



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ESTUDIO DE CASO:

“Intervenciones de Enfermería aplicado en una persona con un Hemangioma Témpero-Occipital derecho, basado en la teoría de Dorothea Orem.”

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
NEUROLÓGICA**

P R E S E N T A:

L.E.O. Ulises Ortiz Evaristo

Cédula Profesional:

5455460

A S E S O R:

M.R.N. Rocio Valdez Labastida.

México, D.F., 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTUDIO DE CASO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

“Intervenciones de Enfermería aplicado en una persona con un Hemangioma Témpero-Occipital
derecho, basado en la teoría de Dorothea Orem.”

Registro No.

ASESOR:

M.R.N. Rocío Valdez Labastida.

2010

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, mi hermana y mi familia que llenan de felicidad y amor mi vida.

A mi madre, por su amor, apoyo y amistad.

A mis amigos y amigas que creen en mí aunque yo haya dejado de creer en mí mismo.

A mis maestros que me levantaron el ánimo, la autoestima y las ganas de seguir luchando.

A mis pacientes, por su confianza, comprensión y generosidad.

Y a ti mujer que me hizo decir que "sí" cuando quería decir que "no", que me obligo a luchar por lo que quería –con razón- que era la razón de mi vida, que no renunció a mi compañía porque su amor por mí era mayor incluso que su amor propio, que me hizo viajar en busca de mi sueño. Y me enseñó a decir cosas del Tálamo, TE AMO.

"Basta con prestar atención; el aprendizaje siempre llega cuando estás preparado, y si estas atento a las señales aprenderás siempre todo lo necesario para dar el siguiente paso".

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	8
3.	FUNDAMENTACIÓN.	
	3.1 Antecedentes.....	9
4.	MARCO CONCEPTUAL.	
	4.1 Conceptualización de Enfermería.....	9
	4.2 Metaparadigmas.....	10
	4.3 Teorías de Enfermería.....	11
	4.4 Proceso de Enfermería.....	14
	4.5 Patología: Hemangioma Intracerebrales y Extracerebrales.....	19
5.	METODOLOGÍA.	
	5.1 Estrategias de Investigación en el Estudio de Caso.....	24
	5.2 Selección de caso y fuentes de información.....	25
	5.3 Consideraciones Éticas.....	25
6.	PRESENTACIÓN DEL CASO.	
	6.1 Descripción del caso.....	27
7.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.	29
	7.1 Valoración.....	
	7.1.1 Valoración focalizada.....	29
	7.1.2 Jerarquización de problemas.....	31
	7.2 Diagnósticos de Enfermería.....	33
	7.3 Problemas Interdependientes.....	38
	7.4 Planeación de los cuidados.....	39
	⊕ Objetivo de la persona.	
	⊕ Objetivo de Enfermería.	

- ⊕ Intervenciones de Enfermería.
- ⊕ Ejecución.
 - Registro de Intervenciones.
- ⊕ Evaluación.
 - De las respuestas humanas.

8	PLAN DE ALTA	58
9	CONCLUSIONES	61
10	COMENTARIOS	63
	 BIBLIOGRAFÍA	 64
	Anexo I	67
	Anexo II	68

1.- INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería especialista se considera como un sólido fortalecedor de conocimientos científicos y humanísticos; que con la educación especializada cuenta siempre con estrategias que encaminan acciones para cubrir objetivos precisos y reales.

La incorporación de los modelos de enfermería que constituyen el marco de interpretación para el criterio del profesional, que analiza y descubre respuestas humanas. Estos modelos ayudan a que se desarrolle un enfoque que refleja soluciones a quien lo necesita, además están fundamentados con teorías consolidadas en el aspecto del cuidado y la salud.

Este escrito está basado y respaldado en la teoría de Dorothea E. Orem, que en su teoría del "Déficit del autocuidado" forma un sistema organizado que es interactivo y al mismo tiempo ayuda a adquirir más habilidad, en los cuidados que se le pueden brindar a una persona.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí, que son: Teoría del autocuidado, Teoría del déficit del autocuidado y Teoría de los sistemas de enfermería.

En la teoría del autocuidado explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. En la teoría del déficit del autocuidado describe que los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente; y determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera(o). Por último en la teoría de los sistemas de enfermería determina la manera en que los enfermeros/ras pueden atender las necesidades de la persona utilizando el sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y el apoyo-educación.

Por lo tanto, con la preparación del profesional de enfermería especialista y con el modelo de enfermería de Dorothea E. Orem se realizó un Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.), con el cual se practicó el método científico en la práctica asistencial, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática a una persona con un Hemangioma Témpero-Occipital derecho.

La metodología que se utilizó fue basada en las consideraciones éticas universales y de enfermería, agregando un consentimiento informado, la entrevista subjetiva y objetiva de la persona y los familiares, expediente clínico, visita de enfermería, comportamiento de la persona dentro de su hospitalización, comportamiento del tratamiento y hacia dónde se dirige.

Con este P.A.E. se obtuvieron aspectos que deben tenerse en cuenta en la educación de la persona y su familia, agrupándolos por medio de una nemotecnia que, a la vez facilita su memorización, haciendo énfasis en la prevención, diagnósticos y tratamientos oportunos que se reflejan en un cuidado integral.

Finalmente con este estudio de caso se amplía el panorama del P.A.E., ya que este, constituye una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del personal de enfermería, mediante esta metodología de trabajo con pasos relacionados, el profesional interactúa con la persona para

conseguir los datos necesarios y la formulación de diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacer a la persona. Además para la aplicación de este proceso es necesario mantener un elevado grado de interacción con la persona y con el familiar del mismo, como fue el caso de este estudio.

Por último, el profesional de enfermería especializada debe de tener en cuenta que el conocimiento no solo se basa en cuidado físico si no también en el cuidado del alma, para reintegrarlo a su esfera psicobiosocial.

2.- OBJETIVO GENERAL

Desarrollar intervenciones de enfermería especializados, encaminadas para el bienestar y maximizar el logro de la salud del Sr. Moisés, reincorporándolo a sus actividades de la vida diaria en el aspecto emocional, social y cultural.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar los conocimientos fundamentales y adquiridos durante la formación, más este nuevo conocimiento de especialista que envuelve el dar cuidados especializados de enfermería neurológica.
- Reconocer y aplicar cuidados en la persona con daños neurológicos, para minimizar las secuelas y así reintegrarse a las actividades de la vida diaria.
- Realizar un plan de cuidados descubriendo prioridades en la atención y estableciendo así actividades encaminadas a resolver los problemas de salud de la persona en su estancia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez y mejorando su calidad de vida.
- Identificar los requisitos, el grado de Independencia y ubicarla a que sistema pertenece de acuerdo con el sistema de Dorotea Orem:
- Abordar la aplicación de la metodología de Enfermería, con el estudio de caso.

3.- FUNDAMENTACIÓN

3.1 ANTECEDENTES:

Durante la nueva historia de enfermería y el impulso de la creación de las especialidades en las diferentes áreas, se ha caracterizado al profesional de enfermería especialista como un sólido fortalecedor de conocimientos científicos, humanístico y técnicas encaminadas con el objetivo del cuidado de la salud, propia y de las personas; desarrollando óptimos resultados en la cultura mexicana.

La educación especializada siempre será una estrategia que encamine acciones para cubrir objetivos precisos y reales. En el estudio de caso que aquí se presenta, contiene herramientas de conocimiento, aprendizaje dirigido a la aplicación de cuidados de enfermería especializados; ayuda en gran medida a la salud de la persona con afección neurológica y que son plasmados fundamentalmente en la investigación del mismo trabajo. La disciplina es más que el cuidado mismo y tienes otros intereses de administración, docencia, investigación, innovación o adquirir habilidades en diferentes áreas dentro y fuera de su propia existencia; es por eso que estas pautas, han logrado consolidar el liderazgo de la profesión de enfermería.¹

4.- MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.

La enfermería se ha definido desde hace mucho tiempo como una ciencia y arte, que desarrolla técnicas para la realización de métodos requeridos que proporcionar cuidados a la persona y que a su vez estos ayudaran a tener alivio en su dolor físico, de angustia mental y también de tratados espirituales.

La historia de la enfermería ha transcurrido y desarrollado, conceptos idóneos incluso uno mismo tiene su propio concepto de acuerdo a su sociabilización con la profesión, el crecimiento y reconocimiento de propios y de otras profesiones que ha tenido en los últimos años, han puesto que la profesión se integre a un campo dinámico científico, conocimiento que se ha expandido con definiciones y puesta en ejes llamados conceptualización de salud.

La incorporación de las teorías que han fundamentado más el labor de la enfermería, y que están encaminadas al cuidado, esto da como resultado que el arte está sustentado, en su ciencia, disciplina, en la suma de sus partes, y esto compone su identificación, existencia y su mundo, ya que el panorama en un futuro encamina, la captación de fenómenos de grandes pensadores para el mejoramiento de la vida. Entendiendo lo biológico, social, cultural, la nueva salud y las nuevas enfermedades.

¹ Informe ENEO-UNAM, 1998, México, p 31.

4.2 METAPARADIGMA.

La historia de la enfermería parte del cuidado, lo que la hace experta en su medio, en este caso enfoca, describe y descubre la disciplina su objetivo del desarrollo de su conocimiento e indagar y remodelar nuevas opciones de aplicación.

En este sentido desplegamos el metaparadigma en un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para la disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Nombra persona, entorno, cuidados enfermeros y salud de una forma general. Pueden aparecer más fenómenos con el paso del tiempo.

“La razón de ser” la sustentación de su principio, interacciones y concreta definiciones de objetos de estudio: son las ideas que se han realizado, valores y modelos de esta profesión.

PERSONA:

Se define como un todo formado con la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, empieza y termina en un punto fijo sin contacto con ninguna otra parte.

Es el ser humano que piensa siente y actúa que parte relativamente estable y predecible del pensamiento y conducta. Es un todo integral que funciona biológicamente y socialmente, es una unidad que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de llevar acabo el autocuidado.²

ENTORNO:

Representa el conjunto de factores externos e internos que influyen sobre la decisión de las personas de emprender los autocuidados o sobre la capacidad de ejercerlos, es también una parte integrante de la persona” (Kèrouac 1996).

Son variables que influyen en el estado de salud de una persona sobre sus creencias, conductas y sus prácticas de salud. Está constituido por diversos contextos dimensión cultural, lugares físicos y geográficos, el nivel de vida, las redes de apoyo, familiares y comunidades, la raza, el sexo, la edad, etc.³

SALUD:

La salud se define como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico, físico y social del ser humano, es un estado relativo en el cual es uno capaz de ejercer en forma normal todas sus funciones.

² García González María De Jesús, El proceso De Enfermería, p13. 2000.

³ García González Mari de Jesús. El Proceso De Enfermería p. 14-15. 2000

“Salud es un estado completo de bienestar, físico, psíquico y no solo la ausencia de la enfermedad social y espiritual” (ONU, 1948).

El nivel de salud no es un estado absoluto, sino un proceso dinámico y continuo de la adaptación del individuo al entorno físico y social que lo rodea para mantener el bienestar, es un modo de vida a través del cual las personas desarrollan todas sus capacidades y potencialidades físicas, mentales y sociales con el fin de conseguir armonía y bienestar. ⁴

ENFERMERÍA:

“La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales” (American Nurses Association).

“Ayudar al individuo enfermo o sano a realizar todas aquellas actividades que contribuyen a la salud, a la recuperación, o a una muerte en paz que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese fuerza de voluntad y los conocimientos necesarios”. (Virginia Henderson).

“En una preocupación especial por las necesidades del individuo, pasa las actividades del autocuidado su prestación y tratamiento de forma continua para mantener la vida y la salud y recuperarse de las enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos” (Dorotea Orem).

La partidaria del cuidado, promotora y que sociabiliza con la gente y comunidad, son las características incomparables del entusiasmo que proporciona cuidados enfermeros.

En una pequeña dimensión se puede agrupar el metaparadigma como conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

4.3.- TEORÍA DE ENFERMERÍA:

Los modelos de enfermería constituyen el marco de interpretación para el criterio del profesional, que analiza y descubre respuestas humanas, estos modelos desarrollan un enfoque que refleje soluciones a quien lo necesita, están fundamentados con teorías consolidadas en el aspecto del cuidado y la salud.

Los modelos conceptuales puntualizan, apartados éticos, morales, filosóficos y creencias, según el pensador, las circunstancias externas reflejan la manipulación y la manera de plasmarlos en los escritos en la profesión de enfermería.

Las creencias, la filosofía, la ética, los valores y conocimiento científico, proveen de modelos, y estos a su vez han creado marcos de referencia, que sustenten sobre la práctica de enfermería.

Las teorías de Enfermería, será y son la identidad inédita y la bases de fundamentación sobre, su

⁴ Ibidem p, 241.

quehacer humanístico, solo a través del tiempo ha sufrido transformaciones y cambiando algunos conceptos, pero siempre dirigidas hacia el cumplimiento del bienestar humano.

Se puede explicar que cada definición de las escuelas de pensamiento enfermero era así, por circunstancias, vividas de las pensadoras. Mismas que ellas precedían y desarrollaban, buscando nuevos enfoques que enriquecieran la manera de trabajar y así ser más precisas en el logro de los objetivos.

Este escrito está basado y respaldado en la teoría de Dorothea E. Orem, en su teoría del Déficit del autocuidado” una forma sistémica, organizada, interactiva, poco utilizada y al mismo tiempo adquiriendo mas habilidad, en los cuidados que se le pueden brindar a una persona.

Dorothea E. Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí, que son:

Teoría del autocuidado

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal : son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire , agua , eliminación , actividad y descanso , soledad e interacción social , prevención de riesgos e interacción de la actividad humana
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.
 1. Asistencia médica segura cuando esté expuesto a Patología.
 2. Atención a los resultados de los estados Patológicos.
 3. Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la Patología.
 4. Atención a los efectos molestos de la terapia médica.
 5. Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario.

6. Aprender a vivir con la Patología.⁵

Teoría del déficit de autocuidado

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermeros

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando 3 tipos de sistemas:

- ✓ Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sufre al individuo.
- ✓ Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- ✓ Sistemas de enfermería de apoyo-educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Los Requisitos del autocuidado universales son:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Mantenimiento del proceso de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio y reposos.
6. Mantenimiento de un equilibrio entre la sociedad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Son los objetivos pretendidos alcanzar, mediante una estrategia estructural de cuidado o autocuidado, sobre la integridad humana de la persona que puede cursar diversas situaciones patológicas, sociales, emocionales, espirituales y físicas, ya que la integridad humana y estos requisitos son unánimes y no se pueden separar; además estos son esenciales para el individuo y para lograr la meta de su autocuidado.

⁵ Portal NurSite Ver tema - Dorotea Orem,2009.

La enfermera actúa cuando el individuo por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia la persona, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

La descripción de la Teoría junto con el Proceso de Atención Enfermería, hacen una buena combinación en cuanto a la recopilación de datos, ya que estos son muy importantes, hacen a la enfermera junto con la disciplina un dinamismo profesional e interacción con la persona.

Esta combinación ayuda a dar conclusiones y a detectar riesgos y peligros, mediante la capacidad de hacer diagnósticos y tratamientos a estas respuestas humanas.

4.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La aplicación (P.A.E) es un método científico en la práctica asistencial, este método permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. La evolución de enfermería desde sus orígenes el cual está lleno de desafíos y oportunidades, es donde la actividad de enfermería al desarrollarse los sistemas de salud busca conocimientos, técnicas y prácticas para llevar a cabo su labor con el pasar de los años y la transformación, se trata de enfoque deliberativos para la resolución de problemas que exigen habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del paciente o del sistema familiar.

El dinamismo y la acción que propone Orem en su modelo, es traducir las herramientas utilizadas en fortalezas que energéticamente, plantean operaciones teórico práctico, que vanguardan la interacción humanística.

