



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A:

PACIENTE ADULTO JOVEN CON ALTERACION DE LA NECESIDAD DE
MOVIAMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA Y COMUNICACIÓN
RELACIONADO CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO POR ARMA DE
FUEGO CON LA PERSPECTIVA DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

GABRIELA HERRERA DIONICIO

N° DE CUENTA 306015108

DIRECTOR ACADEMICO

E.P. MARIA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCIA



MÉXICO, D. F. AGOSTO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a dios:

Especial Señor: tú que en silencio me has acompañado a lo largo de mi vida y sin pedirme nada a cambio hoy me regalas la alegría de ver realizado uno de mis sueños, guarda mi corazón cerca de ti y guíame día con día en el camino que lleva hacia ti.

A mis padres:

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecerles una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante; solo deseo que comprendas que el logro mío es suyo, que mi esfuerzo es inspirado en ustedes y que son mi único ideal.

TLASCAMATI MILLAC PORQUE TECH PALEHUI POR HUEYI MO YOLLO, TLASCAMATI
PORMO CUALCI TAGATL ALDO ALVARADO HERNANDEZ, TLASCAMATI MILLAC TO NANA
YEYECTZY RAFAELA HERNANDEZ CONCEPCION HUAN NOKIA TLASCAMATI MILLAC NO
TATA HUEYI CHICHI JOAQUIN ALVARADO GONZALEZ NI MIS NEQUI MILLAC

INDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. OBJETIVOS
- IV. METODOLOGÍA
- V. MARCO TEÓRICO
- VI. VALORACIÓN
- VII. PLANEACIÓN
- VIII. EVALUACIÓN
- IX. PLAN DE ALTA
- X. CONCLUSIONES
- XI. BIBLIOGRAFÍA
- XII. ANEXOS
- XIII. GLOSARIO

I. INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es definido por la National Head Injury Fundatión como "un daño al cerebro, de naturaleza no degenerativa, causado por una fuerza externa, que puede producir una disminución o alteración del estado de conciencia, dando como resultado un deterioro del funcionamiento de las capacidades cognitivas y físicas".

La incidencia del TCE abarca de 200 a 300 por cada 100 000 habitantes. En términos generales, el 80% de los TCE son leves; el 10% moderados, y el 10%, graves. De éstos, respectivamente, el 10%, el 65% y el 99% desarrollan algún tipo de alteración neurológica o psiquiátrica si han sobrevivido al evento. Las causas más frecuentes del TCE son, accidentes de tráfico (42%), caídas (23%), agresiones (14%) y lesión por deporte (6%) (4).

En México (5), el TCE es la tercera causa de muerte, que corresponde a muertes violentas y accidentes, con 35,567 defunciones; un índice de mortalidad de 38.8 por 100 mil habitantes, con mayor incidencia en hombres y en población de 15 a 45 años.

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería a las personas, familias y comunidades, esta herramienta permite identificar y priorizar las necesidades afectadas para establecer cuidados y mejorar la calidad de vida.

La valoración e identificación de las necesidades se realiza a través del modelo de Virginia Henderson, el cual permite identificar las situaciones sobre las cuales la enfermera puede actuar, para lo cual requiere un proceso diagnóstico y se utilizan los diagnósticos con la taxonomía NANDA, y posteriormente proyectar un plan de cuidados interrelacionando las intervenciones, indicando las relaciones entre el problema o estado actual del paciente, los aspectos del problema que se esperan resolver para que la persona alcance bienestar y mejoría.

II. JUSTIFICACIÓN

Se realiza el Proceso Atención Enfermero basado en conocimientos teórico-prácticas como una parte importante en la formación académica de los egresados de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia como una parte importante en la adquisición de habilidades cognoscitivas en el desempeño del cuidado y por la incidencia de la patología del adulto joven , en este caso, traumatismo craneoencefálico por arma de fuego, para establecer un plan de cuidados e implementarlo, el cual cubra las necesidades del paciente mediante intervenciones de enfermería , previa valoración, toma de decisiones, y condicione al individuo al equilibrio de su estado de salud.

III. OBJETIVOS

General

- Establecer el proceso de atención de enfermería en una paciente con traumatismo craneo encefálico por arma de fuego, identificando necesidades de enfermería para establecer un plan de atención y proporcionar cuidados específicos.

Específicos

- Identificar las necesidades básicas afectadas mediante el modelo de Virginia Henderson.
- Formular diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA.
- Elaborar un plan de cuidados específicos ante las necesidades identificadas.
- Aplicar y evaluar los cuidados de enfermería mediante las intervenciones
- Elaborar el plan de alta y proporcionar estrategias para el cuidado de la paciente

IV. METODOLOGIA

Los instrumentos y técnicas que se utilizaron para realizar el proceso de atención de enfermería fueron los siguientes: la observación, las fichas de trabajo, la entrevista, la historia clínica, la valoración, planeación, ejecución y la evaluación.

La Observación

Mediante esta técnica fue posible, conocer la problemática en cuanto a signos y síntomas que el paciente presenta como consecuencia del traumatismo craneoencefálico así como también observar las necesidades bio – psico – socio-cultural, que se deben satisfacer en una estancia hospitalaria y en su hogar.

Las Fichas de trabajo

Mediante este instrumento fue posible recopilar toda la información sobre aspectos de anatomía, fisiología y patología; fue necesario para conformar la metodología del TCE. De esta manera se pudieron conformar fichas bibliográficas sobre el cráneo, SNC y cerebro.

La entrevista

Fue una de las técnicas más importantes pues mediante esta se conocieron los datos desde el accidente hasta su intervención y problemática en el hospital. En la entrevista participaron su hermana y su madre.

Historia clínica

A través de la historia clínica, fue posible conocer los datos de identificación del paciente, así como las necesidades fisiológicas, psicológicas, socioculturales, y el padecimiento actual; así mismo se conoció su composición familiar.

Valoración

La técnica de la exploración física, nos permite dar un diagnóstico de enfermería, y de realizar un plan de atención; de acuerdo a las necesidades básicas que propone Virginia Henderson.

Planeación

Para la planeación se tiene que formular un plan de cuidados de enfermería en el cual se llevan a cabo un plan de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

Ejecución

Durante la ejecución se pone en práctica las intervenciones planificadas de enfermería, para lograra los resultados propuestos.

Evaluación

En esta etapa, se apreciara los resultados finales de las acciones de enfermería.

V. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES HISTORICOS

La primera teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de ahí nacen nuevos modelos, cada uno de ellos aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como una ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería.

Florence Nightingale (1820 – 1910)

Enfermera inglesa, nacida en Florencia, ofreció sus servicios en la guerra de Crimea (1854) en los campos de batalla del ejército británico. Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas del saneamiento (condiciones higiénicas en general), en Londres fundó una escuela de enfermeras y es considerada como fundadora de las escuelas de enfermeras profesionales. ¹

Sus aportaciones pueden considerarse a dos niveles:

a) En el ámbito general de la disciplina enfermera:

- Inicio la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propios de la enfermería
- Organizó las enseñanzas y la educación de la profesión.
- Inicio la investigación en enfermería y fue la primera en escribir sobre la disciplina.

b) aportaciones asociadas:

- inicio las organizaciones de la enfermería militar.
- Fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene, saneamiento dentro de la enfermería.

¹-Catalina García Martín-Caro.p.p.137, 142 Historia de la Enfermería.

Florence intento definir las aportaciones específicas de enfermería al cuidado de la salud.¹

Desde 1852 hasta 1996 se creó y desarrollo una corriente filosófica, que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de Virginia Henderson.

VIRGINIA HENDERSON (1897 – 1996)

Virginia Henderson nació en Kansas City, Missouri; su interés por la enfermería se desarrollo durante la primera guerra mundial graduándose como enfermera en 1921 y se especializó como enfermera docente.

Tres años de labor docente, asistencial e investigadora, Virginia Henderson da a conocer lo que será sin duda una definición de la disciplina enfermera, en su conocida afirmación de la función propia de la enfermería. “la única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la relación de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.² Esta definición fue adoptada por el Congreso Internacional de Enfermera (CIE), que la ha mantenido hasta la fecha.

Los Elementos más Importantes de su Teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica las 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”.

Esta teoría de enfermería incorporo los principios filosóficos y psicológicos a su concepto de enfermería.

1-Catalina García Martín-Caro.p.p.137, 142 Historia de la Enfermería

2- Carmen Fernández Ferrín. p.p VII, VII, El proceso de atención de enfermería.

DEFICICION DE ENFERMERIA (Virginia Henderson)

Se puede afirmar que la enfermería es una disciplina profesional orientada hacia la práctica y es considerada como ciencia, en tanto que posee un cuerpo organizado de conocimientos abstractos (teorías) al que se llega mediante la investigación científica y el análisis lógico, o razonamiento analítico, y como arte cuando en la práctica de los cuidados enfermeros, de forma ética, creativa e imaginativa, usa este cuerpo de conocimientos en servicios de los seres humanos y de sus necesidades de salud.³

La enfermería actual se define desde tres aspectos diferentes:¹

- a) Sociológico
- b) Teórico – fisiológico
- c) Ejercicio profesional

a) Aspectos Sociológico

Desde esta perspectiva se define como la profesionalización de la actividad de cuidar. Según el diccionario de la real academia de la lengua española, el término profesionalización significa “dar carácter de profesión a una actividad”.

Una actividad es un conjunto de acciones o tareas que se realizan con un fin determinado. Llevar a cabo una actividad está influenciado por dos condiciones.

Uno de ellos se refiere a la persona que ha de realizarla comprendiendo las capacidades individuales. El segundo lo determina la complejidad de la actividad a realizar.

1-Catalina García Martín-Caro.p.p.137, 142 Historia de la Enfermería

3-Carmen Fernández Ferrín. p.p 137 Enfermería Fundamental

Según eso una actividad se establece en tres niveles:

- I. autoacción. Actividad realizada por uno mismo. En este caso la persona posee las capacidades requeridas (conocimientos y habilidades)
- II. acción de apoyo. Si se necesita ayuda de otra persona que por sus conocimientos, experiencia, etc., completa la capacidad de la que ha de llevar la acabo la acción.
- III. Acción profesional. Si la acción requiere de aptitudes específicas que solo puede ser llevadas a efecto por un experto de la metería.

La actividad de cuidar en los dos primeros niveles descritos la ejercen las personas de forma habitual. Pero si la complejidad de la acción requiere de las capacidades específicas y de acciones basadas en principios de la ciencia, se precisa la intervención de un experto. A esta intervención se le denomina enfermería .2

b) Aspecto teórico – filosófico

La primera que definió la enfermería, en 1860 fue Florence Nightingale, conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarlo a su recuperación.

Textualmente Nightingale escribe que enfermería es el “uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad, la selección de la dieta y su administración, y con el menos gasto de energía por el paciente”.

Cien años después Virginia Henderson fue una de las primeras enfermera en definir la enfermería: “la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo a ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.”²

2- Carmen Fernández Ferrin. p.p. 3 El Proceso de Atención de Enfermería.

Desde la mitad del siglo XX, una serie de enfermeras teorizantes han desarrollado su visión particular de la enfermería, definiéndola de forma explícita en sus respectivas teorías, sistemas conceptuales, modelos, etc. Pero a pesar de las deferencias entre estas definiciones, lo que es cierto es que existe un aspecto común en todas. En nuestra opinión y adoptando los valores y creencias de Dorotea Orem, se podrá definir la enfermería de forma genérica como conjunto de conocimientos organizados para prestar un servicio de ayuda a personas que son total o parcialmente dependientes, cuando ellos o personas responsables de su cuidado ya no son capaces de prestar o supervisar el mismo.¹

c) Aspecto de la práctica profesional

Desde esta perspectiva, también fue Florence Nightingale la primera en situar la enfermería como “un arte o destreza de la salud que cada madre, muchacha, esposa maestra, niñera, cada mujer, debe aprender prácticamente”.

