la sangre a través de los vasos de la cabeza desde que se llena del material de contraste hasta que se vacía.

Arteriosclerosis: Enfermedad arterial frecuente que se caracteriza por engrosamiento, pérdida de elasticidad y calcificación de las paredes arteriales, que condiciona una disminución del riego sanguíneo, especialmente del cerebro y las extremidades inferiores. Se desarrolla con el envejecimiento y aumenta en pacientes con hipertensión, nefrosclerosis, esclerodermia, diabetes e hiperlipidemia.

Artroplastia: Reconstrucción quirúrgica o sustitución de una articulación degenerada o dolorosa para restablecer su movilidad en enfermedades tales como la osteoartritis o la artritis reumatoide. O para corregir una deformidad congénita

Asimetría: Referente a el cuerpo o una parte del cuerpo. Desigual en forma o tamaño; de colocación o distribución diferentes con respecto a un eje. Que no guarda simetría. Falta o ausencia de proporciones equilibradas entre las partes de una cosa.

Asístole: ausencia del latido cardiaco que se distingue de la fibrilación por que ésta la actividad eléctrica persiste aunque la contracción cese. La asistolia cardiotoxicas se caracteriza por un breve periodo de paro cardiaco producido por una aceleración en la frecuencia. En la asistolia hay que practicar inmediatamente reanimación cardiopulmonar con masaje cardiaco y ventilación adecuada.

Ataxia: Trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinar movimientos. La marcha tambaleante y el desequilibrio postural se deben a lesiones de la medula espinal o el cerebelo que pueden ser a su vez secuelas de traumatismos del parto, trastornos congénitos, infecciones, trastornos degenerativos, neoplasias, sustancias tóxicas o lesión cefálicas.

Autonomía: Facultad de gobernarse por sus propias leyes. Condición de la persona que no depende de otra. La autonomía es un concepto de la filosofía y la psicología evolutiva que expresa la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. Se opone a heteronomía. La palabra autonomía se usa como un sinónimo de autogobierno de núcleos o sectores sociales. Sinónimo de autoorganización o de autodeterminación. El autonomismo, movimientos autónomos, o autonomistas es una corriente política dentro del anticapitalismo surgida desde la izquierda política y es en algunos casos parte de las interpretaciones de un marxismo libertario, que promueve un desenvolvimiento democrático y socializante del poder político, la democracia participativa, y una constante adecuación de las estrategias y tácticas a las realidades concretas de cada espacio.

Axón: Extensión cilíndrica de la célula nerviosa que produce los impulsos a partir del cuerpo celular. Los axones pueden estar o no recubiertos de mielina. Denominado también cilindroeje.

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

Basal: Relativo al fundamento o a la base, como la anestesia basal, que produce la primera etapa de la inconciencia, y el ritmo metabólico basal, que se refiere a un nivel de metabolismo más bajo.

Biosintética: Reacción metabólica que tiene por objeto la formación de biomoléculas complejas (carbohidratos, lípidos, proteínas, nucleótidos y ácidos nucleicos) a partir de moléculas sencillas. Las reacciones biosintéticas son la base del anabolismo.

Bradycardia: Trastorno circulatorio que consiste en la contracción regular del miocardio con una frecuencia inferior a 60 latidos por minuto. El corazón normalmente disminuye su frecuencia durante el sueño y en algunas personas con gran entrenamiento físico el pulso puede ser muy lento, la bradicardia patológica es un síntoma de tumores cerebrales, toxicidad por digital o vagotomía. El gasto cardiaco disminuye, por lo que pueden aparecer mareos, vértigo, dolor torácico e

incluso síncope con colapso respiratorio. El tratamiento puede consistir en la administración de atropina, implantación de un marcapasos reducción de la dosis de digital.

Capilares: Cualquiera de los diminutos vasos sanguíneos, de unos 0,008 mm de diámetro, que unen las arteriolas y las vénulas. A través de sus paredes, que están constituidas por una capa única de células endoteliales, la sangre y las células místicas intercambian diversas sustancias.

Catabolizar: Proceso metabólico complejo en el cual se degradan una serie de biomoléculas y se libera energía para utilización en el trabajo, su almacenamiento o la producción de calor por oxidación de los carbohidratos, grasas y proteínas. En el curso del catabolismo se produce dióxido de carbono y agua así como energía.

Cefalea: Dolor de cabeza debido a múltiples causas. Denominada también cefalalgia. Algunos tipos son la cefalea funcional, la cefalea migrañosa, la cefalea orgánica, la cefalea sinusal y la cefalea de tensión. La cefalea puede deberse a múltiples causas, como un dolor de otra zona del cuerpo o un problema cerebral.

Cianosis: Coloración azulada de la piel y las membranas mucosas debida al exceso de hemoglobina no oxigenada en la sangre o un defecto estructural de la molécula de hemoglobina, como en la metahemoglobinemia.

Cinestésica: Sensación o sentido por el que se percibe el movimiento, peso, resistencia y posición del cuerpo o de sus partes.

Circunvolución: Cualquiera de las formaciones múltiples que se observan en la superficie externa del hemisferio cerebral separadas entre sí por surcos que aparecen en su mayoría durante el sexto o séptimo mes de vida fetal.

Clínico: Relativo a la clínica. Sufijo que significa "lugar dedicado al cuidado médico". La Clínica es la disciplina más importante en el ejercicio de la Medicina junto a la terapéutica, es el proceso indagatorio orientado al diagnóstico de una situación patológica (enfermedad, síndrome, trastorno, etc.), basado en la integración e interpretación de los síntomas y otros datos aportados por la anamnesis durante la entrevista clínica) con el paciente, los signos de la exploración física y la ayuda de exploraciones complementarias de laboratorio y de pruebas de imagen. Con el diagnóstico de una enfermedad se pauta un tratamiento. Tradicionalmente la clínica (del griego kliní: "lecho", "cama") es el diagnóstico realizado al pie de la cama del enfermo a través del relato de su sintomatología y de los signos obtenidos en la exploración física.

Citoplasma: Contenido de una célula exceptuando el núcleo. El citoplasma es la parte del protoplasma que, en una célula eucariota, se encuentra entre el núcleo celular y la membrana plasmática. Consiste en una emulsión coloidal muy fina de aspecto granuloso, el citosol o hialoplasma, y en una diversidad de orgánulos celulares que desempeñan diferentes funciones.

Confusión: Estado mental caracterizado por desorientación en cuanto a tiempo, lugar o persona, que provoca aturdimiento, perplejidad, pensamiento desordenado e imposibilidad de elegir o actuar decididamente. Suele ser una manifestación de un trastorno mental orgánico, pero también puede acompañar a un estrés psíquico grave o a otras alteraciones de esta índole.

Congénita: Presente en el nacimiento. Anomalía, generalmente estructural, presente en el momento del nacimiento, que pueda haber sido heredada

genéticamente, adquirida durante el embarazo o causada en el parto. Denominada también defecto innato.