El Proceso de enfermería ha evolucionado a través de las décadas y se ha notado que el profesional de enfermería se ha preocupado por el estudio, comprensión y aplicación de modelos conceptuales lo cual ha sido un avance importante para la aplicación del Proceso de Enfermería.

Cinco pasos con la naturaleza compatible de la profesión Llall (1995) lo describió por primera vez como un proceso distinto; Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiendenbach (1963) desarrollaron un proceso distinto de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual.

En 1967 Yura y Walsh fueron los primeros autores del texto que describían un proceso de cuatro fases valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años setentas, Bloch

(1974), Roy (1975, Mundingetr y Juaron (1975), Aspinall añadieron la fase diagnóstica dando un proceso de cinco fases.⁶

Todo método de proceso atención de enfermería es un númerico de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, se estudia por separado pero en la puesta a la práctica se superponen.

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- ❖ Valoración.
- ❖ Diagnóstico.
- ❖ Planeación.
- ❖ Ejecución.
- ❖ Evaluación.

Valoración:

Es la primera etapa del proceso de enfermería dado que las decisiones y las actividades de enfermería se basan en la información reunida. Durante esta fase reúne la información para determinar el grado de salud del paciente, en esta etapa de vital importancia la recogida de datos la cual incluye las siguientes actividades:

- Obtención.
- Validación.
- Organización de datos.
- Identificación de modelos.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y las limitaciones de las personas a ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud, ignorara cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Criterios de valoración por patrones funcionales de salud:

*Esta etapa cuenta con una valoración inicial donde debemos buscar:*⁷

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores tomaremos en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecidos.

⁶ Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería.2003, Filadelfia.

⁷ García González María de Jesús, El proceso de enfermería p 22-23.2000.

- Obtención de nuevos datos que nos confirmen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología). Y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas y relaciones interprofesionales.
- Convicción (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Un dato es una información concreta, que se obtiene de la persona, referido a su estado de salud o las respuestas en consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias, en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice, lo que la persona siente o percibe. Solamente el afectado lo describe o lo verifica. (Sentimiento).
- Datos objetivos: se pueden medir con cualquier escala o instrumento (cifras tensionales, frecuencia cardíaca, etc.)
- Datos históricos (antecedentes): son aquéllos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). nos ayuda a referenciar hechos pasados.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para la obtención de datos:

- ❖ Entrevista clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.⁸

- ❖ La Observación:

El primer encuentro con la persona, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-persona.⁹

⁸ Ibidem p 44.

⁹ García González María De Jesús, El proceso de Enfermería p 44.2000.

❖ La Exploración Física:

La exploración física se centra en: determinar la profundidad de la respuesta de la persona en el proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquier método que se utilice.¹⁰

Diagnóstico

Se trata de una fase de enorme importancia, pues es en ella donde se utilizan los datos para identificar los diagnósticos y problemas de enfermería que constituyen la base del plan e cuidados. Es necesario identificar los problemas antes de planificar los cuidados de enfermería (Alfaro 2003).

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.¹¹

“El diagnóstico de enfermería no es un juicio clínico sobre las respuestas el individuo, familia o comunidad a los problemas potenciales de la salud. Los diagnósticos de enfermería aportan bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable”. (NANDA, 1990).

El diagnóstico de enfermería se basa en necesidades y problemas, es individualizado u específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad de la persona, descubre los efectos de los síntomas u estados patológicos sobre las actividades de las personas y su forma de vida, su redacción puede ser descriptiva, predicativa o explicativa.¹²

Planificación

En esta etapa se desarrolla el plan de intervención de enfermería en donde se determina prioridades y se establece objetivos incluirá también las actividades del paciente y su familia para lograr los objetivos que se han establecido.¹³

Esta etapa del proceso atención enfermería está encaminada a planificar las estrategias para prevenir y minimizar o corregir los problemas identificados durante la valoración y el diagnóstico, la planeación incluye las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades.
- Identificación de objetivos.

¹⁰ www.altavista.com.mx.

¹¹ García González María De Jesús, El proceso de enfermería. P 31.2000

¹² Rosales Barrera Ob Cit, p 20. 2004

¹³ Ibidem. Pag. 37

❖ *Plan de cuidados de enfermería:*¹⁴

Son todas aquellas acciones de enfermería en las que se propondrá fomentar el bienestar físico, psicológico o espiritual en el individuo y así prevenir posibles complicaciones, incluyen las actividades de educación para el paciente y su familia, además de ser un instrumento de comunicación y unificación de las intervenciones del equipo de salud, ya que en él se planean problemas, objetivos, oraciones y repuestas, y por lo tanto es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

La cooperación de la propia persona en la realización del plan de atención, ya que es importante para la estipulación de prioridades o como la determinación de los cuidados oportunos al igual que el de los familiares, ya que pueden colaborar de una manera activa y eficaz se hace partícipe del plan de actuaciones.

Ejecución

Es la aplicación real del plan de atención de enfermería elaborado previamente y cuya meta es conducir al paciente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En esta etapa la relación enfermera-paciente adquiere su máxima significación ya que tiene la responsabilidad de enseñar a la persona la información y habilidad que necesita saber para ejecutar el plan de atención.

Existen diferentes situaciones en el que la persona y la familia pueden intervenir en el cuidado, aun en un primer tiempo los cuidados quedan exclusivamente en manos del personal de enfermería (dependiente), y a medida de que la evolución vaya siendo positiva la persona ira adquiriendo capacidad para satisfacer sus necesidades (independiente).¹⁵

Evaluación

En la cuarta y última fase se concluye el proceso atención de enfermería, es en esta fase donde se determina hasta que punto alcanzaron los objetivos y los resultados de las intervenciones del plan de atención, fueron si negativos o positivos. Además debe tomarse en consideración las reacciones de las personas o los cuidados y su grado de satisfacción.

La evaluación tiene como propósito:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar sus metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

¹⁴ Alfaro Lerverve; Rosalinda Ob. Cit p 61.2003

¹⁵ Ibidem, p 43-44.

4.5 HEMANGIOMA INTRACEREBRALES Y EXTRACEREBRALES

Un **hemangioma** es una neoplasia, generalmente benigna, de los vasos sanguíneos, caracterizada por la aparición de un gran número de vasos normales y anormales. Generalmente son localizados, pero pueden extenderse a grandes segmentos del cuerpo, denominados *angiomatosis*.

TIPOS

- **Hemangioma capilar:** Denominado también nevus o marca de fresa por su aspecto similar a este fruto. Es de tipo benigno y está compuesto de capilares, siendo de aparición típica durante la infancia (en los primeros meses de vida). Crece durante el primer año de vida hasta estabilizarse y, en muchos casos, involucionar. Hacia los nueve años de edad el 90% han sufrido una involución completa, desapareciendo.
- **Hemangioma cavernoso:** Aparece durante la infancia, pero a diferencia del anterior tiende a persistir. Infiltra capas más profundas y es más abigarrado, con más componente sanguíneo y un aspecto nodular, aunque también es de naturaleza benigna. Es difícil realizar una biopsia dado este gran componente sanguíneo.

HISTOLOGÍA:

Microscópicamente se observa proliferación de canales dilatados de pared gruesa que parecen cavernas, llenas de sangre, de 1 a 2 cm de diámetro, a estos se le llama hemangiomas cavernosos.

Si en la histología se observa una proliferación de canales vasculares de pared fina que parecen capilares, pocos o no elevados, entonces se denomina hemangioma capilar, más frecuentes que los hemangiomas cavernosos. No es necesario encontrar malformaciones o hamartomas.

Los angiomas craneales pueden dividirse en: extracraneales, craneales e intracraneales. Los angiomas extracraneales son los angiomas cutáneos y subcutáneos corrientes. Los angiomas craneales son angiomas óseos desarrollados en alguno de los huesos del cráneo. Los angiomas intracraneales ofrecen las características propias de los tumores angiomatosos del sistema nervioso. Además de estas variedades existen otro tipo llamado angioma comunicante o Sinus pericranii, caracterizados por la existencia de un tumor extracarenal comunicante transoseamente con la circulación intracraneal, por regla general el seno venoso longitudinal superior.

El angioma comunicante es con gran frecuencia congénito y manifiesto desde el nacimiento. En otros casos se desarrolla después de un traumatismo y finalmente, en otros, aparece espontáneamente en un niño o en un adulto carente de lesión angiomatosa o traumatismo previo.

Bajo el punto de vista patogénico tiende a admitirse la teoría de LANNELONGUE que admite como lesión inicial la existencia de un angioma desarrollado sobre la circulación superficial en la época embrionaria o fetal antes del estado de osificación. En este momento las circulaciones periféricas y centrales comunican ampliamente. Las venas emisarias procedentes del angioma se dilatan de modo progresivo y condicionan ulteriormente trastornos de osificación observados principalmente sobre los parietales, cuando la pared craneana se constituye.

Anatomopatológicamente cabe distinguir en este tipo de angiomas tres partes: el tumor extracraneal, los senos venosos cerebrales de preferencia el seno longitudinal superior y las venas que siguiendo un trayecto transoseo ponen en comunicación uno y otro elemento.

El angioma extracraneal forma una bolsa simple o tabicada de situación subaponeurotica. La localización frontal media es la más frecuente, en ocasiones es occipital y rara vez lateral.

La comunicación transosea suele verificarse a través de varias venas dilatadas que penetrando en el hueso frontal ponen en comunicación el tumor extracraneal con los senos venosos. En ocasiones la comunicación se establece a través de una fontanela.

La sintomatología del angioma comunicante extracraneal es típica y su diagnóstico siempre fácil. Se trata de un tumor líquido, sensible a las variaciones de la presión intracraneana como los meningoceles, de los cuales se distingue fácilmente porque, mientras estos últimos son translúcidos, el contenido sanguíneo de los primeros los vuelve opacos a la transluminación. En último término la punción exploradora aclara el diagnóstico.

El tumor es redondeado u ovalado, bilobulado o reniforme. Su volumen oscila entre el tamaño de una almendra y el de una mandarina. La piel que lo recubre puede ser normal o presentar aspecto nervioso.

Su situación es típica. Aparece en la línea media desde la frente hacia el occipucio siguiendo el trayecto del seno longitudinal superior. Disminuyendo su frecuencia de delante hacia atrás. Rara vez es lateral. Los frontales son los más frecuentes y pueden extenderse desde la raíz hasta muy por debajo del cabello.

El tumor es fluctuante. La tensión de su contenido varía con la posición de la cabeza, los esfuerzos y las compresiones vasculares. En posición vertical la tumoración puede desaparecer completamente.

El tumor es fácil reducible. Esta reductibilidad es fácil y total. Permite el examen del esqueleto subyacente, apreciando que el tumor se apoya sobre una depresión más o menos redondeada limitada por un reborde ligeramente saliente. En otros casos, en lugar de esta depresión se observa que en lugar de la lisura ósea aparecen pequeños relieves y depresiones que convierten en irregular la superficie del hueso. La reducción del tumor provoca a veces trastornos cerebrales.

El tumor es indoloro. Muy rara vez pulsátil. Esta pulsatilidad, si existe, es más visible que palpable. Con mayor frecuencia la masa líquida se halla animada de movimientos sincrónicos con los respiratorios, no hay soplos no (thrill). Los vasos que rodean el tumor no toman aspectos cirsoide. La compresión circular de la piel del cráneo no modifica su tamaño ni impide su vaciamiento. La compresión de las carótidas no modifica el volumen del tumor, en cambio, este aumenta si se comprimen las yugulares.

Los enfermos portadores de angiomas comunicante craneal no presentan ningún trastorno funcional, o bien, se quejan de cefalalgias, vértigo, trastornos auriculares, etc. En muchos casos estos trastornos solo aparecen cuando la tumoración se reduce bruscamente.

El tratamiento puede conducirse de forma distinta según el tamaño y la edad del enfermo. En los niños muy pequeños, con tumores de escaso volumen, la radioterapia puede ser eficaz. En los adultos con grandes tumoraciones la única terapéutica es la extirpación. Esta operación solo tiene un tiempo difícil que es el bloqueo de las venas comunicantes transosseas. En rara ocasiones puede ligarse. Con gran frecuencia hay que recurrir al taponamiento con cera. En otros casos, a la electrocoagulación y al recubrimiento con periostio vecino desprendido.

ETIOLOGÍA

No se conoce una causa específica que produzca esta lesión. La literatura reporta que se debe a un defecto en el desarrollo de los vasos sanguíneos.

En reportes realizados por Shea y col; Qu y col,¹⁶ describen la presencia de un polipéptido angiogénico y mitogénico, localizado en la mayoría de los mastocitos de la piel, mucosas, pulmones, en muestra de tejidos con fibrosis, hiperplasias y neurovascularización, donde ellos aportan que los mastocitos pueden ser la causa de la liberación del polipeptido para contribuir a la formación de esas condiciones patológicas. También se reporta que además de la presencia de este factor, existe otro como la interleukina 8 causante del origen y del desarrollo de los hemangiomas y posiblemente guarde relación con la agresividad de alguno de estos tumores.¹⁷

EPIDEMIOLOGÍA

La mayor parte de los casos están presentes en el nacimiento o surgen entre la primera y la cuarta semana en un 83% y alrededor de un año de edad aparecen de un 10 a un 12% de infantes

En cuanto a la etnia la mayor incidencia se presenta en la raza blanca en un 10 a 12 %. En cuanto al sexo el más afectado es el femenino en una relación 2:1.

La localización más frecuente de los hemangiomas es a nivel de la región de cabeza y cuello con un 60%, seguido por el tórax con un 25% y un 15% en las extremidades. A nivel de la cavidad bucal la mayor frecuencia se encuentra en la mucosa de los labios, lengua, mucosa vestibular y de los carrillos; y en menor proporción de aparición en las zonas de las encías, piso de boca, huesos maxilares y piso de la órbita.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los hemangiomas no suelen estar presentes al nacimiento, sino que van apareciendo a lo largo de las primeras semanas de vida y tienen una proliferación celular endotelial en los primeros meses de vida, para seguirse posteriormente de un proceso involutivo caracterizado por disminución de la hiperplasia de la pared arterial y presencia de una fibrosis progresiva.

¹⁶ SHEA, C. R; PIETRO, V.G (1994). Mast cells in angiolipomas and hemangiomas of human skin: are their important for angiogenesis. *Jr. Cutan Pathol*, Jun, 21 (3): 247 - 51

¹⁷ QU, Z; LIEBLER, J.M; POWERS, M.R. (1995). Mast of cells a mayor source of basic fibroblasst growth factor in chronic inflammation and cutaneous hemangioma. *Am. Jr. Pathol. Sep*, 147 (3): 564-73

El aspecto clínico de los hemangiomas es bastante variable, pueden presentarse como pequeñas lesiones superficiales o extensas provocando deformaciones en las estructuras involucradas, se pueden presentar a cualquier edad, incluso al momento del nacimiento o pocos después, pudiendo tener un crecimiento activo durante semanas o meses, la gran mayoría se detienen e involucionan hasta desaparecer otras progresan hasta la pubertad, adquiriendo tamaños considerables. Hay un número importante de lesiones que se comportan tempranamente en forma agresiva.¹⁸

Los hemangiomas de la cavidad oral suelen ser elevados, a menudo multinodulares, y nítidamente rojizos, azules o amarillos. Generalmente afectan a niños, sin predilección por ningún sexo. La compresión de la lesión con un portaobjeto de cristal producirá generalmente su blanqueamiento, al exprimirse los eritrocitos fuera de los canales vasculares. Los hemangiomas pueden aparecer en cualquier parte de la mucosa bucal pero son más frecuentes en la lengua.

El tamaño de las áreas involucradas varía y generalmente depende de su localización. En la mejilla y labio, el hemangioma aparece habitualmente, como una vesícula pequeña de color púrpura, mientras que en la lengua la lesión es más grande y más proyectada hacia delante. El paladar y la encía están implicados con frecuencia. La masa es indolora, blanda y fácilmente comprimible. Las lesiones son unilaterales.