En la actualidad, las organizaciones profesionales han definido la enfermería desde el aspecto de la práctica profesional, destacando la propuesta por la Asociación Americana de Enfermería (ANA), que en 1980 describió el ejército profesional como “El diagnóstico y tratamiento de las respuesta humanas a problemas de salud reales o potenciales”.

Virginia Henderson incorporo los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explico la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de salud.

Como se puede observar la acción de enfermería se diferencia de la actividad médica precisamente porque no trata las enfermedades, si no las respuestas que mantiene incomoda a la persona. ¹

El Cuidado Como Objeto de la Disciplina Enfermera

El cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermera. Esta causa es la que debe ser percibida con claridad por los usuarios de los servicios que prestamos enfermería en el contexto de la atención de salud.

¹-Catalina García Martín-Caro.p.p.177, 177, 179 Historia de la Enfermería.

Si desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objetivo de la enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión. ¹

PARADIGMA

Se define a las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo. (Por el filósofo Thomas Jun; 1970 y el filósofo Capra: 1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental; paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.⁴

Disciplina

Es una rea de investigación y de practica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar lo fenómenos. ⁴

En el área de la ciencia enfermera, según relata K rouac, los autores han propuesto, entre otros los siguientes paradigmas:

Paradigma de la Categorización

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En la ciencia de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda del factor causante de la enfermedad. Además inspira dos orientaciones de enfermaría: una centrada en la salud pública y otra centrada en la enferm ad. ⁴

Paradigma de la Integración

Prolonga en paradigma de la categorización recorriendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrado el contexto especifico en que se sitúa. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. ⁴

Paradigma de la Transformación

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Entiende cada fenómeno como único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. En este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia le mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina. ⁴

4- Suzanne K rouac. p.p. 12,18, 24 El Pensamiento Enfermero.

Resumiendo una visión lineal, unicausal (paradigma de la categorización) ha denominado las ideologías y la formación en curso de este último siglo, así como en todas las esferas de actividades. Las enfermeras han detectado que la experiencia de salud y enfermedad sobrepasa la linealidad y la clasificación. Muy pronto han considerado a la persona en su globalidad, en interacción con el entorno (paradigma de la integración y de la transformación). 4

La relación particular entre los conceptos “cuidados”, persona, salud y entorno constituyen el núcleo de la disciplina, enfermera. 4

METAPARADIGMA

Es la perspectiva más global de una disciplina; representa el gran marco teórico de esta, dentro del cual son elaboradas estructuras mas restringidas.

El metaparadigma identifica los fenómenos propios de la disciplina y la perspectiva general adoptada para observarlos. 5

Disciplina

Una disciplina ha sido definida como: “una perspectiva única, una forma diferenciada de ver los fenómenos, lo que definitivamente delimita los límites y naturaleza de sus investigaciones” (Donaldson y Crowley, 1978).

Una disciplina incluye una rama específica de conocimientos y la forma en que un orden y unas normas son aplicados al conocimiento. 5

La disciplina de enfermería según Carper (1978), incluye el contenido de cuatro patrones de conocimiento diferenciados e íntimamente relacionados entre sí:

Conocimiento empírico (ciencia enfermera), conocimiento ético (conocimiento moral) conocimiento estético (el arte de enfermería) y conocimiento personal (autoconocimiento).

El conjunto de las teorías de estos cuatro patrones, así como las estrategias de investigación utilizadas para elaborarlas, constituye la totalidad el conocimiento enfermero, el cual está en continua evolución a causa de los cambios y avances que se generan a partir de las investigaciones.5

4- Suzanne Kéroac. p.p. 12,18, 24 El Pensamiento Enfermero.

5- Carmen Fernández Ferrin. p.p 138, 136,137 Enfermería Fundamental.

Teoría

Una teoría es una articulación coherente, organizada y sistematizada de un conjunto de afirmaciones relacionadas con preguntas significativas para una disciplina, que son comunicadas en una explicación integral que tiene sentido.

Es una representación simbólica de los aspectos de la realidad que son descubiertos o ideados con el propósito de describir, explicar, predecir o prescribir acontecimientos, situaciones, condiciones o relaciones.

Las teorías tienen conceptos que están relacionados con los fenómenos de la disciplina; al relacionar estos conceptos entre sí, se constituyen afirmaciones teóricas. 5

Fenómeno

Un fenómeno son todos los aspectos de la realidad que pueden ser experimentados o sentidos de forma consciente. Los fenómenos de una disciplina son todos los aspectos que inciden en su área de competencia.

Un fenómeno es un término, descripción o nivel, usado para identificar una idea acerca de un acontecimiento, una situación, un proceso o un grupo de acontecimientos o de situaciones 5

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El desarrollo de la profesión de enfermería en las últimas décadas, tanto en sus aspectos teóricos como organizativos y asistenciales, no puede comprenderse sin el aporte universal de Virginia Henderson, que a lo largo de su dilatada y fructífera vida profesional ha proporcionado importantes bases para el avance de enfermería. ⁵

El proceso de atención es la metodología que permite actuar de modo sistemático al implementar la intervención de la enfermería. ⁵

El término “proceso de enfermería” indica la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera planear y proporcionar los cuidados de enfermería. Es la aplicación de solución de problemas, o científico a la práctica de la enfermería, el proceso proporciona una estructura lógica en la que puedan basarse los cuidados de enfermería. El proceso tiene como elementos esenciales el ser planeado, centrado en el individuo (paciente), familia o comunidad orientado a problemas y dirigido a metas.⁶

La enfermería es una ciencia aplicada que requiere de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas a través del proceso de atención de enfermería para ayudar al individuo (paciente) a lograr su potencial máximo de salud. Las enfermeras utilizan planteamientos teóricos para guiar y respaldar cada componente del proceso, actúan como miembros del equipo de salud, por medio de sus actividades independientes, interdependientes y dependientes dentro del sistema de cuidados de salud, sirviendo como abogado del individuo (paciente)

Y asumiendo la responsabilidad ante él. La relación paciente - enfermera es interdependiente, basada en la percepciones, valores, y metas personales. Los pacientes son participantes cativos en cada paso del proceso de enfermería a través de una decisión mutua. ⁷

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para obtener información e identificar los problemas reales o potenciales del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el resultado del cuidado de enfermería.

5-Carmen Fernández Ferrín. p.p. VII, XI, - El proceso de Atención de Enfermería.

6-Beverly Witter Du Gas. p.p 73 Tratado de Enfermería Práctica.

7-Janet W. Griffith. p.p. 4 Proceso de Atención de Enfermería.

En palabras de Alfaro (1998) el proceso enfermero “es un método sistemático de brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de los resultados esperados”. Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. 8

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. A si mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana. 8

Importancia del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación de enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.9

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

- **Valoración**
- **Diagnostico de enfermería**
- **Planeación**
- **Ejecución**
- **Evaluación**

8- Rosalinda Alfaro. p.p. Aplicación del Proceso de Enfermería

9- María Teresa Luis Rodrigo. P.p. 3 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

VALORACION

Valoración: recogida de datos y actuales, objetivos y subjetivos. ⁹

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería. Dado que todas las decisiones y actividades de enfermería se basan en la información reunida durante esta fase, debe considerarla de importancia crucial. Ya que a lo largo de esta etapa se ha de obtener toda la información del paciente. ⁸

La recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesaria para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas reales, potenciales o posibles en el individuo, familia o comunidad y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro. ⁸

Este proceso de recogida de datos incluye las siguientes actividades:

- **Obtención**
- **Validación**
- **Organización de los datos**
- **Registro de los datos**

Obtención de Datos

La recogida de datos empieza con el primer contacto entre el paciente y es el sistema de cuidados de salud. Es el proceso que permite reunir información específica sobre el individuo. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

- a) Información, o pasado, que procede del mismo paciente o individuo (fuente principal).
- b) Objetivos o subjetivos, los primeros son observables, mensurales y se obtiene básicamente a través del examen físico; los segundos por el contrario, se refieren a ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia. ⁸
- c) Generales o focalizados: ya se trate de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del individuo, datos pormenorizados sobre situación o aspecto en concreto. ⁸

8- Rosalinda Alfaro. p.p. 7Aplicación del Proceso de Enfermería

9- María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 4El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

Las fuentes para obtener los datos son varias y, entre ellas, la principal es la propia del individuo, la familia o las personas allegadas a él, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.

Los métodos para obtener la información requerida son, básicamente:

- **Entrevista**
- **Observación**
- **Examen físico**

Entrevista

Se trata de un interrogatorio metódico y organizado que permite a la enfermera adquirir información específica sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes.

Observación

Consiste en el uso de la vista, el oído y el olfato para reunir información sobre el individuo (paciente), la familia o personas allegadas, y el entorno, así como las interacciones en estas tres variables. 9

Examen físico

La valoración física, ya sea cefalocaudal o por órganos, aparatos y sistemas, emplea cuatro técnicas específicas:

- 1- Inspección**
- 2- Palpación**
- 3- Percusión**
- 4- Auscultación**

1- Inspección u observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas, tales como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento simetría, etc.

2- Palpación o uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

9- María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 4, 5 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

3- Percusión o golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos, que varían dependiendo del tipo de estructura que hay debajo. 9

4- Auscultación o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales. Puede ser directa, aplicado el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de estetoscopio. Esta técnica permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados. 9

Validación

Asegurar que la información recogida sea veraz y completa, a fin de evitar errores en los diagnósticos y conclusiones precipitadas.

Organización

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

Registro de datos

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida.

Y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso de la etapa es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados. 9

Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones de la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad. 10

9- María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 7, 8 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Análisis y formulación de un juicio o conclusión sobre la situación. ⁹

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del individuo, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones sigue a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a la decisión o una opinión. ⁷

Según Shoemaker, 1985; considera el diagnóstico de enfermera como un juicio clínico o acerca de un individuo, familia o comunidad que derivado es un proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos. ⁸

En la novena conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (1990) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera. ⁹

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos de forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia. ⁸

Los diagnósticos de enfermería son descripciones de la respuesta humana de un individuo o comunidad a su estado de salud y a menudo se expresan como alteraciones reales o potenciales de esta. Puesto que la respuesta humana está influida en gran parte por la perspectiva única y propia de cada persona, el uso de los diagnósticos de enfermería exige que la enfermera vea el cuidado de la salud a través de los ojos del paciente. ⁸

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara que es lo que se hace y en que se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos. ¹⁰

7-Janet W. Griffith. p.p. 141 Proceso de Atención de Enfermería

8-Rosalinda Alfaro. p.p. 59 Aplicación del Proceso de Enfermería

9-María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 7, 8 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

Los Diagnósticos se Clasifican Según Características. Según Carpenito un Diagnostico Puede ser de Bienestar, Real, de Alto Riesgo o Posible.

- ✓ El de bienestar es un juicio sobre un individuo, familia o comunidad de transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.
- ✓ El diagnostico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales, que existen en un individuo, familia o comunidad.
- ✓ El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre el individuo, familia o comunidad más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.
- ✓ El posible señala un problema que el profesional sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

Por otra parte, el enunciado del diagnostico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnostico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnostico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).⁹

PLANEACIÓN

Identificación de los objetivos que se han de conseguir y de la actuación más adecuada para lograrlos.⁹

La tercera etapa del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnostico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).⁹

⁹-María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 3, 8 El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr sus objetivos. ⁸

Establecimiento de Prioridades

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera, el paciente y la familia determinan. En conjunto, Cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resultado antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de formas simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades: la jerarquización de las necesidades se hace según la teoría o marco conceptual de cuidados de enfermería escogido por la práctica de enfermería.¹⁰

Determinación de Objetivos (metas esperadas)

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea logara con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identifico en el diagnostico de enfermería. Las metas se derivan de la primera parte del diagnostico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea logara con él y, por tanto, determinar si se alcanzo o no el objetivo.