Convulsiones: Contracción brusca, violenta o involuntaria de un grupo muscular que puede aparecer bien como un episodio paroxístico de un trastorno convulsivo crónico o bien de forma transitoria, como suele ocurrir tras una contusión cerebral. Las convulsiones pueden ser tónicas o clónicas y focales, unilaterales o bilaterales.

Creatininemia: Niveles de creatinina en sangre. Creatinina, sustancia resultante del metabolismo de la creatina. Se encuentra en la sangre, en la orina y en los tejidos. La creatinina es el producto de la degradación del fosfato de creatinina muscular, que a su vez es el resultado del metabolismo energético.

Crisis epilépticas: Grupo de trastornos neurológicos caracterizado por episodios recidivantes de crisis convulsivas, trastornos sensoriales, anomalías del comportamiento y pérdida de conciencia; a veces se presentan todos estos síntomas juntos. En todos los tipos de epilepsia se produce una descarga incontrolada en las células nerviosas de la corteza cerebral. Aunque la mayoría de las enfermedades epilépticas son de causa desconocida, a veces se asocian con traumatismos cerebrales, infecciones intracraneales, tumores cerebrales, trastornos vasculares, intoxicaciones o desequilibrios químicos.

Demencia: Trastorno mental orgánico progresivo caracterizado por desintegración crónica de la personalidad, confusión, desorientación, estupor, deterioro de la capacidad y función intelectual del control de la memoria, el juicio y los impulsos.

Dendritas: Prolongación que surge en el cuerpo de la célula de una neurona. Cada neurona posee por lo general varias dendritas que reciben impulsos conduciéndolos al cuerpo celular.

Discrasia sanguínea: Anomalía en cuanto a la cualidad y la cantidad de cualquiera de los constituyentes de la sangre, como por ejemplo la leucemia o la hemofilia.

Diuresis: Mayor formación y secreción de orina. Es pronunciada en algunas enfermedades como la diabetes mellitas y la diabetes insípida. Constituye un fenómeno normal en las primeras 48 horas del puerperio. El café, el té, determinados alimentos, los fármacos diuréticos y algunos esteroides provocan también diuresis.

Distal: Alejado del punto de origen, de forma absoluta o relativa. Alejado de la línea media o un punto central de forma relativa o absoluta, como por ejemplo la falange distal o hueso situado en el extremo de un dedo.

Doppler: Técnica utilizada en imágenes ultrasónicas, para observar el comportamiento de estructuras en movimiento, tales como la circulación sanguínea o el latido del corazón. Usado para detectar el latido del corazón fetal.

Ecocardiograma: Técnica diagnóstica utilizada para estudiar la estructura y movimiento del corazón. Las ondas ultrasónicas dirigidas al corazón son reflejadas (eco) cuando pasan de un tipo de tejido a otro de distinta densidad, por ejemplo desde el músculo cardíaco hasta la sangre. Las ondas son emitidas y recibidas por un transductor y el eco se registra en una gráfica.

Edema: Acumulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericárdico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o cápsulas articulares. Puede

estar causado por el aumento de la presión hidrostática capilar, obstrucción venosa (varices, tromboflebitis), compresión por escayolas, vendas o ligas, insuficiencia cardiaca congestiva, sobrecarga de fluidos parenterales, insuficiencia renal, cirrosis hepática, etc. El tratamiento se dirige a corregir la causa básica, pero pueden administrarse diuréticos ahorradores de potasio, para favorecer la eliminación de sodio y agua.

Edema Cerebral: Hinchazón de los tejidos cerebrales debido a una acumulación de líquidos, causado por tumores, sustancias tóxicas o interacción. Incremento del volumen cerebral debido a acumulación del contenido acuoso. Puede deberse a: incremento en la permeabilidad capilar, hinchazón de las células cerebrales en estados de hipoxia o intoxicación acuosa y edema intersticial debido a hidrocefalia.

Electrocardiograma: Registro gráfico obtenido mediante un electrocardiógrafo. El electrocardiograma (ECG o EKG) representa la actividad eléctrica de las células de un corazón normal.

Embolización: La embolización es una forma de ocluir (cerrar) uno o más vasos sanguíneos que están haciendo daño. Se pueden usar distintos materiales, según el tamaño de los vasos tratados y dependiendo de si la oclusión será temporal o permanente. El material se pasa a través de un catéter (un pequeño tubo de plástico) cuya punta está en el vaso que se va a cerrar, o cerca de él. Este tratamiento se puede usar para controlar una hemorragia anormal y para obstruir los vasos sanguíneos que alimentan un tumor. La embolización terapéutica también sirve para tratar una malformación arteriovenosa, una conexión anormal entre una arteria y una vena. El término "embolización" viene de émbolo, que es cualquier objeto que circula en el torrente sanguíneo hasta quedar alojado en un vaso sanguíneo; en este caso, se trata de un material sintético o un medicamento diseñado especialmente para ocluir los vasos sanguíneos.

Empatía: Capacidad de reconocer y hasta cierto punto compartir las emociones y estados psicológicos de otra persona y comprender el significado de su conducta. Es una cualidad esencial para poder realizar una psicoterapia eficaz.

Encefalomalacia: Ablandamiento o pérdida de tejido cerebral que se produce después de un infarto cerebral; isquemia cerebral, infección, trauma craneocerebral, u otra lesión. El término se utiliza a menudo, durante la inspección patológica grossera, para describir las márgenes corticales poco definidas y la disminución de la consistencia del tejido cerebral después de un infarto. La encefalomalacia multiquística se refiere a la formación de múltiples cavidades quísticas de tamaño variable en la corteza cerebral de los recién nacidos y niños luego de lesiones, producidas fundamentalmente por eventos perinatales de hipoxia-isquemia. sinónimos cerebromalacia encefalomalacia multiquística

Encefalopatía: Cualquier trastorno de la estructura o lesión de los tejidos cerebrales. Este término se refiere particularmente a las enfermedades crónicas, destructivas o degenerativas.

Esfínter: Banda circular de fibras musculares que constriñen una vía o cierran una apertura natural del organismo como el esfínter hepático de la capa muscular de las venas hepáticas cerca de su unión con la de la cava superior, y el esfínter anal externo que cierra el ano.

Estenosis: Trastorno caracterizado por la constricción o estrechamiento de un orificio o una vía de una estructura corporal. Entre los distintos tipos de estenosis destaca la estenosis aortica y la estenosis pilórica.

Estupor: Estado de letargia y falta de respuesta que se caracteriza por que el paciente se desconecta de su entorno. Esta alteración se da tanto en trastornos neurológicos como psiquiátricos.

Etiología: Estudio de todos los factores que pueden intervenir en el desarrollo de una enfermedad, incluyendo la susceptibilidad del paciente, la naturaleza del agente patológico y la forma en la que este invade el organismo afectado. Causa de una enfermedad.