Los hemangiomas óseos o centrales son tumores raros de encontrar en los maxilares. En la cabeza y el cuello pueden existir malformaciones arteriovenosas, capaces de afectar tanto a partes blandas como duras. Las malformaciones arteriovenosas mandibulares centrales son más frecuentes en mujeres y suelen detectarse en la infancia. Estas raras lesiones expanden lentamente la mandíbula y son indoloras. La aspiración con una aguja de calibre grueso obtendrá sangre abundante y a menudo la jeringa se rellena espontáneamente sin manipular el embolo.

El síndrome de sturge- weber o angiomatosis encéfalo trigémino, es un trastorno que incluye malformaciones vasculares; en este síndrome, las malformaciones venosas afectan las leptomeninges de la corteza cerebral, casi siempre con malformaciones vasculares similares a la cara. La lesión facial del síndrome, se conoce como mancha roja oscura o hemangioma capilar y abarca la piel inervada por una o más ramas del nervio trigémino. Puede ocurrir aislada, sin que se presenten las otras características. El defecto vascular puede extenderse hacia la cavidad bucal e incluir la mucosa vestibular y la encía¹⁹. Los defectos neurológicos en ocasiones incluyen: retraso mental, hemiparesia y convulsiones.

HEMANGIOMA Y MALFORMACIONES VASCULARES

Los hemangiomas son tumores pediátricos comunes que crecen por proliferación celular. Históricamente se han recibido diferentes nombres, según su aspecto clínico. Los hemangiomas capilares y los hemangiomas en fresa son lesiones con biología similar. Los hemangiomas cavernosos son los que ocurren en lo profundo del tejido subcutáneo o músculo y en consecuencia parecen más oscuros o de color azul en la superficie de la piel.

Los hemangiomas suelen presentarse en el primer transcurso del primer mes de vida y, de manera

¹⁸ TIECKE; STUVEVILLE; CALANDRA. (1960). Fisiopatología bucal. Editorial Interamericana. S.A. pp 189.

¹⁹ PUIG B, R. A. (1996). Hemangiomas de la cavidad bucal. Acta odontológica. Año IV. N° 2 y 3 pp. 241-49

típica, pasan por un periodo de proliferación que dura de 6 a 18 meses. A continuación empiezan a involucionar y este proceso dura varios años, la mayor parte de los hemangiomas no requieren tratamiento incluso las lesiones grandes de la cara suelen resolverse con secuelas mínimas o no cosméticas. Está indicado tratar las que obstruyen el eje visual, las vías respiratorias o los conductos auditivos externos en ambos lados. Con menor frecuencia, los hemangiomas se acompañan de hemorragias o consumo de plaquetas (síndrome de Kasabach-Merritt) que también debe tratarse. Las modalidades terapéuticas incluyen esteroides sistémicos o intralesionales. Informes recientes también indican que el interferón alfa puede ser eficaz en hemangiomas de expansión rápida. El tratamiento consiste en extirpar por medios quirúrgicos los tumores pequeños en áreas en que la cicatriz no implica un problema cosmético.

Las malformaciones vasculares son estructuras vasculares que se forman durante la embriogénesis. Estas lesiones no son neoplasias ni presentan proliferación celular rápida de los hemangiomas. Las malformaciones vasculares pueden ser de naturaleza capilar, venosa o linfática. Con frecuencia se encuentra diferente combinación de estos componentes. Las malformaciones vasculares también pueden presentarse como conexiones anormales como arterias y venas que se conocen como malformaciones arteriovenosas y pueden ser lesiones de flujo alto como soplos o frémitos; es posible que obstruya viseras cervicales o cause hemorragias masivas durante maniobras dentales si se presentan en la cabeza y cuello. El tratamiento consiste en embolización arterial bajo control radiográfico seguida de extirpación quirúrgica cuando es posible. Estas lesiones pueden ser extensas y morbilidad y mortalidad en correspondencia alta.

Las malformaciones capilares intradérmicas también se conocen como manchas en vino Oporto. Se presentan al nacer y no se resuelven con la edad. En frecuencia se presentan en áreas inervadas por el Trigémino. Las lesiones pequeñas pueden extirparse directamente. Las intradérmicas mayores suelen beneficiarse con láser.

Las malformaciones linfáticas se presentan a veces con cierta componente de malformaciones venosa. Es común que ocurran en cuello y parte superior del tórax. El higroma quístico es una malformación linfática que suele encontrarse en el cuello con grandes cavidades quísticas y conexiones venosas anormales. Las malformaciones linfáticas suelen tratarse con una excisión quirúrgica directa. Las indicaciones para el tratamiento incluyen infección recurrente y obstrucción de vías respiratorias. Como es común que invadan extensamente estructuras tales como el cuello, con frecuencia no es posible disminuir su volumen durante la operación. En algunos centros se ha observado la involución de higromas quísticos²⁰.

²⁰ Cirugía Plástica reconstructiva, pp. 2265." Principios de cirugía" Schwartz.

5.- METODOLOGÍA

5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN EN EL ESTUDIO DE CASO

Las estrategias implementadas en la investigación del estudio de caso, son diversas. las cuales constan de:

- Recopilación bibliográfica y de páginas web.
- La entrevista subjetiva y objetiva de la persona y los familiares.
- Expediente clínico.
- Comportamiento de la persona dentro de su hospitalización.
- Comportamiento del tratamiento y hacia dónde se dirige.
- Visita.

No obstante, los estudios de casos se han considerado tradicionalmente como un método de investigación débil y carente de precisión, objetividad y rigor, aunque parece que existe un punto de inflexión en esta concepción, de forma que cada vez más se considera como una valiosa herramienta de investigación.

Dedicaremos las siguientes líneas a destacar las causas que han sustentado este cambio fundamental de tendencia.

Así, en primer lugar, debemos enfatizar la creciente complejidad de los fenómenos organizativos, lo que requiere de una investigación de carácter exploratorio y comprensivo más que de búsqueda de explicaciones causales, y para ello los estudios de casos pueden ser el método de investigación más apropiado. En este sentido, "No importa cuál sea el estado del campo, si es nuevo o maduro, toda investigación interesante explora. De hecho, parece que cuanto más profundamente investigamos en este campo de las organizaciones, más complejas descubrimos que son, y más necesitamos recurrir a metodologías de investigación de las denominadas exploratorias en oposición a las consideradas «rigurosas»".

En segundo lugar, este cambio de tendencia también se fundamenta en la mayor frecuencia de publicaciones de trabajos que utilizan esta metodología, principalmente en las revistas de mayor difusión y calidad en el área de la cual nosotros no como expertos nos apoyamos en ellas o tratamos de tener el mismo seguimiento, lo que indica un mayor nivel de apoyo, legitimidad y credibilidad.

En tercer lugar, la aplicación del estudio de casos como herramienta de investigación también se ha intensificado por los esfuerzos realizados para disipar las consideraciones erróneas respecto a la misma, que han llevado a que sea considerada como una forma de investigación menos deseable que otras. En este sentido, varios son los aspectos que han dado lugar a estas confusiones respecto a los estudios de casos.

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (I.N.N. y N) "Manuel Velasco Suarez", tiene diversos servicios y personas con padecimientos que son sorprendentemente increíbles, como estudiantes siempre buscamos algo relativo y poco vidente. Eso que siempre nos haga buscar un Por Qué?, Cuando?, Cuantos?, Donde? Cómo?, Probabilidad? Y otras preguntas que surgen cuando vemos ciertos casos sin explicación inmediata.

La rotación por los servicios del Instituto brinda la oportunidad y la experiencia de la convivencia con las personas que necesitan ayuda en las respuestas humanas, proporcionamos cuidados integrales que es uno de nuestros objetivos, ya que una persona con afección neurológica demanda circunstancias especializadas en su cuidado, de aquí surge la prospectiva de su seguimiento, inquietud y reto como estudiante.

Por tanto la mayor parte de la información existente en el mundo debe ser obtenida por los sistemas tradicionales, contacto directo entrevista, observación y expediente clínico. por lo que es importante tener claro nuestra necesidad y el tipo de fuente donde debemos buscar.

La Comunicación con el familiar es de suma importancia, a pesar de verse como un todo único, a la persona, puede segmentarse en varias aristas, partiendo entonces de sus componentes estructurales como proceso: en su carácter formativo, en su carácter perceptivo y en su carácter interactivo. La comunicación no podemos verla como un fenómeno aislado, ella está íntimamente articulada a la vida social, a la formación y desarrollo de valores de los profesionales de diferentes niveles, en los que están inmersos sin lugar a dudas, los profesionales de enfermería.

El principio de la relación entre lo individual y lo social se pone de manifiesto también, el nivel individual del ser social. Sirve como forma particular de manifestación como, el expediente clínico clave en la fuente de datos, y el gran grupo multidisciplinario que trabaja detrás, aportando y registrando la evolución de la persona.(imágenes, pruebas diagnósticas y registros de estudios).

Los instrumentos que el profesional de enfermería día a día realiza, que se utiliza para transmitir información de un turno de trabajo a otro. Estos deben de ser: comunicación debe de quedar plasmada en un documento ya definido para ello. El diseño de esta hoja debe ser claro y que no se preste a confusiones del personal.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio de caso de Enfermería actual, acoge plenamente los principios éticos universales como el contribuir al bien común con los aportes del P.A.E. así mismo se realiza en la sociedad en particular al conocimiento de la disciplina de Enfermería, con oportunidades en igualdad de condiciones.

Debemos rechaza cualquier tipo de discriminación individual o grupal, aplica la discreción y confidencialidad al mantener en reserva el nombre, garantizando la veracidad de la información

otorgada y transparencia en todas las etapas del proceso de selección. El (P.A.E.) actual, asume que cada investigación ha cumplido previamente el requisito de ser evaluada por autoridades (Tutoras Clínicas); los autores deben especificar el procedimiento realizado para obtener el consentimiento informado de las personas que son sujetos (as) de investigación y que existe constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad de las personas involucradas en la investigación.

Es importante que el personal médico y paramédico tenga una sensibilidad humana en cuanto la atención que se brinda, que no se haga distinción de raza, nivel socioeconómico o nivel cultural para poder brindar la atención de calidad, pues toda persona tiene los mismos derechos con diferentes necesidades, pero sigue siendo un ser humano y como tal se debe atender a toda persona que requiera el servicio.²¹

Se han ordenado los filósofos de la moral en tres principios éticos que precisan las condiciones en las cuales se transgredir la prohibición de la moral cultural, social y psicológica.

El relativismo moral consiste en negar que haya acciones humanas del yo moralmente buenas o malas. Los filósofos de la moral han formulado tres principios éticos que precisan las condiciones en las cuales resultaría lícito el transgredir una prohibición moral relativa.

Principio de totalidad: rige el ámbito del todo corpóreo del hombre.

Principio del mal menor. Aplica para resolver conflictos en los casos de conciencia perpleja, cuando situado entre dos deberes, el agente cree obrar mal, posponer la elección y pedir consejo prudente, si esto no es posible, deberá inclinarse por el mal menor.

Principio del voluntario indirecto, también llamado acto de doble efecto, es aquel en el que, queriéndose el efecto bueno de la acción, se tolera un efecto malo previsto. Este principio permite que algunas prohibiciones relativas o no intrínsecamente malas, puedan justificarse.

El respeto a los derechos y decisiones de estas aplicaciones tienen la función concreta de la búsqueda de solución de problemas humanístico, surgidos a partir de las condiciones sociales, culturales, valores, económicos y avances científicos, sin olvidar la situación humana y de la salud.

El estudio de caso se basa en las consideraciones éticas universales y de enfermería, agregando un consentimiento informado (Anexo I). El cual comprende puntos en su redacción:

- Confidencialidad y discreción de la persona.
- Veracidad y transparencia sobre la información proporcionada y discutida.
- Principios éticos como personas sociables y académicos.

²¹ Tena, T.C. CONAMED. Vol. 12 no. 1 México 2007.

6.- PRESENTACIÓN DEL CASO.

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: M.M.M.

SEXO: MASCULINO

RELIGION: CATOLICA

EDAD: 68 AÑOS

FECHA DE NACIMIENTO: 25 DE MAYO 1940.

LATERALIDAD: DIESTRA.

OCUPACIÓN: CARRERA TRUNCA. MATEMÁTICAS

DIRECCION: PROLONGACIÓN: ALLENDE 750 D, SAN SEBASTIÁN TEXCOCO.

El Sr. Moisés inicio hace 8 años con la aparición de una glándula sebácea temporal, la cual presento un crecimiento progresivo que resulto una tumoración occipital derecha no dolorosas con múltiples sangrados; por tal motivo el Sr. Moisés coloco hierbas medicinales (sábila y nopal). Días después, noto secreción purulenta en el sangrado, lo cubrió con gasas y algodón más su mala higiene propicia la aparición de larvas de mosca.

En abril del 2008 acude al Hospital G.E.A. Gonzales, donde se le realiza un lavado, retirándole un 85 % de las larvas, el otro porcentaje, fue removido por él en su hogar. Un mes después en el mismo Hospital, se intento realizar oclusión de los vasos nutricios sin éxito.

En mayo del 2008, es referido a I.N.N. y N., en el cual no es tratado por ser un problema externo. En el mismo mes se refiere al I.N.C.A.N.(Instituto Nacional de Cancerología) en donde es valorado por cirugía y se le da un pronóstico reservado .

En octubre del 2008 es ingresado al I.N.N. y N. y se le realiza TAC, Angio TAC y cultivo de la secreción purulenta dando como resultado *Echerichia Coli*²² y *Pseudomonas* ²³. Cursado sus primeras semanas de hospitalización el Sr. Moisés se encuentra alerta, negativista, con facies depresivas, catéter periférico en miembro torácico izquierdo, y recibiendo tratamiento de la infección, para posteriormente ser tratado por T.E.N. (Terapia Endovascular Neurológica), Neurocirugía y Cirugía Plástica Reconstructiva.

²² *Escherichia coli*: Es una de las bacterias más abundantes en el tubo digestivo de los mamíferos. En condiciones normales, constituye una parte esencial de la flora bacteriana humana, a la que se atribuyen efectos beneficiosos para la salud. Existen, sin embargo, cepas capaces de provocar alteraciones graves en forma de enteritis. Los síntomas pueden revestir ocasionalmente gravedad en lactantes.

²³ *Pseudomonas*: Son bacilos G(-), móviles con flagelos polares, aerobios estrictos, metabolismo oxidativo no fermentativo. La principal especie es la *Pseudomona Aeruginosa*, crecen entre 10 y 42°. Muy repartidas por el medio: suelo, agua y de aquí pasan a las plantas o animales. En el hombre son oportunistas. Los alimentos implicados: vegetales crudos, agua, leche no pasteurizada.

Ya controlada la infección y con las imágenes de referencia, el 26 octubre se realiza el procedimiento de embolización (por T.E.N.) .En el cual presento un sangrado de 1000 ml, que se repuso con soluciones expansivas de plasma; fuera de esto el resultado fue exitoso y sin complicaciones.

Al día siguiente es trasladado al quirófano, para realizarle en un primer tiempo quirúrgico la exceresis del tumor y se envía a patología en ese mismo momento. En un segundo tiempo quirúrgico por el grupo de Cirugía Plástica Reconstructiva le es colocado un injerto y colgajo, además de cubrirlo con vendaje no compresivo de algodón y humedecido con solución fisiológica.

Finalizado el procedimiento es trasladado al servicio de recuperación, bajo efectos de sedación, oíntubado, soluciones intravenosas y monitorizado. Después de 2 días es trasladado al servicio de hospitalización; a los 7 días y cumplido el esquema de antibióticos, es retirado el vendaje por Cirugía Plástica Reconstructiva.