Los resultados esperado, o metas, deben estar entrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y mediables, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas por el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

8-Rosalinda Alfaro. p.p. 7, 59 Aplicación del Proceso de Enfermería

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

Planeación de las Intervenciones de Enfermería

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen a los problemas. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

Características de las Órdenes de Enfermería

Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas por cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar la oportunidad de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben de tomar, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería. Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado de salud, se van modificando cuantas veces sea necesario. ¹⁰

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son las competencias de la enfermera y cuales son delegables o de competencia de otra disciplina de salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos, las habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios. ¹⁰

EJECUCIÓN

Durante la ejecución se pone en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. ⁹

La ejecución es la cuarta etapa, es la operacionalización del planteamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

9-María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 13. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

Validación del plan de atención. Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la situación de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿Se apoya en acontecimientos científicos sólidos? ¿Cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención. ¹⁰

Documentación del plan de atención. Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se ocupan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican y utilizando espacios en blanco para completar. ¹⁰

Los planes de cuidados computarizados se pueden utilizar en la terminal del cuarto de sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones. ¹⁰

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como planeo. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería. ⁸

A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continua la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba de la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del individuo. ⁸

8-Rosalinda Alfaro. p.p. 7, Aplicación del Proceso de Enfermería

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

El resultado debe estar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el personal de enfermería indicara en el plan el objetivo se logro. Cuando el problema no se resolvió, o el objetivo no se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación. 9

La Revaloración del Plan:

Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones:

- 1) Que las prioridades hayan cambiado su orden
- 2) Que haya surgido un nuevo problema
- 3) Que el problema ya haya sido resuelto
- 4) Que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y
- 5) Que el objetivo no se logro o solo se logro de forma parcial

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logro o solo se logro parcialmente. 10

EVALUACION

Evaluación: determinación de la eficacia de la intervención en términos de logro de los objetivos propuestos. 9

La evaluación es la última etapa del proceso de atención de enfermería, debe tenerse en cuenta que está incluida en cada etapa en forma de valoración continuada como parte integral de la relación terapéutica ente enfermera y el individuo. Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es medir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. La evaluación es útil a varios propósitos.

9-María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 13. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

10- www.terra.es/personal/duenas/pae.htm

Un propósito importante consiste en determinar el adelanto del individuo (paciente) para alcanzar las metas establecidas; otro propósito es juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería. 7

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficiencia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982)

El Proceso de Evaluación Consta de Dos Partes

- 1) Recogida de los datos sobre el estado actual de salud/problema/diagnostico que queremos evaluar.
- 2) Comparación con los resultados esperados y juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que ya se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Lyer las siguientes áreas:

Aspecto General y Funcionamiento del Cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia aclínica.

Señales y Síntomas Específicos:

- Observación directa
- Entrevista con el paciente
- Examen de la historia

Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test)

Capacidad Psicomotora (habilidades):

- Observación directa durante la realización de actividades

Observación Emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal.

Situación espiritual (modelo holístico de salud):

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, debe ser interpretada, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirva para plantear correcciones en las áreas de estudio, veamos las partes posibles, conclusiones (resultados esperados), a las que podemos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M. Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- ✓ Medir los cambios del paciente/cliente.
- ✓ En relación a los objetivos marcados.
- ✓ Como resultado de la intervención enfermera.
- ✓ Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan. La intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos (confusos) y/o abreviaturas, es de mayor utilidad indicar que se hizo, se hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrara en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que esta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el individuo y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. 9

EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

¿Qué es un Modelo?

Un modelo es una representación de la realidad. Los modelos se clasifican en dos grupos:

1. Modelos concretos o modelos de la realidad

Son una simulación o analogía que reproduce algo que ya existe en el mundo real.

2. Modelos abstractos o modelos para la realidad.

Representan un ideal, algo aun inexistente pero cuya materialización se persigue. (Un ejemplo de este modelo sería los planos de construcción de un hospital que se desea construir).

Modelo Conceptual

Un modelo conceptual enfermero puede definirse como un conjunto de conceptos y proposiciones generales y abstractas que están integradas entre sí y de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan. 9

Las razones que han llevado a adoptar este modelo conceptual de esta teorizadora son fruto del estudio prolongado y riguroso que realizó, y que se expone a continuación:

- Es uno de los modelos conceptuales más conocidos en gran parte a causa de que la definición de la función propia de la enfermera que dio Henderson fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), que la ha mantenido hasta la fecha. 9
- Resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos, expresa ideas profundas y complejas con lenguaje sencillo y exento de artificios.
- Su construcción teórica es muy abierta, da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situaciones de cuidados (ya sea en centros de hospitalización y o en la comunidad).
- Incluye también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud. Henderson incluye “ayudar al paciente a conseguir su plan terapéutico tal como fue iniciado por el médico”.}
- Da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos: biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

- Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno ocuparse de sus propios cuidados. 9
- Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable al afirmar que la persona/familia actúan como agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas, así contemplada, la salud deja de ser algo externo que es “dado2 por él.
- Sistema sanitario para convertirse en un deber personal y colectivo, idea plenamente coherente con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de cuidados de salud primarios, que prioriza los cuidados de salud preventivos sobre los cuidados sobre los curativos y destaca la implicación del individuo, la familia y comunidad en el logro de las metas de salud.

Propone métodos de solución de problemas, es decir, el proceso enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica, ventaja que comparten las restantes modelos incluidos en las corrientes filosóficas de pensamiento de la categorización y de la integración. 9

CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El trabajo de Virginia Henderson fue producto de la preocupación al constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

A partir de su definición de enfermería, se obtiene una serie de conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson, que son los siguientes:

1. PERSONA

Necesidades básicas

2. SALUD

Independencia

Dependencia

Casusa de la dificultad o problema

9 -María Teresa Luis Rodrigo. p.p. 32. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI.

3. ROL PROFESIONAL

Cuidados básicos de enfermería
Relación con el equipo de salud

4. ENTORNO

Factores ambientales
Factores socioculturales

LA PERSONA: 14 Necesidades Básicas

De acuerdo con la conceptualización de enfermería, según Virginia Henderson; el individuo o persona, el cual es objeto del cuidados enfermero, es un ser bio – psico- social, que tiene 14 necesidades básicas que deben satisfacerse para mantener su integridad física, psicológica y promover su desarrollo y crecimiento. Estas necesidades son:

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

Estas necesidades son comunes en todo individuo/persona, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

Las 14 necesidades básicas están determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha relación existente entre las distintas necesidades., implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a alguna alteración en las restantes. Esto quiere decir que para tener una visión del ser humano como un todo, es necesario interrelacionar las 14 necesidades básicas y los aspectos bio - psico- social y espirituales, para valorar el estado del individuo. El análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de la valoración del proceso de atención. 3

LA SALUD: Independencia/Dependencia/ y Causas de la Dificultad

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener el estado óptimo la propia salud concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que según Henderson a tres causas y que identifica como: falta de fuerza, falta de conocimiento, falta de voluntad las cuales se desarrollaran más adelante. 3

El concepto de **independencia** puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. 3

La **dependencia** puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para corregir la satisfacción de las necesidades. 3

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona. De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesita una dieta determinada, debe ser calificada como dependiente si no sabe como confeccionarla, si no requiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento en que estos déficit sea subsanados esta dependencia ya no pueden ser considerados como dependientes, aunque la alteración física persistía. La causa de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1.-Falta de fuerza: interpretamos por fuerza, no solo a la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2.- Falta de conocimiento: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.³

3.- Falta de voluntad: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

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

3-Carmen Fernández Ferrin. p.p 6, 7, 8 El Proceso de Atención de Enfermería.

EN EL ROL PROFESIONAL: Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud

Los **cuidados** básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterio de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson “este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación”. Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas, la enfermera se compone de los mismos elementos identificables, pero estas e han de adoptar a las modalidades y la idiosincrasia de cada persona. ³

De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad. ³Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos también colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

En relación al paciente, Henderson afirma que, todos los miembros del grupo deben de considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en “asistir” a la persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo. El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en decisiones y en el logro de sus metas. ³

ENTORNO

Diversas autoras han criticado Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo, si se analiza el contenido del modelo de Henderson, vemos que la autora menciona; unas veces de manera implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales), para valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Aunque Henderson no dedico un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y de los factores que las influyen. ³

³-Carmen Fernández Ferrin. p.p 9 El Proceso de Atención de Enfermería.

GENERALIDADES DE LA PATOLOGIA DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

CONCEPTO

La denominación de traumatismo craneoencefálico (TCE) abarca todas las alteraciones que se producen en el cráneo y el encéfalo como consecuencias de un impacto directo o indirecto, que causa, ya sea inmediatamente o bien tras un periodo breve periodo libre de manifestaciones, una pérdida de consciencia y otras alteraciones neurológicas transitorias o definitivas. ¹¹

Etiología

- Accidente vehicular motorizado (frecuencia con historia de intoxicación por alcohol o drogas)
- Caídas libres
- Heridas por arma de fuego o por arma blanca
- Lesiones en actividades deportivas
- Por asaltos
- Por aplastamiento
- Por golpe externo

Fisiopatología

La pérdida súbita del estado de consciencia, es provocada por lesión encefálica por cualquiera de las dos siguientes estructuras anatómicas: corteza cerebral; sistema reticular activador. Por otra parte, la disminución progresiva del estado de consciencia puede ser provocada por incremento de la presión intracraneana y por disminución en el flujo sanguíneo cerebral, independientemente de la causa de ello. El incremento en la presión intracraneana produce complicaciones debido a que el encéfalo se encuentra alojado en una cavidad cerrada y rígida. El agua principal componente de la sangre y del edema, es muy difícil de comprimir por lo que en un incremento en el área del encéfalo, se trasmite a la totalidad del cerebro, alterando el comportamiento. Si el edema cerebral empeora (el tejido cerebral se hincha) o hematoma, crece, en forma rápida, todo el liquido

cefalorraquídeo posible es expulsado del espacio intracraneano y se reduce el volumen de sangre del cráneo. Esto clínicamente se traduce en un pobre flujo sanguíneo y en una pobre oxigenación cerebral, lo cual condiciona la aparición e incremento progresivo de metabolismo anaerobio. 11

11. Comité de Apoyo Vital. ENT. De la A.N.E.M.T. (Nacional Association of Emergency Medical Technicians) p.p. 237 Apoyo Vital Prehospitalario en Trauma (PHTLS). Editorial Emergency Training. 2da. Edición 1993.

La presión en las arterias del cráneo normalmente excede por un margen considerable a la presión intracraneana. Cuando la presión intracraneana se incrementa y se aproxima a la presión arterial media, son comprimidos por el tejido periférico y sufren una reducción de su diámetro, lo cual incrementa la resistencia vascular y disminuye el flujo. El flujo sanguíneo a través de estas arterias se restringe cada vez más.

El encéfalo percibe el decremento en la oxigenación y el metabolismo en el metabolismo anaeróbico. Su respuesta inicial es ordenar al sistema cardiovascular que incremente el flujo a través de un incremento de la presión. Al mismo tiempo ordena al sistema respiratorio para que incremente la oxigenación de la sangre. El resultado clínico de ello es el incremento en la presión sanguínea sistólica y en la frecuencia ventilatoria.

A medida que la presión sanguínea y la presión intracraneana se eleva, se presenta una disminución en la frecuencia del pulso. A ese tipo de fenómeno observado (cuando hay incremento en la presión intracraneana, presión sanguínea elevada, disminución de la frecuencia del pulso y cambios en el patrón respiratorio), se le conoce como triada de Cushing (o respuesta de Cushing), y debe ser interpretado como un signo claro, aunque tardío, de presión intracraneana elevada.