Fagocitosis: Proceso por el cual determinadas células engullen y desechan microorganismos y detritus celulares.

Fármaco: Cualquier sustancia que se administra vía oral, se inyecta en un músculo, en la piel, en un vaso sanguíneo o en una cavidad corporal o se aplica tópicamente para tratar o evitar una enfermedad.

Fasciculaciones: Contracción localizada, incoordinada e incontrolable de un pequeño grupo muscular inervado por una sola fibra nerviosa motora que puede palparse y verse bajo la piel. Se debe a la acción de distintos fármacos como efecto colateral, con dosificaciones normales o sobredosis, y también puede ser sintomática de diversos trastornos como deficiencias dietéticas, parálisis cerebral, fiebre, neuralgia, polio, cardiopatías reumáticas, deficiencia de sodio, intoxicación por zinc o uremia. Las fasciculaciones del músculo cardíaco se denominan fibrilación.

Fibrilación: Contracción recurrente involuntaria de una sola fibra muscular o de un haz aislado de fibras nerviosas. La fibrilación de una cámara del corazón provoca contracciones ineficaces al azar y alteración del ritmo sinusal normal. La fibrilación suele describirse por la parte que se está contrayendo anormalmente, como la fibrilación auricular o ventricular.

Fibrinógeno: Proteína plasmática esencial para la coagulación de la sangre, que es convertida en fibrina por la trombina en presencia de iones calcio. Precursor de la fibrina en la hemostasia, también conocido como Factor I de coagulación con un peso molecular de 340 000.

Filosofía: Ciencia general, de los seres, de los principios y de las causas y efectos de las cosas naturales. Sistema particular de un filósofo, de una escuela o de una época. Sistema de principios que se establecen para explicar o agrupar ciertos hechos.

Fisiología: Estudio de los procesos y funciones del organismo. Procesos y funciones del organismo. La fisiología comprende el funcionamiento de los organismos vivos y de sus distintas partes. En la fisiología humana nos ocupamos de las características del cuerpo humano que nos permite percibir y movernos en nuestro entorno, pensar y comunicarnos, reproducirnos y llevar a cabo todas las funciones que nos ayudan a sobrevivir y a prosperar como seres vivos.

Fisiopatología: Estudio de las manifestaciones biológicas y físicas en las enfermedades en lo referente a su correlación con las anomalías estructurales y los trastornos fisiológicos adyacentes. La fisiología no trata directamente a la

terapéutica de la enfermedad sino que explica los procesos que determinan sus signos y síntomas.

Fisioterapeuta: Persona cualificada para colaborar en la exploración, el estudio y tratamiento de las personas con incapacidades físicas mediante la aplicación de ejercicios especiales, calor o frío, ondas ultrasónicas, etc.

Ganglios: Grupo de células nerviosas que forman un nódulo macroscópico, especialmente las situadas fuera del sistema nervioso central. Existen abundantes células individuales y grupos muy pequeños en asociación con los órganos alimentarios. Los dos tipos de ganglios nerviosos son: los sensitivos, existentes en las raíces dorsales de los nervios raquídeos y en las raíces sensitivas del trigémino, facial, glossofaríngeo y vago, y los ganglios de los sistemas simpático y parasimpático.

Glándula: Cualquiera de los numerosos órganos del cuerpo compuesto de células especializadas que secretan o excretan sustancias no relacionadas con su metabolismo ordinario. Algunas sin lubricantes mientras que otras, como la hipófisis o la tiroides, producen hormonas.

Glutamato: Excitador neurológico. El glutamato es un pariente excitatorio del GABA. Es el neurotransmisor más común en el sistema nervioso central, y es especialmente importante en relación con la memoria. Curiosamente, el glutamato es realmente tóxico para las neuronas, y un exceso las mataría. Algunas veces el daño cerebral o un golpe pueden llevar a un exceso de este y terminar con muchas más células cerebrales muriendo que el propio trauma.

Gradiente: Tasa de aumento o disminución de un fenómeno mensurable como la temperatura o la presión. Representación visual de la tasa de cambio de un fenómeno mensurable: curva.

Hemiplejía: Parálisis de un lado del cuerpo. Entre los distintos tipos destacan la hemiplejía cerebral, la hemiplejía facial, la hemiplejía infantil y la hemiplejía espástica. Denominada también parálisis unilateral.

Hemoglobinopatias: Grupo de enfermedades hereditarias caracterizadas por la presencia de moléculas de hemoglobina de estructura anormal. La alteración se produce por sustitución de uno o más aminoácidos en la porción de hemoglobina de la molécula, en determinadas posiciones de cualquiera de las dos cadenas alfa o beta. Se han descrito o se han identificado más de 100 variantes pero solo se diagnostican con frecuencia las enfermedades por hemoglobina S, C y d. La alteración puede darse en forma heterocigoto u homocigoto. Entre las distintas clases de Hemoglobinopatias destacan anemia falciforme; enfermedad por hemoglobina C; enfermedad por hemoglobina S-C; talasemia.

Hemograma: Registro escrito o gráfico del recuento sanguíneo o diferencial que pone énfasis en el tamaño, la forma, las características especiales y el número de elementos sólidos de la sangre.

Hemorrágico: Pérdida de una cantidad de sangre en un periodo de tiempo corto bien interna o externamente. Puede ser arterial, venosa o capilar. Pérdida de sangre hacia un órgano interno (el tubo digestivo, la cavidad abdominal), o hacia el exterior (herida arterial) Según el volumen y la velocidad con la cual se produce el sangrado, puede producir distintas manifestaciones en las personas, desde taquicardia, sudoración, palidez cutánea, hasta shock.

Hipercaliemia: Elevación de la cantidad de potasio sanguíneo por encima de lo normal. Suele aparecer en la insuficiencia renal aguda. Los síntomas precoces son náuseas, diarrea y debilidad muscular. A nivel de que aumenta el nivel de potasio van apareciendo alteraciones en el ECG. El tratamiento de la hipercaliemia grave consiste en la administración de bicarbonato sódico, sales cálcicas y dextrosa por vía I.V. Hay que recurrir a hemodiálisis si estas medidas no dan resultado.

Hiperhomocistinemia: La homocisteína es un aminoácido intermediario formado por la conversión de metionina a cisteína. La homocistinuria o la hiperhomocistinemia son los desórdenes relacionados con mayor frecuencia a este aminoácido, siendo el primero una alteración autosómica recesiva, mientras que en el segundo múltiples factores condicionan tal alteración, siendo los más importantes los genéticos y nutricionales.

Hipotermia: estado anormal y peligroso en que la temperatura del cuerpo desciende por debajo de los 35 grados, habitualmente a causa de una exposición prolongada al frío. La respiración es superficial y lenta y las pulsaciones cardíacas son igualmente lentas y débiles. La persona presenta palidez y puede parecer muerta. El tratamiento consiste en elevar la temperatura del enfermo lentamente.