En los 3 días previos a su alta es valorado por Neuroinfectología, en donde se reporta que no presenta infección. Y el servicio de Neurocirugía también se valora el alta del Sr. Moisés, dando como resultado que quedara con daño cerebeloso y del VIII nervio craneal en sus dos porciones vestibular y coclear, el servicio de Patología da el reporte del tumor como Hemangioma Extracraneal benigno.

Se da de alta médica a su domicilio con déficit de la coordinación de movimientos, ataxia cerebelosa e hipoacusia ipsilateral del lado derecho. Por este motivo necesita ayuda del cuidador primario para el cuidado de la persona.

7.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1. VALORACIÓN

Valoración realizada a un persona del sexo masculino, en un ambiente agradable, siendo una conversación animada y hecha con más confianza que la anterior ya que se encontraba un poco negativo y a la defensiva por el trato recibido en otros hospitales. En ningún momento tuvo una actitud reacia hacia la entrevista o hacia la curiosidad que surgieran.

La exploración física antes mencionada a (auscultación, inspección, percusión y palpación) con sus componentes para enfatizar y detectar oportunamente, datos como signos vitales, exploración neurológica de enfermería.

Se reviso el expediente clínico, para validar sobre algunas preguntas y no ser repetitivos en la entrevista, utilizando el instrumento de valoración de enfermería neurológica en el modelo del déficit del autocuidado de Dorothea E. Orem.; el cual está comprendido de los 8 requisitos universales, haciendo una especie de cuestionario y un breve historial sobre su padecimiento y salud actual. Se pregunto y respondió honestamente, sin desviar la intención del saber de él como persona, acompañado de su familiar (por si queda algún sesgo en la respuesta que el pudieran complementar) ya que el siempre han sido su cuidador primario.

Al organizar todos estos datos en su conjunto, se identificaron alteraciones de gran importancia en esta persona, se inicio intervenciones de enfermería de acuerdo a los requisitos de esté; y esto llevo a la formulación de diagnósticos e intervenciones plasmadas en el instrumento de valoración de enfermería neurológica. (Anexo II).

7.1.1. VALORACIÓN FOCALIZADA.

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

La persona padece alergias a las habitaciones húmedas, presentando congestión, no es fumador.

Después de la intervención quirúrgica el Sr. Moisés se encontró somnoliento bajo los efectos de los medicamentos anestésicos, se presentaba con datos de palidez de tegumentos durante este periodo se evalúa, secreciones en el parte basal de ambos pulmones, orointubado asistido a un ventilador mecánico de modo ventilación mandatoria intermitente sincronizada. (SIMV), con una frecuencia respiratoria de 16 por minuto, frecuencia cardíaca de 78 por minuto y una presión arterial de 130/80, se presentaba con un catéter en vena subclavia izquierda con aporte de soluciones.

2.-Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

En la exploración física, la persona ha perdido gradualmente masa corporal, antes de su ingreso hospitalario, manifiesta su familiar, consume agua, un litro aproximadamente, atoles, café con leche

y agua de frutas. La piel se torna reseca, agrietada y con unas manchas blancas y las mucosas semihidratadas.

Se encuentra con una solución de cloruro de sodio de 1000 m.l. a un volumen de 80 ml. Por hora.

3.-Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

En este requisito la persona manifiesta dolor gástrico y disminución de la motilidad, por tener un descontrol en los hábitos alimenticios, rechazo a los alimentos, el consumo de medicamentos y tener grandes periodos de ayuno.

Se observa cavidad oral con integra dentadura, un abdomen globoso con datos de colitis nerviosa.

En la exploración física es de complexión delgada, con un peso corporal de 68.0 kg, y una talla de 1.70 cm, no ingiere alimentos por estar oointubado, se observa en la cavidad edema y con secreciones, misma que provoca la cánula, abdomen globoso y perístalsis presente, en compensación de esto tiene un buen aporte de líquidos.

4.-Provision de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

El controla esfínteres, con heces bien formadas, oscuras y sin datos de sangre. Intestinalmente, elimina normalmente unas dos veces al día aunque en algunos días estuvo con periodos de estreñimiento. La eliminación urinaria es muy frecuente, más de siete veces al día.

En la exploración física de la intervención, se encontraba con una sonda vesical a derivación, la diuresis se presentaba turbia de color amarillo, 80 ml por hora aproximadamente.

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

Las alteraciones en esta necesidad guardan relación con la localización directa del tumor y las secuelas de la cirugía.

En la exploración física se encontró un síndrome cerebeloso manifestado por ataxia o incoordinación de los movimientos voluntarios, alteración del equilibrio y de la marcha, debilidad y fatiga muscular. Y afectando la porción vestibular del VIII nervio craneal.

6.-Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

La persona siempre tiene interacción pues le gusta estar con la gente, solo se siente inseguro en la hospitalización y deprimido por la malformación que tiene, su hermano lo visita en la tarde, en un principio deambulaba por el pasillo, pero después de la muestra que se tomo del tumor siendo positivo para infección, estuvo en aislamiento hasta que se pudo controlar y así poder ser intervenirlo.

En la exploración, después de la intervención quirúrgica, al ser afectado el VIII nervio craneal en la parte coclear se encuentra con hipoacusia y acufenos, él presenta episodios de ansiedad por no escuchar y entender las palabras, esto ha dificultado mas la comunicación con los demás.

7.-Promoción de la funciones y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdos con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Socialmente, se define abierto y dispuesto, la persona pregunta sobre todo, el para qué, el porqué y cuando, en su tratamiento, sus limitaciones es a la hora de relacionarse y admite ser prejuicioso en la manera de expresarse a la gente. Lo normal sería integrarse de nuevo a la vida, sin la neoplasia y poder realizar cosas que ha dejado de hacer.

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

Es una persona muy ágil, tiene mucho cuidado con el tumor, cuidado de no golpearlo y el riesgo de que sangre, ya que tiene costras y al desprenderse sangran, la postura que adopta, así a la hora de moverse y dormir las tiene muy bien establecidas. Por lo regular la cabeza la tiene lateralizada, con la mira hacia la izquierda.

En la exploración física, realiza los mismos cuidados pero ahora protegiendo la integridad del injerto y del colgajo que está cubierto con el vendaje.

7.1.2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS.

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

- ▣ Antecedentes de alergias.
- ▣ Respiración asistida a ventilación por somnolencia y bajo efectos de anestésicos.
- ▣ Acumulo de secreciones en la parte basal de los pulmones.

2.-Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

- ▣ Pérdida de masa corporal.

3.-Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

- ▣ Pérdida de peso.
- ▣ Pérdida del apetito.
- ▣ Presencia de estreñimiento.
- ▣ Deficiencia alimenticia.

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

- ▣ Estreñimiento.
- ▣ Presencia de sonda vesical.

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

- ▣ Ataxia o incoordinación de los movimientos voluntarios.
- ▣ Alteración del equilibrio y de la marcha.
- ▣ Debilidad y fatiga muscular.

6.-Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

- ▣ Aislamiento por la infección y deprimido emocionalmente.
- ▣ Disminución en la audición (hipoacusia).
- ▣ Problemas para comunicarse y entenderlas de tipo auditivo.

7.-Promoción de la funciones y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

- ▣ Carácter temperamental, poco tolerante por la situación de su salud.
- ▣ Factores de riesgo: infección y cirugía.

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

- ▣ Cuidado de la tumoración de no golpearlo y poder producir una hemorragia.
- ▣ Tratamientos alternos poco higiénicos, provocando una infección.
- ▣ Factores de riesgo de no adherencia del injerto y colgajo.

7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

REQUISITO

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

DIAGNÓSTICO 1:

Déficit de la permeabilidad de la vía aérea relacionada con el edema traqueal, presencia de vía aérea artificial, manifestado por incapacidad para expectorar secreciones excesivamente espesas en el postoperatorio.

DIAGNÓSTICO 2:

Perfusión tisular inefectiva cerebral, relacionada con aumento de la demanda cerebral de oxígeno, manifestado por aumento de la temperatura corporal.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Totalmente compensatorio

REQUISITO:

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua. (Líquidos).

DIAGNÓSTICO 1:

Hipovolemia potencial relacionada con la pérdida hemática durante el procedimiento quirúrgico, manifestada por hemorragia en la zona de incisión y disfunción periférica.

DIAGNÓSTICO 2:

Déficit de volúmenes de líquidos relacionado con movilidad disminuida y aumento de la transpiración, manifestado por mucosas orales deshidratadas, sed y pérdida de peso corporal.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Totalmente compensatorio

REQUISITO:

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

DIAGNÓSTICO 1:

Riesgo del aumento de la presión arterial relacionada con la retención sódica e hídrica y mal funcionamiento del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

SISTEMA QUE PERTENECE:

De apoyo o educación.

DIAGNÓSTICO 2:

Dolor agudo estomacal: relacionado con la disminución del aporte de alimentos, aumento de la secreción del ácido clorhídrico, espasmo, y aumento de la presión intragástrica, manifestado por pirosis, distensión abdominal, eructos y flatulencias.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Totalmente compensatorio.

DIAGNÓSTICO 3:

Riesgo de no adherencia del injerto relacionado con disminución de los nutrientes requeridos, exudado o acumulación sanguinolenta, movilidad e infección postoperatoria.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Parcialmente compensatorio.

DIAGNÓSTICO 4:

Riesgo en el aumento de los niveles de glucosa relacionado con medicamentos esteroides y diabetes tipo 2.

SISTEMA QUE PERTENECE:

De apoyo o educación.

REQUISITO:

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

DIAGNÓSTICO 1:

Deterioro de la eliminación fecal relacionada con la disminución de la motilidad o sensibilidad, ingesta inadecuada de alimentos o líquidos, manifestado por la presencia de heces duras y secas en el recto.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Parcialmente compensatorio.

REQUISITO:

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

DIAGNÓSTICO 1:

Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con maceración y fricción en región occipital, manifestado por secreción purulenta y olor fétido en la zona.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Totalmente compensatorio

DIAGNÓSTICO 2:

Alteración cerebelosa, relacionado con la neoplasia hemisférica, manifestado por inestabilidad de la marcha.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Parcialmente compensatorio.

DIAGNOSTICO 3:

Alteración sensorial, relacionado con daño en la porción vestibular, manifestado por problemas para mantener el equilibrio.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Parcialmente Compensatorio.

DIAGNÓSTICO 4:

Alteración del patrón del sueño relacionado con el dolor agudo y compresión, manifestado por incapacidad para conciliar el sueño.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Parcialmente compensatorio.

REQUISITO:

VI. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

DIAGNÓSTICO 1:

Alteración del autoconcepto relacionado con imagen corporal y autoestima, manifestado por aislamiento, apatía y manipulación a las persona.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Parcialmente Compensatorio.

DIAGNÓSTICO 2:

Alteración sensorial auditiva, relacionada con la afección de la porción coclear, manifestado por la inseguridad a la integración social y peligros ambientales.

SISTEMA QUE PERTENECE:

De apoyo o educación.

DIAGNÓSTICO 3:

Afrontamiento individual inefectivo relacionado con aislamiento prolongado por infección en la herida Temporo-Occipital der. manifestado por depresión, irritabilidad y cambios en los patrones de comunicación habituales.

SISTEMA QUE PERTENECE:

De apoyo o educación.

REQUISITO:

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

DIAGNÓSTICO 1:

Déficit de autocuidado de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baños parciales, relacionado con el reposo en cama y restricciones de actividad, manifestado por falta de higiene y arreglo personal sin ayuda directa y supervisión.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Parcialmente compensatorio

REQUISITO:

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

DIAGNÓSTICO 1:

Afrontamiento individual ineficaz relacionada con el entorno de la atención sanitaria y la enfermedad manifestado por sentimiento de desolación, frustración e irritación.

SISTEMA QUE PERTENECE:

Parcialmente Compensatorio.

7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

1.- Aporte suficiente de aire.

- Mantener la vía aérea permeable.
- Observar el patrón respiratorio.
- Toma de gasometría interpretación de datos.

2.- Aporte suficiente de agua.

- Interpretación de datos de laboratorio.
- Observar la pérdida de masa corporal.
- Cuantificar volúmenes urinarios y densidades.

3.- Aporte suficiente de alimentos.

- Mantener un aporte adecuado de dieta y suplementos nutricionales.
- Valoración de datos del laboratorio.
- Mantener y vigilancia del peso corporal.

4.- Mantenimiento de los procesos de eliminación y los excrementos.

- Cuantificación de egresos fecales y urinarios.

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

- Prevención de espasticidad con ejercicios pasivos.
- Asistencia y educación para la estabilidad de la marcha.

6.-Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

- Observar el estado conductual.
- Identificar el estado emocional y ayudar a expresar sus creencias.

7.-Promoción de la funciones y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

- Factores que puedan ser predecibles en su hospitalización.

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

- Factores que puedan ser predecibles en su hospitalización.

7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS.

I. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

DIAGNÓSTICO 1.

Déficit de la permeabilidad de la vía aérea relacionada con el edema traqueal, presencia de vía aérea artificial, manifestado por incapacidad para expectorar secreciones excesivamente espesas en el postoperatorio.

OBJETIVO: a) Prevenir la obstrucción de la vía aérea y facilitar la expulsión de las secreciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Observar y registrar en el periodo postoperatorio inmediato, la vía aérea superior, con la presencia y consistencia de las secreciones y la capacidad de la persona para eliminarlas.
- ▣ Proporcionar humidificación y oxígeno. Aspirar a la persona de acuerdo con la cantidad y consistencia de las secreciones, con mayor frecuencia durante las primeras 24 horas del postoperatorio, con los siguientes criterios:
 - ▣ Simetría de los movimientos respiratorios
 - ▣ Frecuencia respiratoria por minuto.
 - ▣ Ruidos respiratorios
- ▣ Vigilar y detectar el edema creciente, reevaluar la permeabilidad de la vía aérea superior y anotar los cambios durante las primeras 24 horas del postoperatorio.
- ▣ Anotar e informar de cualquier sensación de "atragamiento", sensación de aprensión, cambios en la frecuencia o profundidad respiratoria y aumento de los sonidos respiratorios altos o desplazamiento de traqueal, todo esto llevando una vigilancia de la saturación de oxígeno mayor de un 92 %.
- ▣ Proporcionar una ventilación mecánica adecuada. Verificando el sistema del ventilador, como lo es el volumen corriente, presión inspiratoria máxima y presión teleespiratoria máxima, fracción de oxígeno inspirado y las alarmas de cada una de los mecanismos utilizados, esto acompañado de la alineación postural haciendo una rotación de movimientos, decúbito lateral izquierdo, dorsal y decúbito lateral derecho, permitiendo el drenado de secreciones y mejorando la ventilación alveolar.

EJECUCIÓN:

Las intervenciones se llevaron en el post-operatorio inmediato, con el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía, para garantizar la permeabilidad de la vía respiratoria y mantener una ventilación.

EVALUACIÓN:

Tras las intervenciones dentro de las primeras 48 hrs de posoperatorio la persona mantuvo la permeabilidad efectiva de la vía aérea con ayuda mínima, con respiraciones de 14 a 16 por minuto, con buena elasticidad de los músculos sin presentar dificultad en los ruidos pulmonares.

DIAGNÓSTICO 2.

Perfusión tisular inefectiva cerebral, relacionada con aumento de la demanda cerebral de oxígeno, manifestado por aumento de la temperatura corporal.

OBJETIVO: Proporcionar oxígeno y disminuir la temperatura corporal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Apoyo ventilatorio.
- ▣ El agente de cuidados debe controlar la hipertermia con medios físicos en axilas, abdomen y cuello, y tratar quitar el exceso de ropa de la cama y de la persona, si no es suficiente proporcionar un baño de agua tibia y se acondicionarla habitación para una mejor ventilación.
- ▣ Si no responde a los medios físicos se inicia la terapia conjunta con los antipiréticos.
- ▣ Vigilancia de la temperatura corporal esta debe de mantener dentro de los límites normales vigilando puntos específicos como:
 - ▣ Fiebre o hipotermia
 - Taquicardia y taquipnea
 - Leucocitosis, el leucopenia, o aumentó las bandas
- ▣ Realizar la toma de cultivos de sangre, secreciones, urocultivo o cultivo de líquido cefalorraquídeo.
- ▣ Se administran los antibióticos prescritos para lograr una concentración en la sangre efectiva.
- ▣ Educar al familiar para identificar sobre datos de fiebre.