El incremento a la presión intracraneana causa deterioro del estado de conciencia, debido a la hipoxia e incremento en el metabolismo anaeróbico, que se progresa hasta la inconsciencia, déficit en las funciones vitales, y finalmente a la muerte cerebral. Es necesario mantener una buena perfusión cerebral para conservar la oxigenación encefálica y metabolismo aeróbica. 11

Manifestaciones Clínicas

Las lesiones craneoencefálicas, clínicamente pueden considerárseles como ligeras, moderadas y/o graves. 11

Ligeras

- ✓ Pérdida del conocimiento por segundo o minutos
- ✓ Concusión cerebral
- ✓ Cefalea o vomito

Moderadas

- ✓ Pérdida de conocimiento
- ✓ Signos nerviosos anormales
- ✓ Edema cerebral
- ✓ Confusión cerebral

11. Comité de Apoyo Vital. ENT. De la A.N.E.M.T. (National Association of Emergency Medical Technicians) p.p. 238 Apoyo Vital Pre hospitalario en Trauma (PHTLS). Editorial Emergency Training. 2da. Edición 1993.

Graves

- ✓ Laceración del cuero cabelludo
- ✓ Fracturas compuestas del cráneo y diversos grados de destrucción cerebral
- ✓ Fragmentación de los huesos
- ✓ Laceración cerebral
- ✓ Contusión y laceración del encéfalo
- ✓ Edema cerebral progresivo
- ✓ Hematomas intracraneales
- ✓ Hemorragias intracraneales
- ✓ Desgarramiento del encéfalo y de las meninges
- ✓ Hemorragia en el tallo encefálico
- ✓ Laceración de los vasos aracnoideos
- ✓ Desgarramiento de la arteria media meníngea, de los senos o de las venas
- ✓ Edema cerebral
- ✓ Choque
- ✓ Coma
- ✓ Muerte

Complicaciones

- ✓ Lesiones focales del encéfalo
- ✓ Lesión de nervios craneales
- ✓ Lesiones vasculares (hemorragias, trombosis, formación de aneurismas)
- ✓ Hidrocefalia
- ✓ Fractura de la base del cráneo y fistula del líquido cefalorraquídeo
- ✓ Hematoma epidural
- ✓ Hematoma subdural crónico
- ✓ Hematoma subaracnoideo
- ✓ Hematoma intracerebral
- ✓ Infecciones (meningitis, abscesos)
- ✓ Alteraciones neurológicas transitorias o definitivas
- ✓ Convulsiones, psicosis, perturbaciones mentales

- ✓ Síndrome cerebral postraumático
- ✓ Aumento de la presión intracraneana
- ✓ Infecciones pulmonares
- ✓ Hipertermia. 2

11. Comité de Apoyo Vital. ENT. De la A.N.E.M.T. (Nacional Association of Emergency Medical Technicians) p.p. 239 Apoyo Vital Prehospitalario en Trauma (PHTLS). Editorial Emergency Training. 2da. Edición 1993.

Tratamiento Médico

- ✓ Mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas, oxigenoterapia y ayuda ventilatoria
- ✓ Toma de signos vitales cada hora
- ✓ Inmovilización de fracturas
- ✓ Perfusión endovenosa
- ✓ Administración de corticoesteroides, diuréticos y barbitúricos para tratar el edema cerebral
- ✓ Administración de antibióticos
- ✓ Tratamiento de los problemas respiratorios (intubación o traqueotomía, ventilación mecánica) y y cardiocirculatorios
- ✓ Cirugía de urgencia ene l hematoma epidural y subdural
- ✓ Restricción de líquidos por vía endovenosa
- ✓ Tratamiento de las fracturas craneales estudios de gabinete: TAC (Tomografía Axial Computarizada); radiografías y estudios de laboratorio.

Examen Físico de un Paciente con Trauma de Cráneo

EXAMEN GENERAL

Signos de fractura de base de cráneo: Ojos de mapache; signo de Battle; (Pequeña mancha hemorrágica detrás del pabellón auricular cuya presencia puede indicar la existencia de una fractura ósea de la región inferior del cráneo) rino/otorraquia, fractura de huesos faciales, auscultación cervical y craneal, lesión raquimedular.

EXAMEN NEUROLÓGICO

Pares craneales

Conciencia

Motilidad

Sensibilidad

Reflejos

Escala de Glasgow (GCS) Max: 15 Min: 3

Apertura		Respuesta		Respuesta	
Ocular	4	Motora	6	Verbal	5
Espontánea	3	Obedece	5	Orientada	4
Orden Verbal	2	Localiza	4	Confusa	3
Al Dolor	1	No Localiza	3	Inapropiada	2
Sin respuesta		Flexiona	2	Incomprensible	1
		Extiende	1	Sin respuesta	
		Sin Respuesta			

CLASIFICACIÓN DE LOS TRAUMATISMOS DE CRÁNEO

- Conmoción - Contusión
- Abierto – Cerrado – Penetrante (heridas por proyectil)
- Leve (GCS 15-14) – Moderado (GCS 13-9); Grave (GCS 8-3)

Riesgo de los Pacientes con T.C.E.

- BAJO
- MODERADO
- ALTO

Riesgo bajo en los T.C.E.

Asintomáticos

Cefalea o Vértigo

Herida en cuero cabelludo

Riesgo moderado en los T.C.E.

Alteración de conciencia

Cefalea progresiva

Intoxicación alcohol o drogas

Menor a dos años

Historia no fiable del TEC

Convulsión postraumática

Vómitos

Múltiples traumas

Lesiones faciales graves

Signos de fractura basilar

Posible lesión penetrante

Sospecha de maltrato

Riesgo alto en los T.C.E.

Nivel de conciencia disminuido y no atribuible con claridad a alcohol o drogas
Signos neurológicos focales
Alteración del estado de conciencia
Fractura deprimida

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

- Rx. Simple
- Tomografía Computada
- Resonancia Magnética
- Angiografía/ angio RMN

SECUELAS

- Déficit de pares craneales
- Hemiparesia/plejía
- S. Lobares
- Epilepsia
- Hidrocefalia
- S. Postcontusional

T.C.E. POTENCIALMENTE GRAVE

T.E.C. Leve con probabilidad de aumento del deterioro en las primeras 48hs.

Klauber (1998): Los enfermos que tienen mayor probabilidad de recibir inadecuados diagnósticos y tratamiento. No serían los más graves sino los inicialmente menos severos.

REGLAS DE ORO EN EL T.E.C.

- La hipotensión debe ser corregida
- Se deben tomar medidas para disminuir la PIC
- Posibilidad de lesión raquímedular
- Diagnosticar TEC potencialmente graves
- No administrar manitol en la hipotensión arterial
- Confeccionar una HC completa. 11

MARCO REFERENCIAL

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de un paciente adulto joven de 21 años de edad, sexo masculino, de religión católica; el cual fue llevado al hospital de emergencia por su hermana en ambulancia de la cruz roja al recibir un impacto de bala en la cabeza y otro en el abdomen al sufrir un intento de asalto, el previamente sano, atendido en hospital de tercer nivel particular (Star Medica de Lomas Verdes). En la exploración física el médico encuentra fractura compuesta del cráneo y diversos grados de destrucción cerebral, hipotenso 80/60 mmHg, con hemiplejía izquierda, Glasgow AO1, RV1, RM6 un total de 6, anisocoria por midriasis derecha determino Traumatismo Craneoencefálico (TCE) grave, herida penetrante por arma de fuego abdomen, se realizo tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo, tórax y abdomen los resultados fueron los siguientes: hematoma subaracnoideo, desgarramiento de encéfalo y meninges, hemorragia profusa en abdomen y campos pulmonares sin alteración; se intuba paciente y se conecta ventilador, dan sedación total con midazolam y fentanil, se reanima con líquidos intravenosos, antibióticos se interviene quirúrgicamente de emergencia realizan craneotomía encontrando edema cerebral, hemorragia intracraneal, y destrucción del hemisferio derecho del cerebro, por lo que se reseca dicha parte, dejando un catéter intracraneal para medir PIC(presión intracraneal) y drenar, deciden suturar y dejarlo sin reconstrucción craneal y de igual forma retiran 20 cm de intestino delgado afectado colocando drenes y sonda yeyunal. Queda hospitalizado y ubicado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) intubado y relajado, permanece sedado y con ventilación mecánica, con monitorización de PIC, PVC, y con drene de LCR. Laboratorios Hb 9,0g, Hto 25.6%, leucos de 10,600, plaquetas de 143,000, grupo A+, TP 13.1 seg, TTP 29.2 seg, creatina 0.69 mg/dL, Na 140 mmol/L, K 3.0 mmol/L, CL 111mmol/L. El paciente se encuentra en estado grave y totalmente dependiente por el personal de salud y sus familiares.

Es estudiante de derecho, vive con sus padres y su hermana, habitan en el Estado de México, cuentan con una vivienda muy bien distinguida, con todos los servicios.

Dentro de los antecedentes personales patológicos a considerar se encuentran una colecistectomía, antecedentes no patológicos le gusta practicar futbol

americano, no tiene dependencia a drogas, refiere familiares es un joven muy tranquilo.

En el mes de noviembre un mes después del accidente, el edema cerebral se erradica, se suspende la sedación por lo que se logra destetar del ventilador, al quinto día se decide dar de alta de la UCI y pasar a terapia intermedia. Posteriormente ya en ese servicio sufre una recaída y es llevado nuevamente a la UCI por neumonía nosocomial, no se intuba pero si se tiene con tratamiento de antibióticos de amplio espectro, nebulizaciones y terapia pulmonar. Ya para el mes de enero yo presto cuidados siendo su enfermera particular estando a su lado con un horario de 6:00am a 2:00pm.

Valoración a partir del día en que empiezo a tratarlo:

Rodolfo un joven de 20 años postrado en cama, cabello negro bien implantado y en buena cantidad, sin visión del ojo derecho, midriático, ojo derecho isocórico no hay reflejo pupilar a la luz pero si parpadea, con deficiencia en la lubricación y producción de lágrimas, narinas funcionales, boca con *Cándida albicans* y dientes sucios, deterioro en los reflejos primarios como deglución, masticación, no hay uso de vía oral, cuello simétrico con traqueotomía y cánula calibre #8, catéter subclavio, pasando NPT y solución fisiológica al 0.9%, campos pulmonares bien ventilados saturando al 99% con apoyo ventilatorio de 3Lx' de oxígeno a flujo libre por tienda facial de traqueotomía, miembros superiores con espasticidad y retracción reflejando daño neurológico grave, abdomen con cicatriz de aproximadamente 15cm en mesogastrio, con sonda yeyunal tipo Foley calibre 23Fr. En una vía de la sonda una válvula López con 3 vías pasando dieta artesanal y medicamentos triturados, genitales íntegros de acuerdo a edad y sexo con sonda vesical, presentando estreñimiento, miembros pélvicos con gran espasticidad y rigidez y decaimiento de planta en forma de equino, uñas de los pies en mal estado, largas y enterradas, piel reseca descamada, con cicatrices de úlceras por dermopresión en talones y coxis. No hay buena regulación de la temperatura, tiene movimientos de elevación en MSPS no controlados pues son de gran fuerza.

VI. VALORACION

VALORACION DE LA PRESENTACION DEL CASO

Tomando en cuenta las 14 necesidades de Virginia Henderson, la entrevista y mi experiencia laboral a su lado, se hacen las siguientes observaciones, en el paciente:

1. Necesidad de oxigenación

A la observación el paciente depende una traqueotomía para ventilar adecuadamente, a la auscultación hay presencia de estertores, tiene indicado aspiración de secreciones PRN, aporte de oxígeno a 5Lx´.

2. Necesidad de nutrición

El paciente depende totalmente de las soluciones por vía intravenosa, de la NPT pasando por catéter subclavio y la dieta artesanal pasando por sonda yeyunal, tiene deterioro de la masticación, deglución. Presencia de obesidad al pesar 135kg.

3. Necesidad de eliminación

Su control de esfínteres se encuentra alterado, no evacua con regularidad, sufre de estreñimiento, tiene sonda vesical permanente, el control y balance de líquidos en la mayoría de veces resulta positivo, hay presencia de edema en miembros inferiores. Se observa que la orina es de color amarillo turbio.