Hipoperfusión: Poca perfusión, disminuido de lo normal a un tejido u órgano. El término hipoperfusión hace referencia a una disminución persistente del riego sanguíneo que afecta a una área concreta del cerebro (focal) en varios puntos (múltiple). Los síntomas que usted refiere pueden ser consecuencia de que una zona concreta del cerebro no recibe suficiente aporte de sangre. A la hora de plantearse un tratamiento, su médico debe proceder primero a averiguar la causa del problema, es decir, si existen enfermedades cardíacas, hematológicas o vasculares secundarias y/o lesiones focales de los vasos extracraneales que irrigan el cerebro. Según la causa, el médico puede prescribir fármacos que facilitan la circulación sanguínea o medicamentos que intentan mejorar la respuesta del tejido cerebral a la falta de riego sanguíneo.

Hipoxia: Tensión reducida e inadecuada del oxígeno arterial, que se caracteriza por cianosis, taquicardia, hipertensión, vasoconstricción periférica, vértigos y confusión mental. La hipoxia moderada estimula los quimiorreceptores periféricos, que aumentan la frecuencia cardíaca e inspiratoria. Sin embargo, los mecanismos centrales que regulan la respiración fracasan en la hipoxia grave, dando lugar a una respiración irregular, como la de Cheyne-Stokes, apnea e insuficiencia cardíaca y respiratoria. En la hipoxia crónica es frecuente que este aumentada la sensibilidad del efecto depresor del centro respiratorio que tiene ciertos fármacos, como los opiáceos, dando lugar a una depresión grave o apnea con dosis relativamente pequeña de estos. Si la cantidad de oxígeno no es la adecuada para mantener el metabolismo celular aerobio, el organismo obtiene energía a partir de las rutas anaerobias, menos eficaces y que produce metabolitos distintos del dióxido de carbono. Los tejidos más sensibles a la hipoxia son el cerebro, el corazón, los vasos pulmonares y el hígado. El tratamiento se realiza con cardiotónicos y estimulantes respiratorios, oxigenoterapia, ventilación mecánica y control frecuente de los gases sanguíneos.

Hipotensión: Estado anormal en que la tensión arterial no es adecuada para la perfusión y oxigenación conveniente de los tejidos. Puede estar producida por una expansión del espacio intravascular, un descenso del volumen circulante y un defecto del bombeo cardiaco.

Holistica: Concepción filosófica que considera que una entidad es mas que la suma de sus partes y que el ser humano esta compuesto por factores físicos, psíquicos y espirituales. La medicina holistica se basa en esta concepción a la hora de realizar una actuación diagnóstica o terapéutica.

Infarto: Área delimitada de necrosis en un tejido, vaso, órgano o región como resultado de la anoxia hística que sigue a la interrupción del aporte sanguíneo a la zona o, por menor frecuencia por estasis debido a la obstrucción del drenaje venoso.

Intravascular: Prefijo intro que significa “en, dentro de”. Relativo o perteneciente al interior de los vasos sanguíneos, por ejemplo un trombo, un coagulo, una inyección, infusión o un catéter. Interior de las venas, arterias, capilares, plexos.

Isocoria: Igualdad en tamaño de las pupilas. Igualdad en el tamaño de ambas pupilas. Formantes: ísos (gr.) [igual] + kóre (gr.) [muchacha, pupila] + -ia (gr.) Neologismo (posiblemente s. XIX o XX)

Isotónica: Dícese de la solución que tiene la misma concentración de soluto que otra, y, por tanto en ambas existe la misma presión osmótica, como sucede en una solución salina que contiene una cantidad igual de sal igual a la que se encuentra en el líquido intra y extracelular. Denominado también isosmótico.

Isquemia: Disminución del aporte de sangre a n órgano o a una zona del organismo. Algunas causas de la isquemia son: embolismo arterial, arteriosclerosis, trombosis, vasoconstricción o hemorragia.

Líquido cefalorraquídeo: Líquido que fluye a través de los cuatro ventrículos cerebrales, el espacio subaracnoideo y el canal espinal y que tiene un efecto protector de estas estructuras. Esta compuesto principalmente por secreción de los plexos coroideos de los ventrículos laterales y el tercero y cuarto ventrículo del cerebro. Las aperturas existentes en el tercero y cuarto ventrículos permiten que el líquido fluya hacia los espacios subaracnoideos alrededor del cerebro y la médula espinal.

Lóbulo: Proyección redondeada de cualquier estructura. Porción de cualquier órgano demarcado por surcos, fisuras o tejido conjuntivo, como los lóbulos cerebrales, hepáticos y pulmonares.

Membrana: Capa fina de tejido que recubre una superficie, reviste una cavidad o divide un espacio, como la membrana abdominal que recubre la pared abdominal y la membrana de Descement situada entre la sustancia propia y el endotelio de la córnea.

Meninges: Las tres membranas que envuelven el cerebro y la médula espinal denominadas dura madre, piamadre y aracnoides. La piamadre y la aracnoides se inflaman en el curso de las meningitis bacterianas, que puede dar lugar a complicaciones graves capaces de poner en peligro la vida del paciente si se llega a la sepsis meningocócica.

Metabolito: Sustancia producida por acción metabólica o necesaria para un proceso metabólico. El metabolito esencial es el necesario para un proceso

metabólico vital. Literalmente el metabolito es el producto de el “cambio”, resultado de todas las transformaciones químicas y energéticas que se producen en el organismo.

Minusvalidez: Se aplica a la persona que padece un defecto físico o mental congénito o adquirido que interfiere con el funcionamiento normal de su sistema corporal o su adaptación plena a la sociedad moderna.

Monitorización: Vigilancia y supervisión de la evolución de un fenómeno que permite seguir el curso y el estado de un paciente. Por lo general, el control se realiza a través de una pantalla donde se puede observar la información remitida desde los sensores o detectores conectados al paciente

Necrosis: Muerte de una porción de tejido consecutiva a enfermedad o lesión. En la necrosis por coagulación se forman trombos que bloquean el flujo sanguíneo, produciéndose la necrosis en los tejidos dístales al trombo.

Nervios raquídeos: Los nervios espinales o también conocidos como nervios raquídeos son aquellos que se prolongan desde la médula espinal y atraviesan los orificios vertebrales para distribuirse a las zonas del cuerpo. Se dividen en sensitivos y motores, los cuales entran y emergen a la medula respectivamente; los sensitivos por la cara posterior de la médula y los motores por la cara anterior de esta y salen directamente de la sustancia gris que esta cubierta por la sustancia blanca de la médula, al juntarse se forma un nervio mixto el cual tiene características de los dos tipos de fibras. antes de formar el nervio la raíz sensitiva posee un ganglio sensitivo que es una acumulación de células

Neuroglia: El tejido que forma los intersticios o elementos de soporte - células y fibras- del sistema nervioso. Incluye: astrositos, oligodendroglías, microglía, endotelio, neurilema, coberturas de células o fibras nerviosas (células de Schwann), y células satélites de la ganglio craneal o espinal. Neuroglia actúa como tejido conectivo o de soporte y juega un papel importante en las respuestas del sistema nervioso contra infecciones o daños.