EJECUCIÓN:

Las intervenciones se llevaron a cabo para disminuir la hipertermia, siendo estas las alternativas, para mantenerla en control y vigilancia. A su vez se interactúa con el familiar sobre datos de alarma.

EVALUACIÓN:

Se mantuvo la permeabilidad de la vía aérea de la persona, permitiendo así una mejor relación ventilación-perfusión reflejada en una gasometría arterial la cual reporta PaCo₂ de 48 mmHg y PaO₂ de 82 mmHg y saturando al 94%. Presento mejora parcial, sin presentar crisis de hipoxia y mejoró su oxigenación, se mantiene hemodinámicamente estable, presenta diuresis adecuada, aunque su pulso periférico es poco perceptible y persiste el llenado capilar lento, la persona se mantiene con temperatura adecuada.

II. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

DIAGNÓSTICO 1.

Hipovolemia potencial relacionada con la pérdida hemática durante el procedimiento quirúrgico, manifestada por hemorragia en la zona de incisión y disfunción periférica.

OBJETIVO: Restaurar el volumen de líquido y controlarlos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Proporcionar los cuidados posoperatorios estándar relativos a la hipovolemia, reflejada en la pérdida hemática basándose en los signos clínicos de la persona como:
 - ▣ Taquicardia.
 - ▣ Constricción arterial generalizada (por descarga simpática).
 - ▣ Venoconstricción (aumenta el retorno venoso y por ende la precarga) selectiva en el lecho renal, visceral y del músculo esquelético.
 - ▣ Retención de agua y sal por el riñón, secundario a efecto hormonal.
 - ▣ Aumento de glucosa y lípidos séricos.
 - ▣ Liberación de mediadores de la inflamación.

- ▣ Vigilar y documentar los signos vitales en el momento del ingreso a la unidad y cada 1 o 2 hrs, comparar si ha variado significativamente de los controles realizados en la sala.
- ▣ Observar el apósito quirúrgico en el momento del ingreso a la unidad, cada hora durante 4 horas y luego cada 4 horas. Observar cualquier drenaje que se detecte en el apósito, y anotar fecha y la hora en que ocurrió.
- ▣ Cuantificar la cantidad y tipo de drenaje del Drenovac.
- ▣ Identificar y registrar signos de inflamación o hematoma en zona quirúrgica.
- ▣ Observar los cambios del estado mental y anotar.
- ▣ Mantener la permeabilidad de una vía intravenosa con los líquidos a la frecuencia prescrita continuamente y obtener valores de la presión venosa central (PVC).
- ▣ Controlar la diuresis cada hora durante cuatro horas, luego cada 4 horas, durante el periodo postoperatorio inmediato. Informar si la diuresis es menor de 60 ml/hr, medir la densidad urinaria y mantenerla en 1010 y 1025.
- ▣ Controlar los aportes y pérdidas cada 8 hrs. con el total acumulado cada 24 hrs, durante los primeros días del postoperatorio.

EJECUCIÓN:

Se mantuvo la perfusión sanguínea con la ministración de líquidos, realizando balances hídricos; para prevenir una hipovolemia y así evitar una disfunción en órganos y tejidos.

EVALUACIÓN:

Durante todo el periodo, la persona se mantuvo normovolemia gracias a los aportes y pérdidas aproximadamente iguales, presentando un diuresis de 50 a 60 ml.xhr. y obteniendo una densidad

de 1015, una PVC de 8 cmH₂O se Mantuvieron los signos vitales dentro de los límites normales.

DIAGNÓSTICO 2:

Déficit de volúmenes de líquidos relacionado con movilidad disminuida y aumento de la transpiración, manifestado por mucosas orales deshidratadas, sed y pérdida de peso corporal.

OBJETIVO: Mantener a la persona hidratada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▯ Mantener un ingesta de líquidos, ingresar entre 2,000 y 3,000 ml. Diarios de líquido. Ya sea vía oral, intravascular o conjuntamente
- ▯ Pesar diariamente a la persona para completar el balance de líquido del cuerpo y medir las densidades urinarias.
- ▯ Buscar signos y síntomas de deshidratación, e interpretar los electrolitos sericos.

EJECUCIÓN:

El control y la vigilancia de la ingesta de líquidos, disminuyo el riesgo de la deshidratación de la persona, esto se llevo en las primeras semanas, gracias a la continuidad de los turnos, se obtuvo un buen pronostico en la turgencia de la piel y a nivel sistémico con los electrolitos sericos en parámetros normales.

EVALUACIÓN:

La persona mantuvo la densidad de la orina dentro de los límites normales, se brindo un buen aporte de líquidos y electrolitos según se evidencio, en el examen de laboratorios, en su estancia se identifico las perdidas anormales de líquidos y se repuso los líquidos necesarios, la enseñanza a la persona de los aportes de líquidos al día disminuyo las alarmas de deshidratación. Se aumento gradualmente el consumo de líquidos en los días de hospitalización.

III. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

DIAGNÓSTICO 1:

Riesgo del aumento de la presión arterial relacionada con la retención sódica e hídrica y mal funcionamiento del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

OBJETIVO:

Llevar a cabo y valorar el régimen terapéutico y la educación sanitaria al paciente para el control de la hipertensión.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- El agente ministrara fármacos antihipertensivos, según las pautas y valorar los efectos deseados y adversos como lo son:
 - I. Disminución de la Tensión arterial.
 - II. Exámenes de laboratorio. (Proteinuria y Anemia)
 - III. Erupción con prurito.
 - IV. Hipotensión, taquicardia, dolor torácico, palpitaciones.
 - V. Angioedema en cara, labios, mucosas orales y en las extremidades.

- Toma de la tensión arterial cada dos horas a la persona en posición supina, sedestación y en bipedestación; se registraran los resultados de la tensión arterial en la hoja de enfermería para correlacionar la influencia de la hora, posición, medicación, dieta y peso. Enseñar a la persona sobre datos de alarma como: luces visuales, zumbido de oído y cefalea.
- Fomentar la educación del régimen terapéutico.
- Mantener una dieta, baja en sodio, hidratos de carbono, lípidos y un aumento en vitaminas, minerales y líquidos.
- Instruir a la persona a relatar cualquier cambio de su estado de salud, que nos pueda indicar sobrecarga de líquidos, edema periorbital, cefalea, crisis convulsivas y visión borrosa.
- Valorar la hemorragia conjuntival y descartar si es por hipertensión o infección.

EJECUCIÓN:

Las intervenciones se realizaron al inicio de su hospitalización, de esta manera se dio seguimiento en las lecturas de la tensión arterial y en caso de sobre pasar los límites se ministró medicamento antihipertensivo para controlarla, pero en gran medida ayudo más la alimentación y la educación.

EVALUACIÓN:

Durante su hospitalización la persona muestra niveles de tensión arterial aceptables y aprende a identificar signos de alarma. Se le enseña a medir su presión arterial, su pulso y a continuar con su régimen terapéutico (alimentación y medicamentos).

DIAGNÓSTICO 2:

Dolor agudo por acidez estomacal: relacionado con la disminución del aporte de alimentos, aumento de la secreción del ácido clorhídrico, espasmo y aumento de la presión intragástrica, manifestado por pirosis, distensión abdominal, eructo y flatulencia.

OBJETIVO:

Promover la curación gástrica, enseñar a la persona de factores de riesgo y medidas para prevenir la recurrencia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Administrar y registrar los medicamentos que recubren la mucosa intestinal como lo son los antagonistas de los receptores de la histamina (H2) cimetidina, ranitidina, generalmente se administran con las comidas y en el momento de acostarse.
- ▣ Proporcionar reposo en cama y entorno tranquilo. Ayudar a identificar sus agentes estresantes específicos.
- ▣ Enseñar y reforzar el papel de la dieta, en su curación, ayudar a la persona a identificar los alimentos específicos que pueden causarle un aumento de las molestias.
- ▣ Estimular el aporte suficiente de los alimentos básicos a intervalos regulares, fomentar la ingesta frecuente de pequeñas cantidades.
- ▣ La regulación en los cambios del estilo de vida, estrés físico y emocional, ayudan a la persona a reconocer la relación entre el aumento del estrés y la aparición del dolor.
- ▣ El cuidador primario y la persona identificaron los signos y síntomas indicadores de la recurrencia de la úlcera, incluyendo el dolor, vómito, heces negras y pastosas, palidez, debilidad creciente y vértigo.

EJECUCIÓN:

Dentro su estancia hospitalaria, se le proporciona a la persona una dieta adecuada para disminuir la recurrencia de la molestia intestinal, se fomenta a la educación y la participación del cuidador primario, en la identificación de signos y síntomas de la irritabilidad intestinal, así de cómo contrarrestar con los ejercicios y la medicación. Estabilizando un estilo de vida saludable.

EVALUACIÓN:

La persona eliminó el dolor estomacal por el tratamiento farmacéutico y dietético; a su vez identificó alimentos que le causaban malestar estomacal y se eliminaron de su dieta esto permitió progresar con su curación gástrica.

DIAGNÓSTICO 3:

Riesgo de no adherencia del injerto relacionado con disminución de los nutrientes requeridos, exudado o acumulación sanguinolenta, movilidad e infección postoperatoria.

OBJETIVO:

Mantener la integridad del injerto y promover su curación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Mantener limitación de movimientos durante 3 días con la utilización de sujeciones, vendajes, almohadas u otros dispositivos para mantener la posición deseada.
- ▣ Proteger la zona del injerto , con vendaje y algodón humectado de solución fisiológica.
- ▣ Participar con el médico durante la retirada de los apósitos y durante la inspección de la zona del injerto en el periodo postoperatorio inicial. Después valorar la zona injertada cada 8 horas, registrar e informar datos de hinchazón, enrojecimiento, exudado y sangre entre el injerto y el tejido subyacente.
- ▣ Mantener cubierto el injerto e informar si existe un drenaje anormal o si se ha caído los apósitos.
- ▣ Educar al cuidador primario sobre signos y síntomas de complicaciones.

Aplicar compresas húmedas de agua caliente durante 20 min. Y administrar antibióticos sistémicos.

EJECUCIÓN:

En el periodo postoperatorio se realizaron medidas en la persona: se mantuvo inmovilización, se cubrió el injerto con apósitos húmedos de solución salina, vendajes, se valoró la zona injertada buscando datos de infección y se dio tratamiento profiláctico con antibióticos.

EVALUACIÓN:

Las intervenciones del agente fueron de gran ayuda para la adherencia del injerto, ya que por una lesión no intencional de la persona, no se hubiera logrado la adherencia de este. En el transcurso de los días del postoperatorio y la enseñanza de la persona: el injerto se mostro intacto, sin lesiones y sin infección.

DIAGNÓSTICO 4:

Riesgo en el aumento de los niveles de glucosa relacionado con medicamentos esteroides y diabetes tipo 2.

OBJETIVO:

Prevenir o minimizar las complicaciones del metabolismo de la glucosa.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Regulación en la alimentación y medir la glucemia capilar antes de ingerir alimentos.
- ▣ Administrar insulina (I.V. o S.C.) o hipoglucemicos orales.
- ▣ Verificación de las diferencias de acción punta y en la duración de la acción en los varios tipos de medicamentos hipoglucemiantes.
- ▣ Medir y controlar los niveles de glucosa en sangre capilar, glucosuria y niveles de acetonas.
- ▣ Observar los signos de hipoglucemia provocada por la medicación.
 - i. Palidez.
 - ii. Confusión.
 - iii. Diaforesis.
 - iv. Cefalea.
 - v. Debilidad.
 - vi. Respiraciones superficiales.
 - vii. Irritabilidad.
 - viii. Estado de conciencia.
- ▣ Vigilar las reacciones insulínicas, que coincidan con el efecto pico de la insulina, las cuales varían dependiendo del tipo de insulina y la respuesta individual de la persona. Si se presenta cualquier reacción, notificarlo al médico, obtener inmediatamente la medición del nivel de glucosuria y tratarlo inmediatamente y estabilizarlo.
- ▣ Observar signos de cetoacidosis como lo son:
 - a) Náuseas.
 - b) Fatiga.
 - c) Poliuria.
 - d) Sequedad y calor cutáneas.
 - e) Membranas mucosas secas.
 - f) Sed.
 - g) Taquicardia.
- ▣ Observar los signos de HHNC (Relacionada con la cetoacidosis, hipoglucemia o hiperglucemicos hiperosmolares no cetonicos):
 - a) Confusión.

- b) Crisis convulsivas.
- c) Coma
- d) Sed intensa.
- e) Membranas mucosas muy secas.

- ▣ Si se sospecha de HHNC, notificarlo al médico inmediatamente. a continuación obtener datos de los niveles de glucemia.
- ▣ Fomentar al cuidador en la educación de la alimentación y medicación.

EJECUCIÓN:

Dentro la hospitalización se monitorizo la glucosa sanguínea, se estableció dieta para diabético, se ministro tratamiento con insulina e hipoglucemiantes orales para mantener los niveles de glucosa en parámetros normales, para evitar complicaciones a corto y largo plazo. Además se buscaron posibles respuestas secundarias a los hipoglucemiantes.

EVALUACIÓN:

En los días de su ingreso a la hospitalización la persona mejoro sus niveles de glucemia, gracias a la dieta proporcionada y la ministración de medicamentos. Además en ningún momento presento estados alarmantes de hiper o hipoglucemia.

IV. MANTENIMIENTO DEL PROCESO DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS.

DIAGNÓSTICO 1:

Deterioro de la eliminación fecal relacionada con la disminución de la motilidad o sensibilidad, ingestión inadecuada de alimentos o líquidos, manifestado por la presencia de heces duras y secas en el recto.

OBJETIVO:

Ayudar a la motilidad intestinal para el mejoramiento de la defecación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Auscultar tipo de movimientos intestinales en busca de la disminución de los mismos que puedan provocar estreñimiento.
- ▣ Establecer un plan que ayude a la persona, como deambular para favorecer la motilidad intestinal y realizar masaje al marco cólico.
- ▣ Educar al familiar para realizar ejercicios abdominales, colocando la palma de la mano en el abdomen previa lubricación y se inician movimientos circulares en forma de las manecillas de reloj en los cuatro cuadrantes para movilizar el intestino (masaje al marco cólico.)
- ▣ Explicar la importancia de ingerir líquidos y alimentos ricos en fibra a fin de establecer una regularidad y evitar el estreñimiento complementando esto con la ministración de laxante o ablandadores de heces.
- ▣ Valoración por turno del abdomen en busca de distensión, vigilar la presencia de náuseas o anorexia.

EJECUCIÓN:

Durante su hospitalización se realizaron intervenciones donde se estableció un plan donde se fomenta una rutina regular para la evacuación e higiene de la persona, educo al familiar sobre masaje de marco cólico e interrogo durante el turno sobre la eliminación.

EVALUACIÓN:

El fomento del ejercicio frecuente y moderado, el masaje en el abdomen con sentido de las manecillas de reloj, junto con la dieta basada en fruta, verdura, nueces, semillas, pan, cereal, legumbres, etc., y aportes adecuado de líquidos, hicieron que se obtuviera un adecuado bienestar en la persona en cuanto a su eliminación de excretas.

V. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

DIAGNÓSTICO 1:

Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con maceración y fricción en región occipital, manifestado por secreción purulenta y olor fétido en la zona.