4. Necesidad de moverse y mantener buena postura

No hay control de movimientos, presencia de espasticidad, disminución del tono muscular, imposible el pueda cambiarse de posición por sí solo, pies en forma equino, arcos de movilidad disminuidos, no hay buena abducción ni flexión de ellos. Se mantiene en posición semifowler.

5. Necesidad de descanso y sueño

Posición en su mayoría del tiempo en semifowler, cama tendida solo con sabana estándar, colchón de plástico, duerme en las mañanas, por la noche se mantiene despierto e inquieto.

6. Necesidad de usar prendas de vestir

De acuerdo al estado de salud y al daño que presenta se encuentra en cama todo el tiempo, el cambio de ropa de cama y bata es diario, todo esto realizado por el personal, se encuentra alterado el movimiento de todo el cuerpo.

7. Necesidad de termorregulación

Alteración en la regulación de la temperatura corporal, presenta fiebre intermitente o hipotermia sin presentar proceso infeccioso o inflamatorio, de tal manera que se cubre y descubre por momentos no muy largos.

8. Necesidad de higiene y protección de piel

Totalmente dependiente ya que el aseo que recibe es mediante baño de esponja, el baño es diario, conservando la piel limpia, esta se encuentra descamada, reseca, tiene cicatrices de úlceras talones y coxis.

9. Necesidad de evitar peligros

Disminución de la movilidad física, no hay conciencia para controlar movimientos, permanece en cama en posición semifowler y con barandales arriba.

10. Necesidad de comunicación

No hay comunicación verbal, no hay sonidos que emita por boca, tiene continua estimulación por parte de su hermana y madre, la comunicación está basada más que nada por signos y síntomas.

11. Necesidad de vivir según sus creencias

Antes de su accidente él no era muy apegado a la religión, ahora su madre reza y lo persigna, llevan al sacerdote a que bendizca la casa.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

No trabaja, no hay movimiento voluntario ni controlado.

13. Necesidad de recreación

No ha salido del cuarto desde su accidente, lo visitan sus amigos.

14.Necesidad de aprendizaje

Tiene cierta estimulación por lo que le rodea, cuanta con el apoyo de su familia, habrá cambios es su habito alimenticio, de acuerdo con su enfermedad. Se tiene pensado dar terapia de rehabilitación

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

1. Alteración de la necesidad de oxigenación
2. Incapacidad para realizar la necesidad de alimentación
3. Deficiencia de la necesidad de movimiento y mantener buena postura
4. Alteración de la eliminación fecal
5. Termorregulación ineficaz
6. Incapacidad para realizar higiene personal
7. Trastorno del sueño
8. Incapacidad para vestirse
9. Incapacidad para realizar la necesidad de evitar peligros
10. Comunicación ineficaz
11. Incapacidad para trabajar y realizarse
12. Alteración de la necesidad de recreación
13. Alteración de la necesidad de aprendizaje
14. Incapacidad para expresar creencias y valores.

VII. PLANEACION

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnósticos No.1

- ❖ Riesgo de asfixia r/c dificultades cognitivas, proceso patológico, reducción de la habilidad motora y traqueotomía.
- ❖ Limpieza ineficaz de vía aérea r/c mucosidad excesiva, vía aérea artificial (traqueotomía), m/p ausencia de la tos, ruidos respiratorios adventicios.

OBJETIVO

Intervenir oportunamente para prevenir el riesgo asfixia, rehabilitar la habilidad motora, mediante técnicas que mantengan la vía aérea limpia y despejada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Aspiración de las vías aéreas
 - Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal
 - Auscultar los sonidos antes y después de la aspiración
 - Disponer precauciones universales: lavado de manos, guantes, gafas, y máscara, si es el caso. Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización tienda facial, mascarilla o ventilador
 - Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, tubo de traqueotomía o vía aérea del paciente.
 - Dejar al paciente conectado a la toma de oxígeno durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado
 - Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco), inmediatamente antes, durante y después de la aspiración de secreciones.
 - Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal. Anotar el tipo y la cantidad de secreciones obtenidas.
- Manejo de las vías aéreas artificiales
 - Disponer una vía aérea, una cánula de traqueotomía.

- Proporcionar una humidificación de 100% al gas/aire inspirado con solución fisiológica.
- Proporcionar una hidratación sistémica adecuada mediante la administración intravenosa de líquidos y por sonda yeyunal.
- Mantener el inflado del globo del tubo de traqueotomía mediante una técnica mínimamente oclusiva.
- Cambiar las cintas/sujeción de traqueotomía cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal.
- Aflojar los soportes comerciales del tubo endotraqueal al menos una vez al día y proporcionar cuidados a la piel.
- Auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales. Al igual que de crepitaciones y roncus.
- Proporcionar cuidados bucales y aspirar orofaringe, realizar fisioterapia torácica, ejercicios de higiene bronquial.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- ✓ Las vías aéreas son las responsables de la mayor parte de las resistencias al flujo aéreo. Las lesiones obstructivas a nivel de las vías altas repercutirán de forma ostensible en la ventilación pulmonar. La aspiración endotraqueal es una técnica que permite remover secreciones acumuladas en la vía aérea que no pueden ser eliminadas efectivamente por otros medios.
- ✓ Se procede a aspirar a través de la cánula endotraqueal y por vía orofaríngea con el fin de remover secreciones contenidas. Antes, durante y después del proceso de aspiración es recomendable colocarle oxígeno al paciente al 100% ya que el proceso de aspiración de secreciones produce gran ansiedad en el paciente elevando su consumo de O₂, por lo que se corre el riesgo de hipoxemia y efectos cardiovasculares indeseables.
- ✓ La presencia de la cánula en la tráquea seguramente producirá náuseas; si se produjera el vómito debe colocarse al paciente en decúbito lateral y aspirar rápidamente con el fin de evitar broncoaspiración, también pueden producirse sangramientos a nivel de la mucosa nasal o faríngea.
- ✓ Durante la aspiración endotraqueal las arritmias cardiacas ocurren normalmente por hipoxemia; sin embargo, también la estimulación mecánica de la vía aérea puede causarlas; adicionalmente, la estimulación vagal puede causar bradicardia y asístole; las taquicardias se asocian más a hipoxemia y agitación del paciente. 12.

EVALUACION

El paciente mejoro su patrón respiratorio, depende en menor cantidad del aporte de oxígeno manteniéndose a 2Lx', las secreciones pulmonares son en menos cantidad, casi hialinas y liquidas, no hay presencia de ruidos pulmonares agregados, la frecuencia cardiaca se mantiene en 18X' con movimientos torácicos simétricos y de buena profundidad e intensidad. La respiración en su mayoría la realiza naso – boca.

12. Plan de cuidados y documentación clínica en enfermería. Madrid. Mc. Graw Hill. Pág. 1522. Beare, P. Myers, J. (3° Ed.).

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No 2

- ❖ Deterioro de la deglución r/c obstrucción mecánica (tubo de traqueotomía, traumatismo craneal, m/p falta de masticación.
- ❖ Déficit de auto cuidado de alimentación r/c deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético, deterioro perceptual, m/p incapacidad para llevar a cabo los alimentos a la boca, para masticar, deglutir.

OBJETIVO

Evitar la desnutrición del paciente

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Seguir las indicaciones médicas respecto a la alimentación o nutrición parenteral del paciente.
- Vigilar los signos vitales del paciente.
- Verificar el estado de la sonda yeyunal del paciente.
- Llevar un control de peso y talla para ajustar las cantidades energéticas que el paciente requiera.
- Realizar ejercicios de rehabilitación para madurar reflejos de la deglución y masticación.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Los seres humanos necesitan además del [agua](#) que es vital, una variada y equilibrada [alimentación](#) que es fundamental para la [vida](#). Una [dieta](#) correcta debe contener cantidades adecuadas de [proteínas](#), [lípidos](#), [glúcidos](#), [vitaminas](#) y [minerales](#). La base de una buena [nutrición](#) reside en el equilibrio, la variedad y la moderación de nuestra alimentación.

Es importante seguir las indicaciones médicas y vigilar los signos vitales para reportar cambios en el estado del paciente para asegurar su bienestar.

Mantener en buen estado la sonda evita infecciones y daños a los órganos del paciente.

La rehabilitación hará que los reflejos primarios maduren nuevamente, mandando señales al sistema nervioso para impulsar a que el paciente en un tiempo no muy lejano pueda alimentarse por si solo.

EVALUACION

El paciente se ha adaptado muy bien a la dieta, tolerándola de manera adecuada, comienza a presentar deglución de la saliva y masticación al estimular con una gasa húmeda, no hay problemas en la sonda yeyunal pues se mantiene limpia realizándole curación cada 24hrs, no hay presencia de distensión abdominal, con ruidos peristálticos de buena intensidad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 3

- Intolerancia a la actividad r/c daño en corteza cerebral, reposo prolongado en cama, debilidad generalizada, m/p espasticidad y falta de tono muscular.
- Deterioro de la movilidad en la cama r/c deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético y neuromuscular m/p imposibilidad para cambiar de posición, cicatrices de úlceras por presión.
- Deterioro de la deambulación r/c deterioro cognitivo, fuerza, deterioro musculo esquelético m/p imposibilidad para incorporarse y caminar.

OBJETIVO

Evitar que aumente la espasticidad del paciente o atrofia muscular, recuperar el tono muscular y arcos de movilidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Cambio de posición del paciente cada 2hrs.
- Mantener al paciente en una postura cómoda para favorecer la circulación sanguínea.
- Brindar ejercicios de rehabilitación de flexión, extensión, abducción, rotación en extremidades, mantener ejercicios sostenidos con el fin de descontracturar articulaciones.
- Pasar al reposit al paciente por cierto tiempo según indicación médica.
- Colocación de férulas para evitar posicionamiento de daño neurológico de manos y pie equino.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

El aparato musculo-esquelético es un medio de locomoción que sirve de sostén y protección para los elementos anatómicos, La alineación corporal se adecúa intencionalmente con fines de comodidad, diagnóstico o terapéutico. 12

12. Plan de cuidados y documentación clínica en enfermería. Madrid. Mc. Graw Hill. Pág. 1532 -1533. Beare, P. Myers, J. (3° Ed.).

Los ejercicios de rehabilitación harán que los órganos no se atrofien, las articulaciones no se ozonifiquen y se pongan rígidas, al brindarle apoyos como las férulas se corregirá la postura de miembros distales, de igual forma la flexión extensión y abducción harán que recupere los arcos de movilidad y pueda adoptar posiciones con menos espasticidad.

EVALUACION

El paciente recupero en un 30% los arcos de movilidad, disminuyo la espasticidad y corrigió un 40% la posición equina de los pies, desarrollo un poco el tono muscular, Tolera adecuadamente el cambio de posición a decúbito lateral izquierdo, derecho, semifowler y sedestacion completa.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 4

- Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, deterioro neurológico, insuficiencia de líquidos y fibra m/p dolor abdominal, disminución de la frecuencia de evacuaciones, distensión abdominal, heces duras.

OBJETIVO

Disminuir los episodios de estreñimiento, lograr que las heces sean de consistencia más suave para tener menor dificultada al evacuar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Brindar mayor aporte de líquidos
- Dar alimentos ricos en fibra como la manzana, la papaya, la ciruela pasa todos estos previamente licuados y pasarlos mediante la sonda yeyunal, realizar masaje abdominal y ejercicios de flexión de piernas para dar motilidad a los intestinos.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Existe estreñimiento cuando las evacuaciones intestinales tienen una pausa de más de 48 horas, acompañadas por una cantidad mínima de heces muy duras y una sensación en el cuerpo de una defecación incompleta, es decir de no haber podido evacuar lo suficiente. Suele suceder cuando los desechos se movilizan muy lentamente a través del intestino grueso generando evacuaciones aisladas y dolorosas..

Es importante también señalar que en las personas con daño en la columna vertebral, suele presentarse este trastorno en la evacuación debido a la lesión producida en los nervios que controlan los movimientos intestinales. Realizar actividad física para fortalecer la musculatura abdominal. Además el ejercicio físico regular, moviliza las heces a través del intestino. En la mayoría de los casos es utilizado para prevenir el estreñimiento.