Oxímetro: Aditamento foto diagnóstico para la monitorización de la saturación del oxígeno de la sangre arterial que se lleva a cabo mediante el registro de la cantidad de luz transmitida o reflejada, y diferencia claramente la oxihemoglobina de la hemoglobina.

Parálisis: Proceso anormal caracterizado por la pérdida de función muscular o de sensibilidad. Puede estar producida por diversas causas, como traumatismo, enfermedad o intoxicación. Se puede clasificar de acuerdo con la etiología, tono muscular, distribución o parte del cuerpo afectada.

Paresia: Parálisis ligera o parcial relacionada en algunos casos con neuritis local. Manifestación tardía de la neurosífilis, caracterizada por parálisis generalizada, incoordinación temblorosa, convulsiones transitorias y demencia progresiva causadas por degeneración de neuronas corticales.

Perfil lipídico: Los perfiles son grupos de pruebas que ayuda a descubrir ciertas patologías. El perfil lipídico consiste, en forma estándar, en la medición de colesterol total, triglicéridos y colesterol de lipoproteínas de alta densidad (c-HDL).

Perfusión: Paso de un líquido a través de un órgano o área determinada del cuerpo. Medida terapéutica con la que se introduce un fármaco a través del torrente sanguíneo. Perfusión Tisular, alteración en los territorios cerebral,

cardiopulmonar, renal, gastrointestinal y periférico. La etiología puede deberse a la interrupción de la circulación venosa o arterial propia de la zona afectada. Hipovolemia o hipervolemia, o cualquier situación que provoque un anormal intercambio de líquidos y nutrientes entre las células y el torrente circulatorio

Plaqueta: El menor de los elementos formes de la sangre. Tiene forma de disco y no contiene hemoglobina; es esencial para la coagulación de la sangre y su cifra alcanza normalmente de 200,000 a 300,000 por mm³

Plexos: Red de nervios, vasos sanguíneos o vasos linfáticos entrecruzados. El organismo contiene numerosos plexos como el plexo braquial, el plexo cardiaco y el plexo solar.

Policitemia: Aumento del número de eritrocitos en sangre periférica por encima de cifras normales. Puede ser secundaria a una enfermedad pulmonar o cardiaca o a la ausencia prolongada en zonas de altitud elevada.

Polígono de Willis: Red anastomótica vascular heptagonal de la base del cerebro, constituida por las arterias cerebrales anteriores (2) y posteriores (2), ramas de las arterias carótidas internas y basilar respectivamente, comunicadas entre sí por las arterias comunicantes anterior (1) y posteriores (2). Los tres troncos arteriales, a cada lado, que irrigan cada uno de los dos hemisferios cerebrales se originan en este polígono y son la arteria cerebral anterior, la arteria cerebral media y la arteria cerebral posterior.

Praxia (Praxis): Concepto que define acciones y conductas manifiestas, o la realización de una acción para la exclusión del pensamiento metafísico. Acción motora organizada para conseguir un objetivo.

Púrpura trombocitopénica: Trastorno hemorrágico caracterizado por un intenso descenso del número de plaquetas, que da lugar a la producción de cardenales, petequias y hemorragias intrahísticas. Puede deberse a múltiples causas, incluyendo infecciones, tóxicos y sensibilidad a ciertos medicamentos hasta hace poco se llamaba púrpura trombocitopénica idiopática, diagnóstico al que se llegaba por exclusión de otros posibles. Hoy se la considera producto de una respuesta autoinmune

Resonancia Magnética (MRI): Es una técnica en donde un gran magneto permite ver el contenido del cráneo incluyendo al cerebro y sus vasos sanguíneos. Esta es una técnica no invasiva con excepción de la inyección de un material de contraste llamado gadolinio que permitirá ver los cambios por lesión en el cerebro.

Sensibilidad: Capacidad de sentir, transmitir o reaccionar frente a un estímulo. Susceptibilidad a una sustancia, como un fármaco o un antígeno. Cuando se refiere a una prueba médica, la sensibilidad se refiere al porcentaje de personas cuya prueba resulta positiva a una enfermedad específica, entre un grupo de personas que padecen dicha enfermedad. Ninguna prueba tiene 100% de sensibilidad porque algunas personas que padecen la enfermedad tendrán resultados negativos, o sea (falsos negativos).

Sensorial: Conjunto de las funciones sensitivas. Parte del cerebro en la que radican las funciones sensitivas. Relacionado con los órganos de los sentidos, estimulación sensorial externa en donde existe un agente externo, por ejemplo, el peligro que se percibe por la vista.

Síndrome: Complejo de signos y síntomas resultantes de una causa común o que aparecen en combinación como expresión del cuadro clínico de una enfermedad o de una alteración hereditaria.

Sistema nervioso autónomo: Parte del SN que regula las funciones vitales involuntarias, incluyendo la actividad del miocardio, musculatura lisa y glándulas. Se puede dividir en Sistema Nervioso Simpático, que acelera la frecuencia cardiaca, produce vasoconstricción y aumenta la tensión arterial, y Sistema Nervioso Parasimpático, que disminuye la frecuencia cardiaca, aumenta la peristalsis intestinal y la actividad de las glándulas y relaja los esfínteres.

Sonda vesical: Instrumento utilizado para la extracción de la orina a través del meato urinario y la uretra. Se usa para aliviar la distensión, si no es posible la micción voluntaria, como preparación para la anestesia y durante la misma, si se necesita una muestra de orina vesical o para instilar medicamentos en la orina.

Telangiectasia: Dilatación permanente de grupos de capilares y vénulas superficiales. Las causas más frecuentes son: lesión por radiación, dermatosis atrófica, niveles elevados de estrógenos y enfermedades del colágeno.

Termorregulación: Control de la producción y la pérdida del calor; específicamente, manteniendo la temperatura corporal mediante mecanismos fisiológicos. El centro regulador de la temperatura se encuentra en el hipotálamo.

Tiempo de protrombina (TP): Prueba que sirve para detectar ciertos efectos en la coagulación debidos a deficiencia de los factores V, VII o X. la combina se forma a partir de la protrombina, en presencia de cantidades adecuadas de calcio, tromboplastina y factores titulares de coagulación esenciales; por tanto, si el tiempo de protrombina es mas largo de lo normal, es por que hay una deficiencia de alguno de estos factores, como ocurre en las enfermedades hepáticas en la deficiencia de la vitamina k y en los pacientes tratados con anticoagulantes cumarínicos.

Traumatismo: Lesión física producida por una acción violenta o por la introducción en el organismo de una sustancia toxica. Lesión o daño psíquico resultante de un grave shock emocional.