OBJETIVO:

La persona mostrara una mejora en la integridad cutánea y curación en la herida.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Evaluación de la herida por turno.
- ▣ Observar cicatrización, aproximación de los bordes de la herida y secreción purulenta o fétido.
- ▣ Mantener la herida lo más limpio y seca.
- ▣ Realizar la curación de la herida según prescripción.
- ▣ Utilizar dispositivos que ayuden a cuidar y liberar la presión que se pueda ejercer a la hora de la movilización.
 - a) Enseñar a la persona y al cuidador a observar signos y síntomas de infección:
 - b) Elevación de la temperatura.
 - c) Dolor.
 - d) Secreción purulenta y fétida.
 - e) Enrojecimiento.
- ▣ Fomentar el adecuado aporte nutricional.

EJECUCIÓN:

El mantenimiento de la integridad cutánea de la persona se obtuvo debido a que se realizó curación, se mantuvo seca la herida, se buscaron signos de infección y además se evitaron zonas de presión.

EVALUACIÓN:

El plan de asistencia y vigilancia del agente no se sabe si funciono en su totalidad, ya que este, presentaba infección al momento del ingreso hospitalario y en su estancia presento recaídas de signos de infección. Pero debido a que se ministro tratamiento de antibióticos y la herida se mantuvo limpia y seca los bordes se mostraron mejor definidos, disminuyo la secreción purulenta y se elimino el mal olor.

DIAGNÓSTICO 2:

Alteración cerebelosa, relacionado con la neoplasia hemisférica, manifestado por inestabilidad de la marcha²⁴.

OBJETIVO:

Mantener la estabilidad de la marcha.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Vigilar y acompañar a la persona cuando deambule para evitar que caiga, esta ejecución ayudara para:
 - a. Realizar movimientos precisos.
 - b. Mantener el equilibrio y la postura.
 - c. Aprendizaje motor.
- ▣ Mantener un ambiente seguro ordenando la habitación de la persona y los pasillos para evitarle lesiones.
- ▣ Detectar signos del síndrome cerebeloso y mantener medidas en los siguientes aspectos:
 - a. Nauseas o vomito.
 - b. Inestabilidad de los movimientos
 - c. Alucinación en la percepción del movimiento
 - d. Pérdida de orientación en un plano físico del espacio.
- ▣ Asistirlo cuando él lo requiera.
- ▣ En caso de nistagmos ocluir el ojo afectado o si los dos están afectados alternar la oclusión para favorecer la estabilidad de la mirada.

EJECUCIÓN:

Las estrategias al incorporarlo a la deambulación fueron vigiladas e intervenidas por el agente, se previno riesgo de caídas o alucinaciones que se presentaron después la exceresis del hemangioma, cumpliendo una gradualidad en la marcha que se reflejo en el egreso de la persona.

EVALUACIÓN:

Se le explico brevemente la afección que la tenía y el porqué de la inestabilidad de la marcha. Al saber esto se propuso estrategias para su movilización con la ayuda del cuidador .La oclusión de un ojo ayudo a la fijación de la mirada, alternando los ojos y así poder tener una estabilidad y disminuir la sensación de mareos que provocaba las nauseas, manifestando estar más seguro.

²⁴ Padecimientos Neurológicos, Diagnósticos e Intervenciones de Enfermería, 2006. . I.N.N y N.

DIAGNOSTICO 3:

Alteración sensorial, relacionado con daño en la porción vestibular, manifestado por problemas para mantener el equilibrio.²⁵

OBJETIVO:

La persona mantendrá el equilibrio.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▢ Explicar el vértigo
- ▢ No realizar movimientos bruscos al levantarse, para disminuir la sintomatología de ilusión de movimiento.
- ▢ Explicar la racionalidad de la rehabilitación vestibular preguntado y contestando las dudas que pueda tener la persona y el cuidador (p. ej. Como puede la rehabilitación reducir mis mareos? Puede hacerme daño?).
- ▢ Enseñar a la persona a monitorear la recuperación a través de ejercicios estandarizados y graduar la intensidad los ejercicios según la intensidad de los síntomas por ejemplo:

1. Movimientos suaves en sedestación cuando los síntomas son importantes.
2. Movimientos más bruscos bipedestación si la sintomatología es más leve.

- ▢ Ayudar a seleccionar actividades para que la persona se anime física y psicológicamente a las actividades de la vida diaria (caminar, viajar, etc.).
- ▢ Sugerir ejercicios adicionales individualizados para tratar algunas formas de mareos o desbalances (ej Los inducidos por la posición o el movimiento de la visión).
- ▢ Aconsejar como anticiparse y sobreponerse a los obstáculos a la adherencia (ej. Incremento transitorios en los síntomas asociados e estrés, enfermedad, fatiga, etc.).

EJECUCIÓN:

Ante el problema de poder mantener el equilibrio se evitaron riesgos de daño y se incorporaron ejercicios para la disminución del vértigo y ayudar a la estabilización de la persona y así poder movilizarse dentro de sus primeras semanas después de la cirugía.

EVALUACIÓN:

Rescatar el rol que realiza el agente en la atención, puede ocupar un importante lugar en el tratamiento y manejo de este tipo de trastornos ya que con el plan que este realizo ayudo a que la persona manejara el vértigo y se incorporara a las actividades de la vida diaria manteniendo su equilibrio y evitar riesgos que puedan dañar su salud.

²⁵ Padecimientos Neurológicos, Diagnósticos e Intervenciones de Enfermería, 2006. I.N.N y N.

DIAGNOSTICO 4:

Alteración del patrón del sueño relacionado con el dolor agudo y compresión, manifestado por incapacidad para conciliar el sueño.

OBJETIVO:

Disminuir el dolor, así conciliar el sueño de la persona.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Aplicación de los analgésicos prescritos para evitar la aparición del dolor durante la noche.
- ▣ Utilizar bloques de almohadas para crear un arco o puente para apoyo de la cabeza, y así evitar que esta área contacte con la superficie de la cama.
- ▣ Ministrar medicamentos si la persona logra conciliar el sueño, en caso de que se encuentre con una línea intravascular, ministrare el analgésico sin interrumpir el sueño.
- ▣ Realizar y conocer la rutina que realiza la persona en su casa antes de dormir, pedirle que no ingiera líquidos, que se coloque ropa cómoda, verificar que la cama se encuentre con las sabanas estiradas y el número de cobijas de acuerdo a la temperatura ambiental y las necesidades de la persona.
- ▣ Verificar si la persona continúa con el dolor a pesar de los analgésicos. Consultar al médico para la posibilidad de administrar analgesia más potente para que disminuya el dolor y la persona pueda conciliar el sueño.
- ▣ Inspeccionar el área de riesgo de la herida tomando en cuenta.

- i. Desgarro.
- ii. Fricción.
- iii. Circulación.

EJECUCIÓN:

Disminuir el dolor en la persona ayuda a controlar en gran medida, su preocupación y descanso, las intervenciones fueron encaminadas previniendo las complicaciones de accidentes de desprendimiento de la herida, y por esto que el dolor se agudizara.

EVALUACIÓN:

La persona experimentó una sensación más placentera en el sueño con la administración de analgésicos, y esto ayudó a que tuvo menos insomnio por el dolor. También se explicó a la persona y al cuidador técnicas de relajación para disminuir el dolor, como posiciones y un ambiente de no estrés.

VI. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOCIEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.

DIAGNÓSTICO 1:

Alteración del autoconcepto relacionado con imagen corporal y autoestima, manifestado por aislamiento, apatía y manipulación a las personas.

OBJETIVO:

Promover el autoconcepto positivo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Acercarse a la persona con una actitud de aceptación.
- ▣ Observar y anotar las actitudes y respuestas que proporcionen datos relacionados con el autoconcepto y cambios de rol de la persona.
- ▣ Animar a la persona y al familiar expresar sus sentimientos.
- ▣ Conversar sobre métodos para acentuar los hechos positivos de la persona y compensar el aspecto del aislamiento y apatía, mediante actitudes y posturas.
- ▣ Fomentar el contacto frecuente, personal o telefónico, con las personas significativas para la persona.
- ▣ Animar a la persona a participar en todas las decisiones relativas a la planificación de cuidados. Desaconsejar los modelos de comportamiento de sobredependencia. Presentar al persona objetivos y trabajar para lograrlos.
- ▣ Facilitar la expresión de sentimientos relacionados con las pérdidas. Manejar las respuestas excesivas optimistas, manteniendo a la vez una actitud positiva.

EJECUCIÓN:

La fomentación a la comunicación abierta de la persona, ayuda a detectar patrones disfuncionales en su autoconcepto, eso a su vez no permite dar un apoyo afectivo que participa el cuidador, familiares y el agente, emocionalmente cubre la incertidumbre de la persona, que se llevo desde su ingreso hasta la cirugía.

EVALUACIÓN:

Al iniciar interacciones con las personas como la visita, (Familiares) y profesionales de la salud, expreso libremente sus ideas, o necesidades dentro del servicio. Las actividades de cuidado personal, dar opciones y preguntar por las preferencias, no sentarse en la discapacidad, alabar los logros independientes y mantener métodos de alimentación adecuados ayudo en las siguientes semanas una ganancia de peso.

El no permitir que la persona utilice la discapacidad como herramienta de manipulación, mejoro la actitud que tenia hacia ella misma, con el tiempo se dio cuenta que era solo tener la iniciativa propia para realizar las cosas y de no centrarse en sus limitaciones

DIAGNÓSTICO 2:

Alteración sensorial auditiva, relacionada con la afección de la porción coclear, manifestado por la inseguridad a la integración social y peligros ambientales.

OBJETIVO:

Ayudar a la persona al entendimiento y la comunicación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Ayudar al entendimiento y la comunicación con la persona.
- ▣ Mantener que la persona no se sienta aislada, entablando comunicación con su familiar.
- ▣ Evaluación de la persona al conversar, para evitar situaciones que produzcan cansancio y ansiedad.
- ▣ Explicar a la persona el por qué la sensación de escuchar las (campanitas).
- ▣ Explicar el por qué de los estudios sobre la afección coclear.

EJECUCIÓN:

La fomentación a la comunicación y el entendimiento con señas la persona pudo sentirse más segura y menos aislada, ya que ellos buscaban la manera de mantener una comunicación en la que ellos podían saber de las necesidades y preocupaciones, de esta manera se llevo en la semana posterior a la cirugía,

EVALUACIÓN:

En el momento que presento la afección del oído se le explico a la persona en porque de las disminución de la audición, se implementaron estrategias para la comunicación con los demás que fueron estratégicamente buenas para la comunicación para poder expresar sentimientos y necesidades.

DIAGNÓSTICO 3:

Afrontamiento individual inefectivo relacionado con aislamiento prolongado por infección en la herida Témpero-Occipital derecha, manifestado por depresión irritabilidad y cambios en los patrones de comunicación habituales.

OBJETIVO:

Disminuir la irritabilidad explicando el porqué de su aislamiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Conocer el microorganismo y tipo de aislamiento.
- ▣ Evaluar la posibilidad de contacto con sangre, sustancias corporales, mucosas o heridas antes de comenzar con los procedimientos habituales de asistencia con la persona.
- ▣ Reforzar el concepto de la utilización rutinaria de las barreras protectoras a la persona y a su familia.
- ▣ Informar sobre el lavado de manos antes de entrar y al salir de la habitación.
- ▣ Valorar estado de ansiedad e irritabilidad de la persona por el aislamiento.
- ▣ Explicar el porqué del aislamiento.

EJECUCIÓN:

Se le explico a la persona del porqué de su aislamiento, en consecuencia era una herida expuesta que se podía contaminar, con un microorganismo y desencadenar una infección más resistente de la que ya tenía, la toma de cultivos para visualizar el agente causante de la infección ayudo a gran medida para poder intervenirlo quirúrgicamente,.

EVALUACIÓN:

El aislamiento protector evita propagar el microorganismo dentro de la hospitalización, ya que en piso se encontraban más personas hospitalizadas y la resistencia persistía a los medicamentos.

La enseñanza de la barrera de protección que se tenía hacia él era un mecanismo de no propagar la infección a otras personas y hacia él, que está expuesto adquirir una infección así como a su familia, así poder estar más tranquilo y cumplir el tratamiento.

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

DIAGNÓSTICO 1:

Déficit del autocuidado de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baños parciales, relacionado con el reposo en cama y restricciones de actividad, manifestado por falta de higiene y arreglo personal sin ayuda directa y supervisión.

OBJETIVO:

Proporcionarle ayuda para el baño. Generalizando el autocuidado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Ayudarle con el baño y la higiene oral diariamente según necesidades.
- ▣ Mantener el cuarto cálido durante el baño.
- ▣ Observar la piel durante el baño
- ▣ Proporcionar intimidad durante el baño.
- ▣ Observar la capacidad de la persona para peinarse y afeitarse.
- ▣ Colocar la ropa limpia en un lugar cercano.
- ▣ Proporcionar todo el material de baño y situarlo a la mano
- ▣ Cuando ya no haya restricción de su movilidad, animar a la persona a movilizarse y reanudar el autocuidado.
- ▣ Identificación de riesgos de adaptación, como fuerza de voluntad y autoestima.
- ▣ Educar al familiar para la asistencia durante el baño.

EJECUCIÓN:

El agente asistió y fomento la higiene de la persona durante su hospitalización, sugirió que es una persona que puede realizar su propio autocuidado con supervisión de su familiar. Además se le indujo al familiar para su participación durante el baño.

EVALUACIÓN:

Después de las intervenciones asistenciales y de forma continua, la persona fue autosuficiente adaptando formas más cómodas y de precaución para la higiene; se eliminaron las frustraciones de que él no era dependiente para su cuidado, la comunicación con su familiar mejoro en la supervisión y apoyo en la realización de labores higiénicas.

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

DIAGNÓSTICO 1:

Afrontamiento individual ineficaz relacionado con el entorno de la atención sanitaria y la enfermedad manifestado por sentimiento de desolación, frustración e irritabilidad.

OBJETIVO:

Disminuir su frustración e irritabilidad, explicar el porqué de su larga estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- ▣ Presentarse a la persona con un trato amable e informarle que va ser el encargado de supervisarle durante el turno, que va estar al pendiente de cualquier necesidad que tenga y lo cubrirá lo más pronto posible.
- ▣ Explicar a la persona todos los procedimientos, normas y opciones.
- ▣ Practicar la escucha activa, permitiendo a la persona expresar preocupaciones y sentimiento.
- ▣ Informa a los familiares que es muy importante mantener comunicación con la persona, y hacerle sentir su apoyo en todo momento.
- ▣ Animar a la persona y familiares a compartir sus preocupaciones.
- ▣ Enseñarle a la persona expresar sus dudas con respecto a su enfermedad, informarle que gran parte de su recuperación depende de la disposición que él tenga para su rehabilitación.

EJECUCIÓN:

La forma de dirigirse hacia la persona, y buscando el mejor momento para platicar, ayuda en gran medida a que coopere y se sienta menos aprensiva con su enfermedad durante la hospitalización, la educación a las dudas ayuda para la tranquilidad de la persona fomentando una comunicación con todo el grupo de salud de la Institución.

EVALUACIÓN:

El pilar de toda rehabilitación consta mucho de la comunicación, la persona pregunto día a día sobre su estado de salud, siempre se le informo de su situación y el porqué de su retrasó en cuanto a la cirugía. Con estas medidas implementadas en el plan se logro tranquilizar a la persona durante su estancia hospitalaria, presentando un bienestar físico y mental.

8.-PLAN DE ALTA.

El plan de alta propone los aspectos que deben tenerse en cuenta la educación de la persona y su familia, agrupándolos por medio de una nemotecnia que, a la vez facilita su memorización, haciendo énfasis en la prevención, diagnósticos y tratamientos oportunos que se reflejan en un cuidado integral. Reafirma la autonomía de la persona y tiene en cuenta a los cuidadores cuando se trata de personas que no pueden asumir total o parcialmente su auto-cuidado, discapacidades y rehabilitación, siempre en un pensamiento crítico y sintetizar la información.