Ingerir alimentos [ricos en fibra](#) a diario, como ser frutas y verduras frescas, ciruelas secas y cereales integrales ([fibra vegetal](#)), lo cual genera una alta cantidad de residuos que ablandan y dan volumen a las heces. Beber abundante agua. Cuanta más fibra se incorpore en la alimentación, más necesidad de líquidos existirá. Por lo tanto deben beberse dos litros diarios. 13

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 5

- Termorregulación ineficaz r/c temperatura fluctuante, traumatismo m/p frialdad de la piel, fluctuaciones de la temperatura corporal, piel caliente al tacto.

OBJETIVO

Mantener una temperatura corporal optima, mediante medios físicos y control y vigilancia de la misma.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Toma de temperatura corporal con termómetros de mercurio
- Baño con agua tibia
- No cubrir demasiado al paciente
- Eutermizar con ropa de acuerdo al clima que presente el día.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Entre otras funciones la temperatura mantiene el equilibrio de los líquidos y sólidos disueltos en la sangre por ejemplo el colesterol tiende a depositarse en las paredes de las arterias si se baja la temperatura. Es cierto la hemoglobina se degrada si se aumenta o se disminuye la temperatura, pero no solo la hemoglobina, muchas proteínas, lípidos y otras sustancias orgánicas se vuelven inestables a temperaturas mayores o menores a la normal. Esto afecta con mucho el funcionamiento del organismo, por ejemplo la fiebre es un mecanismo de defensa contra las bacterias, pues si bien degrada nuestras proteínas, también las de los microorganismos, a menos que estos sean termoestables, en cuyo caso la fiebre puede matarnos en lugar de a ellos. Las propiedades lubricantes de muchas grasas dependen de la temperatura. También el funcionamiento correcto del cerebro

depende de la temperatura adecuada. La humedad del pulmón ayuda a que se disuelvan los gases de intercambio y esta no sería posible sin la temperatura apropiada del cuerpo.¹⁴

13. www.zonadiet.com/salud/estrenimiento.htm

14 Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.

EVALUACION

Al paciente se ha logrado mantener eutermico.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 6

- Déficit de auto cuidado baño/ higiene r/c deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular, debilidad m/p incapacidad para moverse.

OBJETIVO

Eliminar las células muertas, las secreciones, el sudor y el polvo favorece la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje promueve la higiene y comodidad del enfermo observa el estado de la piel

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Baño de esponja
- Lubricar piel
- Cambio de pañal y aseo de genitales
- Rasurado de barba y bigote
- Tratamiento a la piel por acné con mascarilla exfoliante

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

El baño de esponja ofrece a la enfermera la oportunidad de comunicarse terapéuticamente con el paciente le informa que está interesada por él y que procura comprenderlo indaga que preocupaciones tiene y le ayuda afrontarlas observa y evalúa el estado físico y emocional del enfermo con el fin de poder embozar un plan de recuperación y cuidados en casa. El baño también debe utilizar para someter a todas las articulaciones activa o pasivamente a la amplitud normal del movimiento si el enfermo esta en condiciones para tomar parte activa en su baño se sentirá aleado si se le permite hacer explicándole que su participación le ayudara a recuperar y a conserva la fuerza de sus músculos a mejorar su respiración y circulación evitándole complicaciones y avanzar haya un entera independencia

EVALUACION

El aspecto general del paciente es bueno, su apariencia refleja mejora, buen olor, piel lubricada y suave, le agradan los baños de esponja, se relaja al lavarle el cabello, los genitales se mantienen íntegros y limpios, el acné ha disminuido al igual que el exceso de grasa en cara.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 7

- Deprivación del sueño r/c daño neurológico m/p somnolencia y horario de dormir invertido.

OBJETIVO

Mejorar el patrón de sueño, hacer que esa necesidad fisiológica sea dentro de los horarios normales, mantenerlo despierto por la mañana y que por la noches concilie el sueño de manera adecuada hasta comenzar un nuevo día.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Mantenerlo ocupado o distraído con charlas o música de su agrado, prenderle la televisión, que haya adecuada ventilación e iluminación por las mañanas y media tarde.
- Proporcionar una posición de descanso y confort, cama limpia, ropa cómoda.
- Dar relajación mediante un masaje
- Brindar un clima de tranquilidad acompañado de música instrumental
- Mantener un ambiente sin ruido e eliminación excesiva durante la noche.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Soñar es un proceso mental involuntario en el que se produce una reelaboración de informaciones almacenadas en la memoria, generalmente relacionadas con experiencias vividas por el soñante los días o meses anteriores. El soñar nos sumerge en una realidad virtual formada por imágenes, sonidos, pensamientos y/o sensaciones.

Al mantener al paciente en una posición cómoda, se disminuye su estrés y se favorece su descanso. El ruido y la iluminación excesiva impiden la relajación y por consiguiente el descanso.

EVALUACION

El paciente logro mejorar su patrón de descanso y sueño la mayor parte de la noche, duerme desde las 11 de la noche hasta las 7 de la mañana del otro día, por

las tardes normalmente toma una siesta de 40 minutos a una hora. La musicoterapia fue de gran utilidad al relajar e incitar a que este despierto por la mañana. 12.

12. Plan de cuidados y documentación clínica en enfermería. Madrid. Mc. Graw Hill. Pág. 1532 -1533. Beare, P. Myers, J. (3º Ed.).

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 8

- ❖ Déficit de auto cuidado de usar prendas de vestir r/c deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético, deterioro perceptual, m/p incapacidad para vestirse y desvestirse por si solo.

OBJETIVO

Mejorar la imagen del paciente así como evitar riesgos y proporcionar bienestar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Cambio de ropa del paciente.
- Cambio de ropa de cama.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- Al cambiar la ropa de cama y del paciente se evita que se formen reservorios de microorganismos. Se mejora la comodidad y la imagen del paciente.

EVALUACION

Se logro mantener al paciente bien vestido, limpio, el cambio de ropa de cama se hace diario o según sea necesario durante el día, seco y ordenado.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 9

Riesgo decaídas r/c disminución del estado mental, disminución de las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física.

OBJETIVO

Eliminar o minimizar al máximo peligros que pongan en riesgo la salud del paciente sobre todo aquellos que estén dentro de nuestro alcance.

INTERVENCOINES DE ENFERMERIA

- Evaluar de signos vitales.
- Mantenimiento del concentrador de oxigeno y sus aditamentos para una buena oxigenación
- Vigilar estado de la sonda yeyunal
- Movilizar al paciente.

- Realizar baño de esponja o baños parciales.
- Cambio de ropa del paciente y cambio de ropa de cama.
- Reportar cantidad, color, olor y consistencia de desechos y secreciones del paciente.
- Vigilar sitios de punción de catéteres.
- Aseo de las zonas donde se encuentran instalados los distintos tipos de sondas.
- Mantener los barandales arriba en todo tiempo.
- No dejar en una altura excesiva la cama
- Poner sujeciones nobles al cambio de cama a reposit.
- Al movilizarlo hacerlo con ayuda de más personal todo mediante el uso de la mecánica corporal.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Vigilar Medir los signos vitales permite reportar cambios en el estado del paciente.

Mantener en buen estado las sondas el paciente evita infecciones y daño a los órganos del paciente.

Movilizar al paciente permite mejorar su circulación, ventilación y evita daño de tegumentos.

El baño de esponja y los baños parciales así como el cambio de ropa del paciente y de ropa de cama evitan la formación de reservorio de microorganismos y por lo tanto disminuye el riesgo de contraer infecciones.

Reportar las características de los desechos del paciente permite conocer el funcionamiento de los órganos de éste.

EVALUACION

Al paciente se le mantiene en un ambiente seguro, limpio y vigilado, no se han presentado accidentes, incidentes ni infecciones.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 10

- ❖ Deterioro de la comunicación r/c daño neurológico, alteración de las percepciones, barrera física (traqueotomía) m/p no poder hablar, afasia, incapacidad para usar las expresiones corporales, faciales.

OBJETIVO

Mejorar el estado anímico del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Aplicación de terapia afectiva por parte del personal de enfermería, de la familia y amigos.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

A pesar de que el paciente no se encuentra en un estado de plena conciencia, es importante mantener una comunicación con él y brindarle terapia afectiva por parte de los familiares y también del personal de enfermería.

EVALUACION

Pareciera ser que el paciente muestra un estado de tranquilidad cuando se le platica, se le involucra en las charlas y se bromea con él, al reírle y al preguntarle sobre alguna circunstancia la frecuencia cardiaca aumenta, al darle una orden da respuesta mínima y permite se le realice equis procedimiento.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 11

- Intolerancia a la actividad r/c daño en corteza cerebral, reposo prolongado en cama, debilidad generalizada, m/p espasticidad y falta de tono muscular.
- Deterioro de la movilidad en la cama r/c deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético y neuromuscular m/p imposibilidad para cambiar de posición, cicatrices de úlceras por presión.
- Deterioro de la deambulaci3n r/c deterioro cognitivo, fuerza, deterioro musculo esquelético m/p imposibilidad para incorporarse y caminar.

OBJETIVO

Evitar que aumente la espasticidad del paciente o atrofia muscular, recuperar el tono muscular y arcos de movilidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Cambio de posición del paciente cada 2hrs.
- Mantener al paciente en una postura cómoda para favorecer la circulación sanguínea.

- Brindar ejercicios de rehabilitación de flexión, extensión, abducción, rotación en extremidades, mantener ejercicios sostenidos con el fin de descontracturar articulaciones.
- Pasar al reposet al paciente por cierto tiempo según indicación médica.
- Colocación de férulas para evitar posicionamiento de daño neurológico de manos y pie equino.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

El aparato musculo-esquelético es un medio de locomoción que sirve de sostén y protección para los elementos anatómicos, La alineación corporal se adecúa intencionalmente con fines de comodidad, diagnóstico o terapéutico.

Los ejercicios de rehabilitación harán que los órganos no se atrofien, las articulaciones no se osonifiquen y se pongan rígidas, al brindarle apoyos como las férulas se corregirá la postura de miembros distales, de igual forma la flexión extensión y abducción harán que recupere los arcos de movilidad y pueda adoptar posiciones con menos espasticidad.

EVALUACION

El paciente recupero en un 30% los arcos de movilidad, disminuyo la espasticidad y corrigió un 40% la posición equina de los pies, desarrollo un poco el tono muscular, Tolera adecuadamente el cambio de posición a decúbito lateral izquierdo, derecho, semifowler y sedestacion completa.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 12

- ❖ Desesperanza r/c declive o deterioro fisiológico, aislamiento m/p disminución o aumento del sueño.

OBJETIVO

Proporcionar un ambiente de comodidad buscar que interaccione con el medio, buscar que reciba visitas, brindar cuidados paliativos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Mantener el cuarto limpio al igual que el área de trabajo.
- Permitir la entrada a familiares y amigos
- Brindar musicoterapia de acuerdo a lo que eran sus gustos
- Mostrar simpatía y empatía
- Brindar cuidados con respeto y calidad y calidez.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

El objetivo es brindarle consuelo y paz en lugar de la cura. Los cuidados paliativos brindan alivio del dolor y los síntomas, al igual que apoyo para el paciente y la familia. Esto le ayuda a la familia y a los seres queridos a permanecer cerca del paciente moribundo. Mayoría de los pacientes de los centros de cuidados paliativos están en sus últimos 6 meses de vida. Estos cuidados no llevan a que la muerte llegue más rápido ni la posponen. Con los cuidados paliativos, se trata la mente, el cuerpo y el espíritu.