Tromboflebitis: Inflamación de una vena, acompañada a menudo de un trombo; suele deberse a traumatismo vascular, hipercoagulación sanguínea, infección, irritación química, estasis circulatoria y postoperatoria, posición de pie o sentado prolongada, inmovilidad o cateterismo intravenoso mantenido durante un largo periodo. Denominada también flebitis.

Trombosis: Situación vascular anormal en que se desarrolla un trombo en el interior de un vaso sanguíneo. La formación de coágulos dentro de los vasos sanguíneos. Tiene una tendencia particular a producirse en donde el flujo sanguíneo es lento, por ejemplo en las venas de los miembros inferiores, puesto que el flujo lento permite que los factores de coagulación activados se acumulan en vez de ser retirados. También se producen vasos como las arterias coronaria y cerebral, en sitios en donde la íntima está lesionada por placas aterosclerótidas.

Vasculitis: Trastorno inflamatorio de los vasos sanguíneos característico de ciertas enfermedades sistémicas y reacciones alérgicas. Entre las vasculitis destacan la vasculitis alérgica, la vasculitis hialinizante segmentada y la vasculitis necrotizante.

Vasogénico: Que se genera en los vasos.

VDRL: Prueba serológica de fluculación para el diagnóstico de sífilis, que es también positivo en otras enfermedades por treponemas como el pian. Puede dar resultados falsos positivos y negativos y de hecho, cualquier resultado positivo debe confirmarse por otra prueba más definitiva. Recibe su nombre de las iniciales del término Venereal Disease Research Laboratory test (Laboratorio de investigaciones de enfermedades venéreas).

Vértigo: Mareo o sensación de mareo objetivo o subjetivo. Es la sensación ilusoria (que no es real) de desplazamiento de los objetos en relación al cuerpo, también puede darse de sensación del cuerpo hacia los objetos pero es más raro. Suele ser de tipo rotatorio. Esto puede conducirle a la caída al suelo, y además se suele acompañar de acúfenos (ruido de oídos), de sensación de náuseas, incluso de vómitos, sudoración y sensación de angustia, en dependencia de la intensidad del vértigo.

11. BIBLIOGRAFÍA

CONESA, Hernández Juana. Historia de la Enfermería; McGraw Hill; Madrid España, 1999, 580 p.

FERNANDEZ, Ferrín Carmen. De la teoría a la práctica, El pensamiento de V. Henderson en el siglo XXI 2ª ed; MASSON; Barcelona España, 2000, 187 p.

POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería, Vol 1 5ª ed; Elsevier Science; Madrid España, 2002, 1748 p.

MARRINER, Ann. El Proceso Atención de Enfermería, Un enfoque científico 2ª ed; Manual Moderno, México, 1983, 325 p.

WOLFF, LuVerne. Biblioteca básica de Enfermería; Oxford University Press; Harla; México, 1998, 876 p.

KOZIER, Barbara. Fundamentos de Enfermería”, Conceptos, proceso y práctica, 7ª ed; McGrawHill; Madrid España, 2005, 1522 p.

MAURICE, Victor, Allan H. Romper. Principios de Neurología 7ª ed; McGrawHill; México, 2004, 1540 p.

GARCIA, González María de Jesús. El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson; Progreso; México, 1997, 320 p.

AMINOFF, Michael J. Neurología clínica 6ª ed; El Manual Moderno; México, 2005, 366 p.

LEWIS, Sharon Mantis. Enfermería Médico Quirúrgica, Valoración y Cuidados de Problemas Clínicos Vol II, 6ª ed; Elsevier; Madrid España, 2004, 1954 p.

WAXMAN, Stephen, G. Neuronatomía Clínica 13ª ed; Manual Moderno; Bogotá Colombia, 2003, 399 p.

ROSALES, Barrera Susana y Reyes Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería; Manual Moderno; México D.F, 1999, 556 p.

RAFFENSPERGER, Ellen Baily. Manual de la Enfermería; Océano/Centrum; Barcelona España, 1997, 1130 p.

KENNETH, N. Anderson. Diccionario de Medicina, Océano Mosby; Grupo Océano; Barcelona España, 2005, 1566 p.

RODRIGUEZ, S. Bertha A. Proceso Enfermero. Aplicación actual. Avances Científicos 2ª ed; Cuellar; México, 2006, 277 p.

TORTORA, Gerard J. Principios de Anatomía y Fisiología 7ª ed; Oxford, México, 2002, 1500 p.

Dr. Donald A. B Lindberg, Temas de salud, Cerebro y nervios, Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU y los Institutos Nacionales de la Salud, documento en línea: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish Recuperado el 12 de Noviembre y 17 de Diciembre 2006.

Ana Ma. Zabalza, Sonia Ruiperez, El cuerpo humano; Sistema Nervioso, Láminas para Imprimir, documento en línea: www.educared.net/.../sistema Recuperado el 25 de Diciembre del 2006.

Dr. Jaime Enrique Encinas Reza, Enfermedad Vascul ar Cerebral, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, documento en línea: <http://www.facmed.unam.mx/instneu/evc.htm> Recuperado el 8 Enero 2007

Ann Carter, Enfermedad Vascul ar cerebral y Trastornos Afines, Merck Sharp Manual Merck, documento en línea: <http://www.msd.com.mx/publicaciones/mmerck> Recuperado el 27 Diciembre 2007

Jimmy Wales y Larry Sanger, El sistema nervioso, Wikimedia Foundation. Inc; documento en línea: http://www.wikilearning.com/sistema_nervioso Recuperado el 7 de Febrero 2007

Pablo M. Ajler, Miguel A. Brocanelli, Guillermo S. Ajler, Enfermedad de Moya Moya reporte de un caso, Servicio de Neurocirugía, Hospital Naval "Dr. Pedro Mallo", Buenos Aires, Argentina, documento en línea: <http://www.rance.com.ar/pdf/2005> Recuperado el 20 de Junio 2007

Dres. Santiago Galicchio, Edgardo Maza, Dilemas éticos en pediatría, Enfermedad de Moya Moya, Revista Archarg Pediatric, documento en línea <http://www.sap.org.ar/otaticfiles/archivos> Recuperado el 20 de Junio 2007

12. ANEXOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA NECESIDADES HUMANAS *

Ficha de identificación:

Nombre del paciente: L.A.L Edad: 26 Peso: 67 Kg
Talla: 1.60 m aprox. _____
Fecha de nacimiento: _____
Sexo: femenino Ocupación: Estudiante
Escolaridad: Licenciatura Fecha de admisión: 6-04-07 Edo. Civil:
soltera
Procedencia: INR Fuente de información: Exp. Clínico,
familiar
Fiabilidad (1-4): 4 Miembro de la familia/persona significativa:
mamá de la paciente.
No de cama: 6 No. de registro: _____
Servicio: Urgencias

1.- Necesidad de oxigenación:

Subjetivo: (información que proporciona el paciente/familia)

Dificultad para respirar, debido a: disminución del estado de alerta + encefalopatía hipóxica isquémica.