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

- ▣ Disminuir factores que puedan desencadenar infecciones y alergias, incluyen condiciones de hacinamiento, lugares mal ventilados y mala nutrición.
- ▣ Prevención de infecciones por vía aérea:
 - a) Enseñar a los cuidadores las medidas de prevención por contagio de vía aérea para la persona con afección neurológica como lo es: cubrirse la nariz y boca con papel desechable o pañuelo cuando estornude o tosa para evitar la expulsión de gotas en el medio y esponja a la persona.
 - b) Higiene de manos después de toser y estornudar para no exponer a la persona deprimida inmunológicamente.
- ▣ Enseñar al cuidador técnicas que ayuden a favorecer al intercambio adecuado de O₂ y CO₂, con la técnica de vibración digital y drenaje postural, para evitar el estancamiento de secreciones.
- ▣ Vigilancia de distrés respiratorio, como la agitación, aleteo nasal, inquietud, coloración periférica (acrocianosis) en caso se presentaran.
- ▣ Prevención y resistencia de infecciones:
 - a) Dormir y descansar en periodos.
 - b) Recibir inmunización contra la gripe y neumonía.
 - c) Consumo de dieta equilibrada.

2.-Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

- ▣ Signos y síntomas de riesgos potenciales, con indicadores de infección, urinario, desequilibrio electrolítico, exceso de volumen.
- ▣ Vigilancia y enseñanza de la valoración de ingresos y egresos de líquidos para el óptimo mantenimiento de hidratación de la persona.

3.-Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

- ▮ Alimentación que favorezca al cicatrización de heridas, con una buena ingesta de proteínas y calorías.
- ▮ Hábitos higienes al consumir (frutas y verduras) y tipo de preparación (guisarse completamente a temperaturas adecuadas) y evitarse comidas con exceso de condimentos, carnes rojas, leche no pasteurizada etc.
- ▮ La importancia de mantener una dieta bien equilibrada así como también suplementar con multivitamínicos y otras fuentes productos hipercalóricos e hiposódicos, ya que esta persona tiene tendencia a la hipertensión.

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

- ▮ La importancia de mantener una ingesta diaria de 2 a 3 litros de líquidos.
- ▮ Ingesta de fibra en los alimentos, verdura y fruta para establecer una regularidad en la eliminación.
- ▮ Deambulación y ejercicio abdominal (masaje al marco cólico).
- ▮ Medicación para la eliminación.

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

- ▮ Cuidados de heridas quirúrgicas u otras y detección de los indicadores de infección como.
 - a) Fiebre
 - b) Secreción purulenta
 - c) Enrojecimiento periférico.
- ▮ Fomentar adecuando aporte alimenticio.
- ▮ Ejercicios que favorezcan tono muscular muscular y la movilidad con la ayuda del cuidador, para prevenir contracturas.
 - a) Movilización pasiva, activa y asistida. (flexión y extensión de articulaciones, rotación en muñecas y tobillos)
 - b) Estiramientos de todos los miembros parciales o completos.
 - c) Técnicas de relajación.

6.-Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.

- ▮ Medidas para la mejor de la comunicación por la presencia de hipoacusia, basada en la comunicación escrita o mímica simbólica.
- ▮ Facilitar la libre expresión de sentimientos en cuanto su estado emocional y el contacto con familiares, amigos o personas significativas.

7.-Promoción de la funciones y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdos con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

- ▮ Compartir los sentimientos con personas apegadas al cuidado de la persona, familia, amigos y personal de salud o personas de apoyo.
- ▮ Educar y orientar a la persona de los problemas de audición y deambulación, antes de su alta para garantizar la continuidad entre el hospital y su domicilio, o la oportuna canalización para la rehabilitación a otras instituciones.

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

- ▮ Implementación de instrumentos de seguridad como barandales y bastones para su traslado.
- ▮ La importancia de la continuidad en la medicación en su hogar según prescripción.
- ▮ Asistencia en la higiene, alimentación y riesgos de peligro para la salud (caídas) dentro de su hogar.

9. CONCLUSIONES

La metodología llevada en este Estudio de caso favorece el fin principal de mi formación profesional especializada: para dar atención de calidad a la persona, familia y comunidad, quienes a la vez, al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas, serán capaces de participar en el mismo proceso, señalando o realizando actividades para mejorar la salud. Con esta participación de los interesados, se llevaran a la salud, pues se partirá de la realidad para lograr los cambios deseados.

El estudio de caso, es otra técnica didáctica activa que representa para nosotros como estudiantes, un episodio o situación concreta, dando amplia información sobre las circunstancias que lo envuelven con el fin de analizarlo, resolverlo, elaborar conclusiones y proponer posibles vías de actuación para su resolución, los centrados en descripciones, los de resolución de problemas (centrados en analizar el porqué de decisiones ya tomadas o centrados en generar propuestas de decisión y solución) y los casos de simulación, éstos últimos orientados hacia la dramatización, creo que como profesional de enfermería mi caso tiene todos estos componentes.

Este caso plantea a través de materiales y problemáticas de lo real en el Instituto, que como estudiante de Neurología, permite esencialmente el desarrollo de habilidades cognitivas y de actitudes y valores, a la par que favorece la transferencia de los aprendizajes realizados en el proceso formativo a escenarios y situaciones de la vida real del hospital.

Este trabajo comienza con la identificación de casos susceptibles de ser llevados al aula, y que tengan potencial para el desarrollo de los diferentes objetivos/resultados que se han identificados para cada proceso formativo como especialista. Añado que la calidad didáctica de los estudios de caso, dependen en gran medida de su formulación escrita, de modo que al seleccionarlo o al redactarlo con la asesoría de mi tutora, tomamos en consideración las siguientes características:

- El caso debe ser verosímil, seductor y suficientemente provocador para captar la atención y el interés de nosotros como estudiante en su resolución. En este sentido los buenos casos son aquellos que fascinan a los tutores y estudiantes, logrando que se impliquen activa y positivamente.
- Deben de ser claros y precisos, proporcionando toda la información necesaria para su comprensión.
- A la vez deben evitar un exceso de información que pueda anticipar posibles soluciones a la situación planeada.
- Rechazar a los que omitan datos importantes de modo que impiden configurar una visión completa del episodio y aquellos que permiten una interpretación subjetiva de la situación descrita.
- Priorizar aquellos que incluyan preguntas críticas que estén formuladas con precisión y que orienten a una solución analítica centrada en el contenido del caso o una solución reflexiva que traspase los límites de la situación expuesta.

La didáctica fue:

- ▣ Preparación y presentación del caso
- ▣ Conformación y búsqueda de información
- ▣ Análisis de Recursos.
- ▣ Debate con el tutor.
- ▣ Respuestas a preguntas y temáticas planteadas.
- ▣ Comentarios, síntesis y conclusiones.
- ▣ Presentación del trabajo.
- ▣ Evaluación del proceso y resultados obtenidos.

Luego de la satisfactoria culminación de este estudio de caso, se ha llegado a la conclusión de que el Proceso del Cuidado de Enfermería constituye una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del personal de enfermería, debido a que mediante esta metodología de trabajo con pasos relacionados, el profesional interactúa con la persona para conseguir los datos necesarios para la formulación de diagnósticos de enfermería que dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse en el usuario. Cabe resaltar que para la aplicación de este proceso es necesario mantener un elevado grado de interacción con el usuario y con el familiar del mismo, como fue el caso de este estudio.

10. COMENTARIOS

El conjunto de la investigación y la práctica del cuidado de la persona, siempre o casi siempre se deja en segundo término la parte emocional, psicológica y la empatía con la persona que vive el problema, ya que siempre se abusa el uso de material indirecto, como lo es el expediente clínico o las fuentes bibliográficas.

Gran parte del tratamiento se lleva a cabo con la practica medica (farmacológica, innovación en técnicas quirúrgicas o complementarios), sin antes saber el sentir de la persona ante una situación de salud; aquí la gran importancia del primer contacto con los principios básicos del entendimiento de un evento, son cosas simples pero muy importantes así cómo dirigirnos a la persona, respetando su individualidad, su sentir, el entendimiento y la preocupación de la situación real de todo lo que lleva en su entorno como persona.

La profesión especializada de enfermería debe de tener en cuenta que el conocimiento no solo se basa en cuidado físico si no también en el cuidado del alma, para reintegrarlo a su esfera psicobiosocial.

BIBLIOGRAFIA.

1. ALFARO, Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería". Guía practica edt. Mosby-Doyma, Madrid España, 1996.
2. BREUGEM, CC, Maas M, Breugem SJ, Schaap GR, Van Der Horst CM. "Vascular malformations of the lower limb with osseus involvement". J Bone Joint Surg Br 2003.
3. CARPENITO, Lynda J. " Diagnósticos de Enfermería, Aplicación a la Práctica Clínica". Edit. Mc Graw-Hill, México, 9° edicion, 2004.
4. CODIGO, "Guía-Bioética de Conducta Profesional", Sector Salud, México, 2003.
5. COOLIERE M. Francoise "Promover la vida", edit Interamericana, España, 1993.
6. DEWIT C. Susan. "Fundamentos de Enfermería Medicoquirúrgica". Edit. Harcourt, Madrid España, 1999.
7. "El Manual Merck." Edit. Mosby Doyma Libros. Barcelona España, 1999.
8. FAUCI S. Anthony. "Harrison Principios de Medicina Interna", Edit. McGrawHill, Madrid, España, 1998.
9. FRIEDEN IJ. Reese V, Cohen D. PHACE syndrome. The association of posterior fossa brain malformations, hemangiomas, arterial anomalies, coarctation of the aorta and cardiac defect, and eye abnormalities. Arch Dermatol 1996; 132: 307-11.
10. H. COOPER. Daniel, "Manual Washington de Terapéutica Medica" Edit. Lippincott Williams y Wilkings. Barcelona España, 2007, 32° edición.
11. HOLLOWAY M. Nancy. "Planes de Cuidado en Enfermería Medico-Quirúrgica". Edit. Doyma, México, 2000.
12. IVER T. "Proceso de Enfermería y Diagnostico II". Edit. Mc Graw-Hill, México, 2003.
13. JAWETZ, Melnick y Adelberg, " Microbiología Médica" Edit. Manual moderno, México, 2005.
14. JOHNSON Marion et al, "Interrelaciones NANDA, NOC y NIC", Edit. ELSEVIER, Madrid, España, 2007.
15. KATZUNG, G. Bertram. "Farmacología Básica y Clínica". Edit. El Manual Moderno, México, 1998.
16. KOZIERE, Bárbara et, al, "Enfermería Fundamental", 4ª Edición, Edit, Interamericana McGraw-Hill, Madrid, España, 2002.
17. LESLIE Atkinson "Proceso de Atención de Enfermería". Edit. El Manual Moderno, México, 1999.

18. MAZOYER E, Enjolras O, Laurian C, Houdart E, Drouet L. "Coagulation abnormalities associated with extensive venous malformations of the limbs: differentiation from Kasabach-Merritt syndrome". Clin Lab Haematol 2002; 24: 243-251.
19. MULLIKEN JB, Glowacki J. "Hemangioma and vascular malformation in infants and children: A classification based on endothelial characteristics. Plast Reconstr Surg 1999; 69:412-20.
20. MUROTANY K, Hiramoto M. Agenesis of the internal carotid artery with a large hemangioma of the tongue. Neuroradiology 1995;27:357-9.
21. NETTINA, M. Sandra "Enfermería Práctica". Edit. McGraw-Hill, México, 1999.
22. O. OSAMA, Zaidat et al. "El pequeño libro negro de Neurología" 4ª Edición, Edit. ELSEVIER MOSBY, España, 2003.
23. PHANEUF, "La Planificación de los cuidados Enfermero". Edit. Interamericana, México, 1999.
24. ROSALES, B. Susana, "Fundamentos de Enfermería". Edit. Manual Moderno, México, 1999, Segunda edición.
25. ROPER, "Proceso atención Enfermería Modelo de Aplicación". Edit. Interamericana, México, 1999.
26. SCHWARTZ, Seymour, "Principios de cirugía volumen I y II", Edit. McGraw-Hill Interamericana, México, 2004.
27. TAMAYO T. Mario. "El trabajo Científico, Metodológico, Edit. Limusa, México, 2002.
28. TAVERAS JM. Multiple progressive intracranial arterial occlusions: a syndrome of children and young adults. Am J Roentgenol Rad Ther Nucl Med. 2000, 106:235-68.
29. TORRES-MOHEDAS J, Verdu A, Vidal B, Jadraque R. Presentación conjunta de hemangioma facial, malformación de la fosa posterior e hipoplasia carotido-vertebral (Síndrome de Pascual-Castraviejo II): aportación de dos nuevos casos. Rev Neurol 2001 ;32:50-4.
30. ZARRANZ, J. Juan. "Compendio de Neurología". Edit. Harcourt, Madrid, España, 2001.
31. www.altavista.com.mx
32. www.DeWikipedia.edu/tratado.
33. www.medlineplus.com
34. www.neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/vascular-7.html

ANEXOS

ANEXO I.

México, D.F. a _____ de _____ del 200__

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la Paciente:

Numero del Expediente:

Por mi propio derecho, en pleno uso de mis facultades y por mi libre decisión otorgo autorización que conforme al derecho corresponda a efecto de que el estudiante: _____ de la Especialidad de Enfermería Neurologica, que se encuentra en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, "Manuel Velasco Suárez, me realice una entrevista con la presencia de un familiar para realizar estudio de caso.

No omito manifestar que se me ha proporcionado toda la información del motivo (s) que hace (n), necesario la entrevista en el cual se abordaran,, preguntas acerca de algunos aspectos de mi vida personal y que no interfieren en mi tratamiento terapéutico.

De conformidad con lo anterior, acepto y me comprometo voluntariamente a dar cumplimiento a la entrevista solicitada, y en caso necesario me podrá poner en contacto conmigo las veces que sean necesarios.

Si Autorizo.

Nombre Completo y Firma del Paciente.

Nombre Completo y Firma del Tutor Legal.

Nombre Completo y Firma del Enfermero.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA NEUROLOGICA**



INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA NEUROLOGICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: M.M.M Edad 68 Sexo M F Estado civil soltero Religión ninguna Escolaridad 3 año de matemáticas
 Ocupación anterior Desempleado Ocupación actual _____
 Domicilio - Texcoco Teléfono 015959547237 # de integrantes en la familia 6
 Dx. médico _____ Tx. médico actual _____
 Motivo de consulta HEMANGIOMA EXTRACRANEAL OCCIPITAL DERECHO Derecho a algún servicio de salud SI () NO (x)
 ¿Cuál? _____
 Persona responsable _____ Edad _____ parentesco _____

Desviaciones de la salud	Si	No
Factores de riesgo		
Hipercolesterolemia		x
Obesidad		x
Sedentarismo		x
Diabetes mellitas	x	
Hipertensión arterial	x	
Consumo excesivo de sal	x	
Consumo de drogas		x
Anticonceptivos orales		x
Traumatismo craneoencefálico	x	
Cuadros gripales (reciente)		x
Infecciones gastrointestinales (reciente)	x	

NOTA: Hace 10 años sufrió de una caída y se golpeo la cabeza. El sufre de colitis irritable.

Desviaciones de la salud	
Antecedentes familiares	parentesco
Diabetes mellitus	Padres
Obesidad	no
Hipertensión	hermana
Cardiopatía	hermano
Enfermedad vascular cerebral	no
Cáncer	no
Migraña	no
Epilepsia	no

TOTALMENTE COMPENSATORIO: La enfermera realiza el principal papel de cuidadora cuando el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de auto cuidado.

PARCIALMENTE COMPENSATORIO: La enfermera participa implicando al paciente en su propio cuidado

DE APOYO O EDUCACIÓN: El paciente es capaz de realizar su auto cuidado

Nota: En cada requisito se determina el sistema de enfermería en la plantación de cuidados.