Los servicios pueden abarcar:

- Control del dolor
- Tratamiento de los síntomas (como dificultad para respirar, estreñimiento o ansiedad)
- Atención espiritual que satisfaga sus necesidades
- Brindarle a la familia un descanso (llamado asistencia de relevo)
- Ayudarle al paciente y a la familia a saber qué esperar
- Ayudarle al paciente y a la familia a hacerle frente a la soledad y al miedo
- Ayudarle al paciente y a la familia a compartir sentimientos
- Ayudarle a la familia después de la pérdida (llamado atención durante el duelo)

El equipo del centro de cuidados paliativos le ayuda a la familia a afrontar la situación después de la muerte.

EVALUACION

Los familiares se han mostrado empáticos, sensibles, incluso tolerantes y abiertos ante la visita de amigos, el paciente se encuentra tranquilo y las visitas de amigos lo ponen en alerta la frecuencia cardiaca aumenta, los movimientos de sus manos y piernas son en mayor frecuencia, se mantiene despierto y atento con la mirada hacia ellos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico No. 13

- ❖ Alteración de la necesidad de aprendizaje r/c incapacidad para hablar, moverse, ver, alimentarse m/p deterioro de las funciones básicas y dependencia total para realizar cualquier actividad.

OBJETIVO

Recuperar de acuerdo a las posibilidades las habilidades con las que contaba.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Motivar y manejar emociones
- Brindar un entorno adecuado, con buena iluminación, ventilación y sonido.

- Ayudar en el desarrollo del aprendizaje
- Realizar uno mismo con ayuda las técnicas de rehabilitación

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Aprender es una necesidad del ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación o adquisición de comportamientos. Muchas de las medidas adoptadas se hacen para mantenerse en salud.

Es imposible separar la enseñanza del aprendizaje .Enseñar es un proceso interactivo que favorece el aprendizaje. Se compone de un grupo de acciones conscientes y deliberadas que ayudan a los individuos a adquirir nuevos conocimientos, cambiar actitudes o desarrollar nuevas habilidades. Aprender es la adquisición intencionada de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades. Nuestra postura frente al proceso de enseñanza-aprendizaje, tiene una base humanista donde cada individuo elige y construye su propio conocimiento.

- ✓ Condiciones físicas: Cualquier condición física que altera la capacidad para concentrarse interfiere con el aprendizaje como dolor, fatiga, ansiedad o hambre.
- ✓ Motivación: El aprendizaje va a depender en gran medida de la motivación para aprender Si una persona no quiere aprender es improbable que aprenda
- ✓ Emociones: Un nivel adecuado de ansiedad puede acelerar el proceso de aprendizaje pero un nivel de ansiedad y de estrés muy elevado impide la concentración y disminuye la habilidad de aprender.
- ✓ Entorno: Un entorno adecuado (iluminación, temperatura, silencio.)facilita las condiciones de aprendizaje. Las distracciones del entorno como interrupciones imprevistas o un ambiente incómodo interfieren con la capacidad de prestar atención.

EVALUACION

El paciente ha mejorado en las técnicas de rehabilitación, controla con mayor frecuencia sus movimientos, se redujo el tono muscular, la deglución masticación ha regresado, en ocasiones obedece órdenes, el descanso y sueño se han regulado.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico de No. 14

Sufrimiento espiritual.

Conflicto de decisiones.

Afrontamiento individual inefectivo

OBJETIVO

Colaborar con el manejo del duelo, minimizar el sufrimiento espiritual.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Enseñar a la persona a controlar sus emociones para que sus ideales no se vean afectados de manera negativa.
- Respetar las propiedades de los pacientes que tengan un significado religioso y permitirles conservar tales artículos.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Es la necesidad de rendir culto de acuerdo con la propia fe y valores de la persona. Las personas adoptamos actitudes o realizamos actos y gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología.

Las creencias espirituales tienen más importancia en la enfermedad que en cualquier otro momento de la vida del individuo. Algunas personas consideran la enfermedad como una prueba de fe, otras como un castigo. Normalmente las creencias espirituales ayudan a las personas a aceptar la enfermedad y a planificar el futuro. La mayoría de las religiones establecen una serie de restricciones y prohibiciones, las cuales pueden afectar a la persona.

La enfermera dentro del desarrollo de su función, debe respetar todas las religiones y creencias, y a su vez, debe facilitar la asistencia necesaria. Para ello debe conocer los valores y creencias de la persona.

EVALUACION

La familia refiere estar más serena, en el proceso de aceptación del accidente, refieren esperanzarse en un dios, el hacer oración les da tranquilidad, oran en compañía del paciente.¹²

12. Plan de cuidados y documentación clínica en enfermería. Madrid. Mc. Graw Hill. Pág. 1532 -1533. Beare, P. Myers, J. (3° Ed.).

PLAN DE ALTA

NOMBRE
RMV

SEXO
MASCULINO

EDAD
21 AÑOS

UBICACIÓN
HOGAR

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- ❖ Riesgo de asfixia r/c dificultades cognitivas, proceso patológico, reducción de la habilidad motora y traqueotomía.
- ❖ Limpieza ineficaz de vía aérea r/c mucosidad excesiva, vía aérea artificial (traqueotomía), m/p ausencia de la tos, ruidos respiratorios adventicios.
- ❖ Deterioro de la deglución r/c obstrucción mecánica (tubo de traqueotomía, traumatismo craneal, m/p falta de masticación.
- ❖ Déficit de auto cuidado de alimentación r/c deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético, deterioro perceptual, m/p incapacidad para llevar a cabo los alimentos a la boca, para masticar, deglutir.
- ❖ Intolerancia a la actividad r/c daño en corteza cerebral, reposo prolongado en cama, debilidad generalizada, m/p espasticidad y falta de tono muscular.
- ❖ Deterioro de la movilidad en la cama r/c deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético y neuromuscular m/p imposibilidad para cambiar de posición, cicatrices de úlceras por presión.
- ❖ Deterioro de la deambulación r/c deterioro cognitivo, fuerza, deterioro musculo esquelético m/p imposibilidad para incorporarse y caminar.
- ❖ Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, deterioro neurológico, insuficiencia de líquidos y fibra m/p dolor abdominal, disminución de la frecuencia de evacuaciones, distensión abdominal, heces duras.
- ❖ Termorregulación ineficaz r/c temperatura fluctuante, traumatismo m/p frialdad de la piel, fluctuaciones de la temperatura corporal, piel caliente al tacto.
- ❖ Déficit de auto cuidado baño/ higiene r/c deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular, debilidad m/p incapacidad para moverse.

- ❖ Deprivación del sueño r/c daño neurológico m/p somnolencia y horario de dormir invertido.
- ❖ Déficit de auto cuidado de usar prendas de vestir r/c deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético, deterioro perceptual, m/p incapacidad para vestirse y desvestirse por si solo.
- ❖ Riesgo de caídas r/c disminución del estado mental, disminución de las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física.
- ❖ Deterioro de la comunicación r/c daño neurológico, alteración de las percepciones, barrera física (traqueotomía) m/p no poder hablar, afasia, incapacidad para usar las expresiones corporales, faciales.
- ❖ Intolerancia a la actividad r/c daño en corteza cerebral, reposo prolongado en cama, debilidad generalizada, m/p espasticidad y falta de tono muscular.
- ❖ Deterioro de la movilidad en la cama r/c deterioro cognitivo, deterioro musculo esquelético y neuromuscular m/p imposibilidad para cambiar de posición, cicatrices de úlceras por presión.
- ❖ Deterioro de la deambulación r/c deterioro cognitivo, fuerza, deterioro musculo esquelético m/p imposibilidad para incorporarse y caminar.
- ❖ Desesperanza r/c declive o deterioro fisiológico, aislamiento m/p disminución o aumento del sueño.
- ❖ Alteración de la necesidad de aprendizaje r/c incapacidad para hablar, moverse, ver, alimentarse m/p deterioro de las funciones básicas y dependencia total para realizar cualquier actividad.
- ❖ Sufrimiento espiritual.
- ❖ Conflicto de decisiones.
- ❖ Afrontamiento individual inefectivo

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA	CUIDADOS PRIORITARIOS, MEDICAMENTOS, DIETA Y EJERCICIO	INTERVENCIONES INDEPENDIENTES	INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES	RECURSOS DISPONIBLES EN LA UNIDAD
<p>OXIGENACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ De saturación de oxígeno ✓ Coloración cianótica en labios dedos de manos y pie. ✓ Traqueotomía mal fijada y balón de seguridad desinflado. ✓ Presencia de ruidos respiratorios como estertores, sibilancias. ✓ Fiebre y tos excesiva ✓ Taquicardia ✓ Coloración anormal de secreciones y abundante producción de las mismas. ✓ atragantamiento o ahogamiento con la saliva. <p>ALIMENTACION Y NUTRICION</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Irritabilidad, aumento de la temperatura del área de inserción del catéter, infiltración, 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aspiración de secreciones por razón necesaria. ✓ Vigilancia y cambio de fijación de traqueotomía e insuflado del globo de seguridad. ✓ Auscultación de campos pulmonares. ✓ Signos vitales horarios. ✓ Observación continua y monitorización. ✓ Lavado de manos en todo momento. ✓ Observación, palpación de periferia de la zona de inserción del catéter. ✓ Curación con técnica estéril y uso de aditamentos, cubrir punto de inserción, evitar humedad y 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aspiración de secreciones con técnica estéril. ✓ Realizar lavado bronquial PRN. ✓ Realizar fijaciones y cambiarlas cada semana, vigilar insuflado diario. ✓ Registro de constantes vitales en la bitácora. ✓ Conocimiento de valores normales de constantes vitales. ✓ Lavado de manos en todo momento. ✓ Observación, palpación de periferia de la zona de inserción del catéter. ✓ Curación con técnica estéril y uso de aditamentos, 	<p>solicitar cita de control con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ neumólogo. ✓ Terapeuta respiratorio ✓ Nutriólogo ✓ Medico general ✓ Neuroterapeuta ✓ Neurólogo ✓ Médico internista ✓ Q.F.B ✓ Mantener contacto con los proveedores de material de curación, bodega y uso diario. ✓ Mantener contacto con proveedores y farmacias que surten de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si el paciente RMV presenta algún signo o síntoma de alarma no controlable por técnicas de enfermería acudir, llamar al médico encargado de su tratamiento general. ✓ Llamar a una ambulancia y acudir al centro hospitalario Star medica de lomas verdes. ✓ Insumos suficientes de alimentación en sobres, utensilios propios de cocina.