Tos productiva/seca: _____ Caract. de las secreciones: moderadas, semiespesas, blanquecinas.

Fumador: no Tiempo: _____ Cantidad de cigarrillos: _____

¿De acuerdo al estado emocional varía la cantidad de cigarrillos? _____

Objetivo: (valoración que realiza el/la enfermera)

Presencia de :

Disnea: _____ Sin esfuerzo: _____ Con esfuerzo: _____

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

Hialinas: _____ Amarillo verdosa: _____ Hemoptisis: ---
_____ Otras: _____

FR: 18-21x' TA: 100/60

FC: 85x'

Dolor asociado a la inspiración o espiración:

*Realizado por la academia de Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano.

Tabaquismo positivo/negativo: ___ - _____ Síndrome de
 abstinencia: ___ -----
 Uso de O2 puntas nasales: ___ si _____ Mascarilla: ___ -----
 Ventilador: ___ no _____
 Presencia de cánula
 endotraqueal/traqueostomía: ___ no _____
 Coloración de piel, lechos ungueales y peribucal: _ligera
 palidez _____
 Palidez: ___ si _____ Cianosis: ___ no _____
 Rubicundez: ___ no _____ Otros: _____
 Llenado capilar: ___ 2seg _____

Resultados de laboratorio:

Gasometría:

pH: ___ -- ___ PCO2: ___ -- ___ Enzimas
 cardíacas: ___ -----
 PO2: _____
 HCO3: _____
 Déficit de base: ___ ----
 Sat. de O2: ___ 95-97% ocasiones <95% _por oxímetro. _____
 Fármacos específicos: ___ -- _____

2.- Necesidad de nutrición e hidratación:

Subjetivo:

Dieta habitual: _normal _____
 No. de comida. . _ayuno__
 Trastornos digestivos: ___ -----
 Intolerancia alimentaria/alergias: ___ -----
 Problemas de masticación y deglución: ___ si _____
 Aumento de peso: ___ no _____ Pérdida de peso: ___ no hasta el
 momento _____ Realiza ejercicio: ___ -----
 Uso de suplemento alimenticio: ___ -----
 Uso de fármacos: ___ no _____
 Ingestión de sustancias que reducen el apetito: _____
 Otros: _____

Objetivo:

Dieta indicada: _____ ayuno _____
 Coloración de piel: Ictérica: ___ no _____ Pálida: ___ no
 general _____ Grisácea: ___ no _____
 Estado de la piel: Turgente: ___ -- _____ Hidratada: ___ deficiente _____
 seca: ___ -- _____
 Estado de mucosas: Integras: ___ -- _____
 Hidratadas: ___ deficiente _____ Deshidratadas: _____
 Constitución: endomorfa: ___ si _____ ectomorfa: ___ -----

Características de cabello y uñas: cabello bien implantado uñas cóncavas rosadas c/ llenado capilar de 2 seg.

Aspectos de dientes y encías: Adoncia: no

Adantulia: no

Afecciones y manifestaciones de tuvo digestivo: no

Parámetro de PVC:

Otros: _____

Resultados de laboratorio:

Q.S: _____

Bilirrubina: _____

Pruebas de funcionamiento

hepático: _____

B.H: _____

Electrolitos séricos:

Cl: _____ Na: _____ K: _____

P: _____

Mg: _____ Proteínas: _____

Ca: _____ Enzimas séricas:

Transaminasas: _____

DLH: _____ Glucemia capilar: _____

Guayaco: _____ Otros: _____

Fármacos específicos: _____

3.- Necesidad de eliminación:

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces: semiformada café

Orina: normal Menstruación: -----

Antecedentes de afecciones renales, hemorrágicas u otras: -----

Uso de laxantes o sustancias que favorecen la orina: -----

Presencia de hemorroides: no

Dolor al evacuar: ---- Prurito: ----

Sangrado: no

Dolor al orinar: -----

Otros: _____

Objetivo:

Características del abdomen (ruidos intestinales): normales tiende a disminución _____ Estomas: no

Auscultación del abdomen: ruidos intestinales disminuidos. _____

Palpación percusión del abdomen: globoso, depresible.

Palpación de vejiga urinaria: _____ volumen urinario: ---

Características de la orina: color ámbar sin sedimentos

Características de las evacuaciones: ---

Presencia de edema: ___ si en Ms Ss + _____ Catéteres de drenaje: _sonda vesical _____

Resultados de laboratorio:

EGO: _____
Urea: _____
Creatinina: _____
BUN: _____
Osmolaridad sérica: _____
Coproparasitoscópico: _____
Coprocultivo: _____
Otros: _____
Fármacos
específicos: _____

4.- Necesidad de termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: ___ no adecuadamente _____
Temperatura ambiental que le es agradable: _____ -----

Objetivo:

Temperatura corporal: ___ 36.8 ___ ocasional de 36.5 _____ °C
Características de la piel: Fría: ___ si _____ Caliente: ___ -----
Húmeda: ___ -----
Transpiración: ___ si _____
Condiciones del entorno físico: ___ adecuadas _____
Otros: _____

Resultados de laboratorio:

Fórmula blanca: ___ - _____
Pruebas febriles: ___ -----
Urocultivo: _normal _____
Cultivo de secreciones: ___ -----
Hemocultivo: ___ -----
Otros: _____
Fármacos específicos: ___ -- _____

5.- Necesidad de moverse y mantener buena postura:

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana:
Funcionamiento neuro-muscular y esquelético: ___ Hemiparesia derecha, cirugía en cadera izquierda. _____
Ejercicio, tipo y frecuencia: ___ -----
Uso de prótesis y ortesis: ___ artroplastia de cadera izq. _____

Objetivo:

Nivel de conciencia: ___ Somnolienta _____

Estado del sistema neuromuscular y esquelético (Edo. del sistema nervioso)

Adinamia _____

Fuerza: __ -- _____

Tono: __ ninguno _____ Motricidad: __ MSI _____

Sensibilidad: __ disminuida _____ Postura: __ decúbito dorsal y lateral, semifowler. _____

Ayuda para la deambulación: __ ----- _____

Presencia de temblores: __ ----- _____

Como influyen la emociones en la movilidad y postura: -----

Resultados de laboratorio:

Otros: _____

Patrón de rehabilitación:

A específico de acuerdo al caso: __ ninguno _____

Fármacos específicos: _____

6.- Necesidad de descanso y sueño:

Subjetivo:

Horario de descanso: __ de 10 pm a 6 am _____ Horario de sueño: __ ----- _____

Siesta: __ - __ Alteración del sueño: __ si posiblemente por dolor de herida quirúrgica. _____

¿A que considera que se deba la alteración del sueño?: _____ dolor _____

¿Se siente cansado al levantarse? __ ----- _____

Objetivo:

Actitud: ansioso __ - _____ angustiado __ si _____
irritable: _____ -- _____

Ojeras: __ -- _____ Atención: _____ -- _____ Bostezos: __ si _____

Concentración: _____ --- _____ Apatía: _____ --- _____ Cefalea: _____

Respuesta a estímulos: _____ --- _____

Otros: _____

Fármacos específicos: _____ ----- _____

7.- Necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas:

Subjetivo:

Elige su vestuario en forma personal: _____ ----- _____

Necesita ayuda para vestirse y desvestirse: _____ si _____

Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos: _____ ----- _____

Utiliza pañal: __ si _____

Objetivo:

Acepta el uso de bata hospitalaria: __ si _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____ no puede realizarlas. _____

Otros: _____

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel:

Subjetivo:

Frecuencia de baño y aseo de

cavidades: __diarias_____

Cuántas veces se lava los dientes al día: __3v por día_____

Aseo de manos, antes y después de comer: _____

Después de eliminar: _____ Cada cuanto realiza corte de
uñas: _____

Tiene creencias personales que limiten sus hábitos higiénicos: _____

Objetivo:

Aspecto general con relación a su higiene: __dependiente para la necesidad de
higiene y vestido_____

Olor corporal: _____ Presencia de

halitosis: __poco_____

Higiene y características de las uñas: _____ adecuada_____

Estado del pelo y cuero cabelludo: _____ adecuado_____

Lesiones dérmicas: úlceras por decúbito: __no_____

Intervención quirúrgica: _____ si_____

Micosis: __no_____ Puntos de presión en salientes óseas:

talones __no_____

Zona de injerto: __no_____ Lesión por quemaduras

(espesor): __---_____

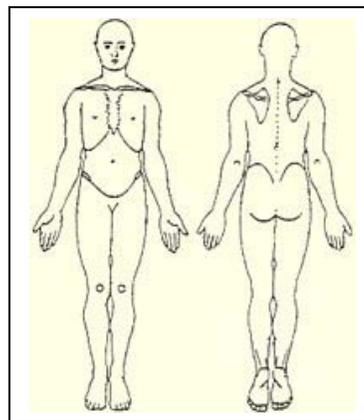
% S.C.Q. _____

Otros: _____

Anotar en el diagrama el sitio de ubicación de la lesión dérmica:

CLAVES:

- 1 Herida quirúrgica.
- 2 (tipo de incisión)
- 3 Úlcera por decúbito.
- 4 Bolsa de drenaje.
- 5 Quemadura.
- 6 Micosis
- 7 Injerto
- 8 Presión en salientes óseas



Fármacos específicos: _____

9.- Necesidad de evitar peligros:

Subjetivo:

¿Vive solo o con su familia? _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En caso de ser afirmativo, mencione cuáles:

Hogar: __--_____

Trabajo: __--_____

Vía pública: ___ -- _____

Hospital: _____ -- _____

¿Realiza controles periódicos de salud cada año? ___ -- _____

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en la vida diaria? Autoconcepto, autoimagen, autoestima: ___ -- _____

Mencione las causas que considera que le puedan provocar peligro: dificultad para:

Escuchar: _____ Hablar: ___ si _____ Ver: _____

Desplazarse: ___ si _____

Uso de aparatos ortopédicos: _____

Otros: _____

Objetivo:

Afecciones corporales detectadas y grado de afección: _____ ----- _____

Métodos invasivos: _____

Condiciones del ambiente de la unidad del paciente:

Iluminación: ___ adecuada _____

Ventilación: ___ adecuada _____ Humedad del piso: ___ --- _____

Higiene: ___ adecuada _____

Otros: _____

Fármacos específicos: _____

10.- Necesidad de comunicarse:

Subjetivo:

Estado civil: ___ soltera _____ Años de relación: ___ --- _____ Vive con: ___ ----- _____

Causas de preocupación / estrés: ___ ---- _____

¿Manifiesta estas preocupaciones? _____ ---- _____

¿A quién? _____ -- _____ Rol en la estructura familiar: _hija_

¿Comunica sus problemas debido a su afección o estado? _____ --- _____

¿Cuánto tiempo pasa solo? _____ ---- _____

¿Tiene contactos sociales en la actualidad? _____ --- _____

¿Con frecuencia? _____ --- _____

Objetivo:

Habla claro: ___ -- _____ Confuso: _____ -- _____

Dificultad en la visión: ___ --- _____

Dificultad en la audición: ___ --- _____ Comunicación verbal / no verbal: ___ -- _____

Con la familia: _____ Otras personas

significativas: _____

Otros: _____

11.- Necesidad de vivir según creencias y valores:

Subjetivo:

Creencias religiosas: __es católica__ ¿Sus creencias le generan conflictos personales? _no__ ¿De que tipo? ___ --- ___

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir? ___ --- _____

¿Qué creencias tiene acerca de la vida y de la muerte? ___ --- _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupo social, religioso) _____

¿Permite la exploración física? __si__ _____

¿Tiene algún objeto indicativo, de valores o creencias? _no perder la fe _____

¿Demanda la atención de algún guía

espiritual? _____ no _____

Otros: _____

12.- Necesidad de trabajar y realizarse:

Subjetivo:

Fuente de ingreso: (jubilado. pensionado, otro) _____ recién egresada de Licenciatura _____

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas? _____

¿Qué actividades le hace sentirse útil y satisfecho? _____

¿Cómo influye en su estado emocional, la incapacidad que presenta para trabajar? ___ --- _____

Objetivo:

Estado emocional del paciente: calmado: ___ ---

_____ ansioso: _____ si _____ enfadado: _____ -- _____

Retraído: ___ --- _____ temeroso: _____ --- _____ irritable: _____ ---

_____ inquieto: _ - _

Eufórico: ___ -- _____ otras -

manifestaciones: _____

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Cómo influyen los estados de estrés ante el juego y la recreación? _____

¿Participa en alguna actividad lúdica o recreativa? ___ --- _____

Objetivo:

Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades lúdicas o recreativas? _____

¿Rechaza las actividades recreativas? ___ --- _____

Se observan cambios en el estado de ánimo al realizar actividades lúdicas o recreativas: _-----_____

Otros: _____

14.- Necesidad de aprendizaje:

Subjetivo:

Grado académico: __licenciatura_____ Problemas de aprendizaje: __somnolienta_____

Limitación cognitiva: __ninguna discapacitante solo la presencia de somnolencia en resolución. _____

Tipo: _____ --- _____ Preferencias: leer: _____ --- _____

Escribir: _____ ¿Conoce / utiliza, las fuentes de apoyo de aprendizaje? _____

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud? _____ -----

Otros: _____

Objetivo:

¿Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje?

_____secuelas pos E.V.C tipo hipóxico, pero no comprometen mayormente su aprendizaje. _____

Estado de los órganos de los sentidos: _____ ---- _____

¿Cómo influye su estado emocional para el aprendizaje?

Ansiedad: _-- _____ Dolor: ___ -- _____

Apatía: _____ -- _____

Estado de la memoria: reciente: _____ -- _____

Remota: _____ -- _____

Otras: _____