Totalmente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio <u>x</u> _____
De apoyo o educación _____ <u>x</u> _____

I. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

¿Cuándo realiza sus actividades cotidianas lo hace sin fatigarse?: Si (x) No ()

¿Cómo considera que son sus actividades cotidianas?: Sedentaria (x) Activa ()

¿Usted fuma? Si () No (x) ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Convive con fumadores? Si (x) No ()

Presenta:	SI	NO
Anosmia		x
Tabique desviado		x
Rinorrea	x	
Obstrucción nasal		x
Disnea		x
Disnea de esfuerzo		x
Disnea paroxística		x
Ortopnea		x
Respiración sibilante		x
Alergias	x	
Tos seca	x	
Tos productiva		x
Hemoptisis		x
Expectoración		x
Espasmo bronqueal		x
Murmullo o soplo		x
Ronquido		x

FC 70 x' FR 14 x' TA 130-70 mmHg

Nivel de conciencia ALERTA

Pupilas SCR

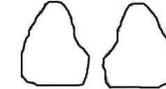
Glasgow 15

Signos de respiración patológica	SI	NO
Cheyre stokes		x
Neurogénica		x
Apneusica		x
Cuss mau		x
ataxica		x

Coloración de piel	SI	NO
Normal	x	
Palidez	x	
Cianosis		x
Rubicundez		x
Otros		x

Fecha y resultado de la ultima radiografía de Tórax:

Se realizo una radiografía en el G.E.A. normal



Observaciones:

Sin compromiso, buena ventilación sin datos de Ruidos anormales

LABORATORIOS		
GASES ARTERIALES	RESULTADO	VALORES NORMALES
SaO ₂	<u>100</u>	93-100
Ph	<u>7.40</u>	7.35-7.45 mmHg
pO ₂	<u>80</u>	60-80 mmHg
CO ₂	<u>29</u>	28-32 mmHg
Exc. B	<u>NL</u>	-2+5 mmHg
Def. B	<u>NL</u>	-2+5 mmHg
HCO ₂	<u>NL</u>	18-22 mmHg

SaO₂ 100 % PVC 8 H2O PIC _____ Apoyo ventilatorio: Ninguno () Puntas nasales () Mascarilla () Ventilador (X)

Traqueotomía () Aspiración de secreciones por: cánula orotraqueal Características de secreciones: verdosas semiespesas

Tipo de catéter: Catéter en subclavia izquierda Línea arterial _____ Medicamentos y soluciones: solucion fisiológica de 1000ml.

Totalmente compensatorio: x
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____

II. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

A perdido peso últimamente: Si (x) No () Ha ganado peso últimamente Si () No(x)

Tiene restricciones de líquidos: Si () No (x) Causa: _____ Bebe agua: Potable (x) Hervida (x)

Ingesta de líquidos habitual (cantidad y tipo): aproximadamente 1000 por día.

PIEL Y MUCOSAS		
Características	SI	NO
Mucosas secas	x	
Mucosas hidratadas		x
Edema		x
Piel hidratada		x
Piel tibia al tacto		x
Piel fría al tacto	x	

LABORATORIOS		
ELECTROLITOS SERICOS	RESULTADO	VALORES NORMALES
CL	104	98-106 mmo/L
Na	143	135-145 mmo/L
K	4.0	3.5-4.5 mmo/L
Calcio	1.27	1.2-1.35 mmo/L
ALT glutamica	40	10-42 UI/l

a) Captopril 265 mg. Cada 8
Augmentin 500mg. Cada 8
Fosfocil 500mg cada 6

b) Omeprazol 20mg cada 24
Microcyn cada 8

c) Amikacina i g cada 24
Cefepime ig cada 12

d) Dorixina 125mg prn
Ciprofloxacina 750 cada 12.

Observaciones

Totalmente compensatorio _____ Parcialmente compensatorio _____ De apoyo o educación _____
--

III. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Tipo de alimentación: Enteral (x) Parenteral () Vía: Sonda Nasogástrica () Gastrostomía () Otra _____

La persona se alimenta solo (x) Con ayuda () Tipo de dieta que consume: Normal (x) Especial () _____

¿Cómo es su apetito? Bueno () Regular () Deficiente (x) Nulo () Cuántas comidas realiza al día: 3 por irritación de medicamentos

¿Cuántas veces a la semana consume? Carnes (5) Harinas (2) Verduras (7) Frutas (7) Lácteos (3)

¿Cómo prepara sus alimentos? Fritos () Hervidos () Asados () Otros semicosidos.

Preferencias alimenticias: frutas, verduras, persimo, yaka Desagrados alimenticios: grasas y chicharrón.

Consumo suplementos alimenticios: SI (x) NO () ¿Cuál? Vitamina E, lecitina de soya y ajo Total de ingesta _____

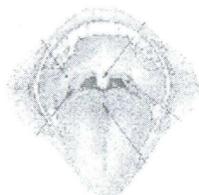
PRESENTA	SI	NO
Alteraciones al gusto		x
Lesiones o úlcera en la boca		x
Dificultad para masticar		x
Dificultad para deglutir		x
Caries	x	
Prótesis dental		x
Infección bucal		x
Dolor de garganta	x	
Nauseas	x	
Vómito	x	
Cambio de apetito	x	
Dolor abdominal o intestinal	x	

PRESENTA	SI	NO
Parálisis facial central		x
Parálisis facial periférica		x
Úlcera gástrica	x	
Intolerancia alimenticia		x
Polifagia		x
Polidipsia		x
Indigestión	x	
Flatulencias	x	
Acides estomacal	x	

Peso: 68 Kg. Talla: 1.70 Cm.

Masa corporal:	SI
Peso ideal	
Sobrepeso	
obesidad	

Observaciones



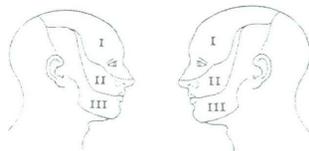
Características de la Boca

Sensibilidad de lengua presente
 Fuerza de lengua presente
 Reflejo nauseoso presente
 Paladar blando presente
 Úvula presente

Sensibilidad de la cara

Derecho

- I. presente
- II. presente
- III. presente



Izquierdo

- I. presente
- II. presente
- III. presente

LABORATORIOS	Resultados	Valores Normales
Triglicéridos	169	70-200 mg/dl
Bilirrubina directa	0.005	0- 0.4 mg/dl
Bilirrubina indirecta	0.34	0.0-1.1 mg/dl
Colesterol	195	80-200 mg/dl
Glucosa	132	36-115 mg%
Urea	43	20-40 mg%
Creatinina	1.1	0.8-1.5 mg%
Acido úrico	8.6	2.1-7.4 mg%
Proteínas totales	7.1	6.3-8.2 gr/dl

Totalmente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____

*IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos
De eliminación y los excrementos.*

MICCIONES

¿Cuántas veces orina al día? 8
 Orina: Color amarillo
 Olor Normal
 Cantidad 1000 aprox.

Presenta	SI	NO
Disuria		x
Polaquiuria		x
Poliuria		x
Oliguria		x
Nicturia		x
Hematuria		x
Dificultad para iniciar la micción		x
Infección de vías urinarias		x
incontinencia		x

EVACUACIONES

¿Cuántas veces defeca al día? 2 a 3
 Heces: Color normal
 Olor normal
 Consistencia Firme
 Presencia de sangre no
 Presencia de moco no

Presenta	SI	NO
Ardor al defecar		x
Dolor al defecar	x	
Evacuaciones diarreicas		x
Hemorroides	x	
Prurito	x	
Disminución de ruidos peristálticos		x

SUDOR

Características apariciencia de agua, sin datos de sales a la vista.

LABORATORIOS		
Examen general de orina	resultado	Valores normales
densidad	NORMAL	1.025
PH	NORMAL	5.0-7.0
Leucocitos	ANORMAL	negativo
Glucosa	NORMAL	Negativo
Proteinas	NORMAL	Negativo
Cristales	NORMAL	Negativo
bacterias	NORMAL	negativo

DRENAJES

	FECHA DE INSTALACION	PERDIDA INSENSIBLE	BALANCE
Ventriculostomia corta			
Drenaje de lecho quirúrgico	<u>Después de la cirugía.</u>	<u>600ml.</u>	<u>Positivo</u>
Drenaje subdural			
Drenaje epidural			
Sonda nasogastrica			
Ventriculostomia larga			
Sello de agua			
Sonda foley			

Totalmente compensatorio: <u>x</u>
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____

V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo un aporte suficiente de aire

Problemas para movilizarse: Si (x) No () ejercicios de movilización Si (x) No ()

¿Realiza alguna actividad recreativa?: Si (x) No () ¿cuál? Ejercicios pasivos ¿se cansa al moverse? Si () No (x)

¿Sufre de estrés? Si (x) No () ¿Cuántas horas duerme?: 8 hrs ¿utiliza algún remedio para dormir? Si () No (x) ¿Cuál? _____

¿Requiere ayuda para movilizarse? Si (x) No () ¿cuál? Bastón () Andadera () Silla de ruedas () Muletas () : apoyo de su familiar para su deambulación

Presenta:	SI	NO
Articulaciones dolorosas		x
Deformación de articulaciones		x
Espasmos musculares		x
Monoplejía		x
Hemiplejía		x
Cuadriplejía		x
Monoparecia		x
Cuadriparecia		x
Temblores	x	

Presenta:	SI	NO
Dolor de cabeza	x	
Vértigo	x	
Crisis convulsiones		x
Alteraciones de la memoria	x	
Alteraciones de sueño	X	
Atrofia muscular		x
Postura inadecuada		x
Espasticidad		x
Marcha ataxica	X	
Marcha cerebelosa	x	
Marcha jacksoniana		x

Observaciones

Reflejos patológicos

	SI	NO
Babinsky		+
Brudzinsky		+
Kerning		+
Hiperreflexia		+
Hiporreflexia		+

Actividad motora

Fuerza
5/_5_



Fuerza
5/_5_

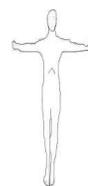
Fuerza
5/_5_

Fuerza
5/_5_

sensibilidad y Reflejos

Reflejos
Sensibilidad
+ +
++ --
+++ ---

Reflejos
Sensibilidad
+ +
++ --
+++ ---



Reflejos
Sensibilidad
+ +
++ --
+++ ---

Reflejos
Sensibilidad
+ +
++ --
+++ ---

Expresión facial

Presentes +
Ausentes X
Frente (+)
Nariz (+)
Boca (+)



Totalmente compensatorio	_____
Parcialmente compensatorio	_____
De apoyo o educación	_____

VI. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social

¿Trabaja?: Si () No (x) ¿Con quién convive? Solo () familia (x) Hijos () Pareja () Padres ()

¿Descripción de las relaciones en el núcleo familiar?: buena () mala () regular (x) nula ()

¿Papel que desempeña en el hogar? hermano ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? Satisfecho () Valorado () Insatisfecho ()

INTERACCION SOCIAL	SI	NO
Le satisface el rol que desempeña en el hogar	x	
Se ha visto alterado su rol que desempeña por su padecimiento		x
Se siente satisfecho con su propia vida		x
Siente ansiedad o temor de estar solo o con otras personas	X	
Tiene facilidad para comunicarse con los demás		X
Tiene facilidad para relacionarse con otras personas	X	
Su familia lo apoya con su enfermedad	X	
Busca ayuda en otras personas cuando tiene problemas		x
Busca apoyo en su religión	X	
Cuenta con alguna persona en quien apoyarse en una situación de crisis	X	
Se siente aislado	x	

Dificultad para comunicarse	SI	NO
Afasia		x
Alexia		x
Apraxia		x
Disartria		x
Anomia		x
Perseverancia		x

Observaciones

Vida sexual

Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria: Si (x) No ()

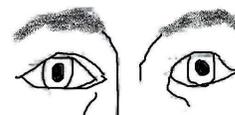
En caso de que su respuesta sea no, ¿le resulta un problema digno de mencionar?: _____

En caso de que sea afirmativa su respuesta, ¿cree que la causa es personal o situacional?: _____

Estado emocional	SI	NO
Ansioso	x	
Deprimido (al rechazo por el G.E.A.)	x	
Lábil		x
Miedoso		x
Agresivo (con tendencia por ser injustos al trato)	x	
Pasivo		x

Valoración ocular

Ojos	SI	NO
Lagrimo excesivo		x
Prurito en os ojos		x
Partículas flotantes		x
Visión doble	x	
Fotofobia		x
Infecciones frecuentes		x
Uso de lentes	x	
Ptosis palpebral		x



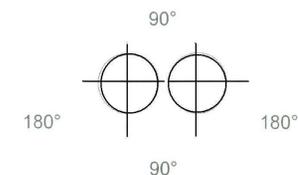
Valoración auditiva



Oídos	SI	NO
Tinnitus	x	
Secreción ótica		x
Vértigo	x	
Sensibilidad auditiva	x	
Infección		x
Auxiliar auditivo		x

Movimientos oculares
Normal
 Reflejo pupilar _____
 Reflejo corneal _____

Campos visuales



NOTA: lesiones visuales marcar el cuadrante ocular que este afectado

Rinne:
 Resultado + --
 Oído derecho (+) oído izquierdo (+)

Weber:
 Lateraliza X
 Izquierda () Derecho () Central (x)

Totalmente compensatorio _____
 Parcialmente compensatorio _____
 De apoyo o educación _____

VII. promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

Lleva una vida: Sedentaria () Activa (x) Autoconcepto de si mismo : persona pasiva, tranquila, solidaria que no busca problemas

Cual es su situación laboral actual _____

Con que frecuencia visita al medico nunca

Realiza el aseo bucal: 3 veces () 2 veces (x) 1 vez () ninguno ()

Observaciones

Totalmente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____

VIII. prevención de peligros para la vida, el funcionamiento
Humano y el bienestar humano

¿Qué hace para cuidar su salud? Comer sanamente y no caer en excesos

Vacunación completa () Incompleta () Última vacuna aplicada hace 10 años no lo recuerda.

Consumo de alcohol: Si () No () frecuencia _____ alergias Si () No () A que _____

Toxicómanas Si () No () Frecuencia _____

Acude regularmente a las revisiones de salud: Si () No () quien le lleva un control de su enfermedad _____

¿Ha presentado cefalea últimamente? Si () No () ¿con que frecuencia e intensidad? _____

Realiza algún control adicional	SI	NO
Dieta	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ejercicio		<input checked="" type="checkbox"/>
Control de presión arterial		<input checked="" type="checkbox"/>
Registro de pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	
Registro de respiración	<input checked="" type="checkbox"/>	
Control de glucosa desangre		<input checked="" type="checkbox"/>
Visión	<input checked="" type="checkbox"/>	
Audición	<input checked="" type="checkbox"/>	
Memoria	<input checked="" type="checkbox"/>	

Factores de riesgo	SI	NO
Suelo encerado		
Suelo mojado		<input checked="" type="checkbox"/>
Cables en el piso		<input checked="" type="checkbox"/>
Suelo a desniveles		<input checked="" type="checkbox"/>
Falta de iluminación en escaleras		<input checked="" type="checkbox"/>
Falta de iluminación en habitación		<input checked="" type="checkbox"/>
Falta de barandales en la cama		<input checked="" type="checkbox"/>

Conservación del entorno	
Distribución de cuartos que tiene en la casa Cocina: <u>1</u> Habitaciones: <u>5</u> Baño: <u>2</u>	
Cuenta con Agua <input checked="" type="checkbox"/> Drenaje <input checked="" type="checkbox"/> luz <input checked="" type="checkbox"/>	
la casa es: rentada <input type="checkbox"/> propia <input checked="" type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>	
Material de construcción: ladrillo y cemento	
Animales Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Perros: <u>2</u> gatos: _____ otros :aves <u>3</u>	
¿Están vacunados? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Dónde se encuentran? Fuera de la casa <input type="checkbox"/> dentro de la casa <input checked="" type="checkbox"/>	
Comentarios:	

Observaciones

Totalmente compensatorio _____
Parcialmente compensatorio _____
De apoyo o educación _____