<p>edema.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ sonda yeyunal no funcional, mal fijada. <p>MOVIMIENTO Y BUENA POSTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de la espasticidad y tono muscular disminuido. ✓ Posicionamiento de piernas en equino. ✓ Formación de úlceras, escaras enrojecimiento en zonas de mayor presión por terminaciones óseas. ✓ Mantenerlo en la misma posición más de 2 horas. <p>ELIMINACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estreñimiento, diarrea. ✓ Balance de líquidos positivo en 24 hrs. ✓ Orina concentrada y mal oliente. <p>TERMORREGULACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipotermia o hipertermia <p>HIGIENE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mal olor corporal ✓ Cavidades sucias ✓ Cavidad bucal con 	<p>manipulación externa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocación de dieta según horario en cantidad suficiente. ✓ Curación de sonda yeyunal y fijación de la misma. ✓ Mantenerla permeable. ✓ Aspiración de secreciones en boca, narinas y traqueotomía PRN. ✓ Dar aseo bucal tres veces al día. ✓ Dar cambio de posición en cama, reposet cada 2 horas. ✓ Lubricar piel y dar masaje linfático en piernas para evitar la formación de úlceras. ✓ Colocación de medias antiembolicas. ✓ Control de líquidos por turno. ✓ Dar masaje 	<p>cubrir punto de inserción, evitar humedad y manipulación externa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocación de dieta según horario en cantidad suficiente. ✓ Curación de sonda yeyunal y fijación de la misma. ✓ Mantenerla permeable. ✓ Aspiración de secreciones en boca, narinas y traqueotomía PRN. ✓ Dar aseo bucal tres veces al día. ✓ Dar cambio de posición en cama, reposet cada 2 horas. ✓ Lubricar piel y dar masaje linfático en piernas para evitar la formación 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insumos de material para uso médico, curación y rehabilitación. ✓ Stock de medicamentos con basta reserva. ✓ Aparatos, tomas de oxígeno, bomba de infusión, ventilador, pulso oxímetro, baumanómetro, glucómetro, termómetro refrigerador, televisión, internet, audio stereo. ✓ Recolector de punzocortantes, bolsas de recolección roja, amarilla. ✓ Ropa de cama y vestido.
--	---	--	--	--

<p>micosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exceso de saliva en boca. <p>DESCANSO Y SUEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No dormir por la noche. ✓ Presencia de ojeras y somnolencia. ✓ Uso de ropa sucia o mal colocada. ✓ Ropa de cama mal tendida, sucia, mojada y doblada. <p>EVITAR PELIGROS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Barandales de la cama abajo ✓ Falta de sujeciones nobles en reposet. <p>RECREACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deterioro anímico. <p>CREENCIAS Y VALORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Familia desinteresada por su salud. <p>MEDICAMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rash ✓ Edema ✓ Prurito ✓ Insuficiencia respiratoria ✓ Lengua inflamada ✓ Edema de piernas 	<p>abdominal y ministración de líquidos, fibra y laxantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilancia y registro de evacuaciones según su código. ✓ Mantener eutermico con medios físicos. ✓ Brindar masaje de rehabilitación para no perder arcos de movilidad ni aumentar la espasticidad. ✓ Colocación de férulas. ✓ Motivación mediante charlas, musicoterapia. ✓ Permitir el acceso a visitas de amigos, familiares. ✓ Baño de esponja. ✓ Cambio de ropa de cama y vestido diario o durante el día PRN. <p>MEDICAMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nexium 40mg cada 24horas. 	<p>de úlceras.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocación de medias antiembolicas. ✓ Control de líquidos por turno. ✓ Dar masaje abdominal y ministración de líquidos, fibra y laxantes. ✓ Vigilancia y registro de evacuaciones según su código. ✓ Mantener eutermico con medios físicos. ✓ Brindar masaje de rehabilitación para no perder arcos de movilidad ni aumentar la espasticidad. ✓ Colocación de férulas. ✓ Motivación mediante charlas, musicoterapia. ✓ Permitir el acceso a visitas de 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desinfectantes , aromatizantes, antisépticos, esterilizadores. ✓ Lugar de desinfección, lavado.
--	---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pemix 1 comprimidos cada 8 horas. ✓ Clexane 40 mg cada 24 horas. ✓ Naturalag 1 gota en cada ojo cada 12 horas. ✓ Sirdalud 1 tableta cada 12 horas. ✓ Sinemet media tableta cada 8 horas. ✓ Floratil 1 capsula cada 12 horas. 	<p>amigos, familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baño de esponja. ✓ Cambio de ropa de cama y vestido diario o durante el día PRN. 		
--	---	--	--	--

EJERCICIO

- ✓ **Frecuencia:** 3 veces por día
- ✓ **Duración:** 30 minutos a una hora
- ✓ **Tipo:** flexión, extensión, rotación, abducción de miembros torácicos y pélvicos, rotación de cuello, masaje linfático, vibración y palmopercusión de campos pulmonares, cambio de posición a decúbito lateral izquierdo, derecho, semifowler, maduración de la deglución y masticación con el uso de una gasa a fin de sentir la textura e impulsar a la masticación.
- ✓ **Temperatura:** uso de bata y temperatura ambiente con adecuada ventilación e iluminación.
- ✓ **Hipertensión o hipotensión:** evitar o disminuir el tiempo de la sesión.

DIETA

Alitraq sobres, licuar cinco sobres en 2500 ml de agua purificada y repartirlo en cinco tomas de 500 ml cada una, posteriormente pasar 500 ml cada cuatro horas dejando descansar una hora y continuar con la siguiente toma hasta terminar las cinco, las cuales rinden para 24 horas. Mantener en refrigeración y tapadas.

INGREDIENTES:

Almidón de maíz hidrolizado, hidrolizado de soya, sacarosa, L-glutamina, fructosa, triglicéridos de cadena media (aceite de coco fraccionado), aceite de cártamo, concentrado de proteína, suero, lactoalbúmina hidrolizada, sulfato de magnesio, L-arginina, fosfato tribásico de calcio, L-leucina, L-valina, L-lisina, fosfato dibásico de potasio, L-fenilalanina, citrato de sodio, L-isoleucina, L-treonina, L-tirosina, L-metionina, cloruro de sodio, ácido ascórbico, L-histidina, cloruro de colina, L-triptófano, saborizantes naturales y artificiales, taurina, carnitina, carragenina, niacinamida, pantotenato de calcio, sulfato de zinc, sulfato ferroso, palmitato de vitamina A, acetato de a-tocoferol, hidrocloreto clórico de tiamina, hidrocloreto de piridoxina, riboflavina, sulfato de manganeso, sulfato cúprico, ácido fólico, biotina, yoduro de potasio, molibdato de sodio, fitoquinona, cloruro de cromo, selenio de sodio, cianocobalamina y vitamina D₃.

DESCRIPCION:

ALITRAQ es una dieta enteral nutricionalmente completa, parcialmente hidrolizada de fácil absorción por el intestino, por lo que ayuda a recuperar y mantener un estado nutricional adecuado.

DISTRIBUCION ENERGETICA:

El 21% del total de energía son proteínas de fácil absorción en una mezcla de glutamina y aminoácidos indispensables que constituyen una proteína de alto valor biológico a partir de hidrolizados de soya y lactoalbúmina 42%; concentrado de proteína de suero 42% y aminoácidos libres incluyendo glutamina y arginina 47%.

Los 4.26 g de glutamina por sobre de ALITRAQ no altera el equilibrio en el perfil de aminoácidos y cubre los requerimientos proteicos de los pacientes metabólicamente estresados.

El 13% de la energía la aportan los lípidos con 53% de triglicéridos de cadena media y el 47% de aceite de cártamo rico en ácido oleico. Aunque es bajo en lípidos, ALITRAQ aporta una cantidad suficiente de ácido linoleico, 42.9% del total. Los hidratos de carbono son polímeros de glucosa, provenientes del almidón de maíz hidrolizado, 85%; sacarosa, 10% y fructosa, 5%. ALITRAQ en 1.5 lt. (1,500 cal) aporta por lo menos 100% de los requerimientos diarios recomendados en Estados Unidos para vitaminas y minerales.

ALITRAQ está enriquecido con taurina, carnitina, selenio, cromo y molibdeno. Relación energía-nitrógeno: 120:1 (2.5 g de nitrógeno por sobre).

Densidad energética: 1 kcal/ml a dilución normal.

Osmolaridad: 575 mOsm/lit. de agua a dilución estándar.

PRESENTACION:

ALITRAQ se presenta en sobres con 76 g de polvo cada uno (2.68 oz); cada caja contiene 6 sobres. ALITRAQ está disponible en agradable sabor vainilla.

USOS:

ALITRAQ no debe ser utilizado por vía endovenosa (parenteral).

ALITRAQ puede ser utilizado como complemento o como fuente única de alimentación en pacientes que requieren además de una dieta elemental un aporte adicional de glutamina. Especialmente útil en pacientes metabólicamente estresados y con alteración en la función gastrointestinal, traumatismo, catabolismo acelerado, trastornos gastrointestinales, cirugía de cabeza y cuello, cirugía del aparato digestivo, etcétera.

ALITRAQ, por su agradable sabor a vainilla, es bien aceptado por vía oral preferentemente frío.

CONCLUSIONES:

El proceso de atención de enfermería es una herramienta fundamental para el estudiante ya que mediante él se lleva a cabo un cuidado integral. Para el joven RMV su evolución fue satisfactoria, si bien no al 100%, el cambio positivo que el presento me deja un gran sabor de boca y una satisfacción inmensa.

A lo largo del trato que tuve con el paciente brinde mi mayor esfuerzo, puse todo el empeño porque su mejoría fuera avanzando día con día. Con la culminación de este trabajo puedo decir que muchas de las necesidades que el tenia alteradas completamente hoy se encuentran no satisfechas pero si atendidas y cuidadas. Con ello se ha logrado brindarle una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA:

- Bertha A. Rodríguez. “proceso Enfermero”. 2da edición. Cuellar, Guadalajara Jalisco. 2005
- Bertram G. Katzung.; Farmacología básica y aplicada, Editorial El Manual Moderno, México D.F.1998.
- Bers, Mark, et al. El nuevo Manual Merck, editorial, Océano, Barcelona España. 2009
- Fernández, Ferrín, Carmen. El Modelo de Henderson y el proceso de Atención de Enfermería. Masson, Salvat. México 1993 p 49.
- Guía de Práctica Clínica. Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad vascular cerebral isquémica. Evidencias y recomendaciones. Catalogo Maestro de guías de práctica clínica. SS-102-88. Consejo de salubridad general.
- Gren Parker, Janet. Enfermería en la unidad de urgencias. Guía para la atención integral del paciente, Editorial Limusa. México 1991. Pp. 273 – 279.
- Harrison, Principios de Medicina Interna. Mc Graw hill 16 Ed. 2009 México
- NANDA, Diagnósticos Enfermeros 2009-2011 Editorial ELSEVIER. Barcelona España.
- Thompson, Diccionario de especialidades farmacéuticas, edición 56, editorial PLM. México, 2001
- American Nurses Association. (1999). ANA CNP II recognition criteria and definitions. Washington DC: Author. McCourt, A. (1991). In R.M. Carroll-Johnson (Ed.), Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the ninth conference (p. . Philadelphia: Lippincott.
- Witter DuGas, Beverly. Tratado de Enfermería. El proceso de Enfermería.
- Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1994:5.
- Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. México: El Manual Moderno; 1986:6.
- López P. Proceso de Enfermería. Rev Iberoamericana de Geriatria y Gerontología 1994; 10:37-38.
- Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. 2 ed. México: El Manual Moderno; 1983:7.

- Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII.
- Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona: Mosby, Doyma Libros; 1996:6.
- Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería 1991.
- Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.
- Fernández Fernández, María Luisa. Bases históricas y teóricas de la Enfermería. Tema 12. Modelo Conceptual de Virginia Henderson. Universidad de Cantabria.
- Zamora. Manual de Enfermería. Accidente Cerebrovascular.
- AHA. American Heart Association. <http://www.heart.org/>
- ASA. American Stroke Association. <http://www.strokeassociation.org/>
- Gallego,J. Martínez-Vila E. et al. La enfermedad vascular cerebral en el año 2000. Unidad del ictus. ANALES Sis San Navarra 2000, Vol. 23, Suplemento 3.
- Guía de Práctica Clínica. Prevención y diagnóstico oportuno del riesgo de enfermedad cardiovascular en la mujer en el primer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. SSA-147-08.
- Vázquez RM. Pceso de atención de enfermería en la enfermedad vascular cerebral isquémic. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002;10 (1): 33-37

ANEXOS

ENFERMERIA NEUROLOGICA. PROBLEMAS NEUROLOGICOS

El objetivo de la atención neurológica es restablecer el funcionamiento del Sistema Nervioso mediante la utilización en muchas ocasiones de técnicas sofisticadas, equipos complejos y procedimientos invasivos para la vigilancia intensiva de los pacientes, sin embargo, existen cuidados de enfermería comunes para muchos de los pacientes. La enfermera (o) debe desarrollar conocimientos y habilidades que le permitan actuar con eficiencia y rapidez en la valoración, planeación e implementación de los cuidados necesarios para limitar el daño presente, evitar el riesgo de complicaciones y recuperar en lo posible la función perdida.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

Un traumatismo craneoencefálico es una lesión de las estructuras óseas y nerviosas del cráneo como consecuencia de un impacto o un movimiento brusco que causa inmediatamente (lesión primaria) o tras un periodo de tiempo (lesión secundaria) alteraciones neurológicas transitorias o definitivas.

CARACTERÍSTICAS

El TCE frecuentemente forma parte de un politraumatismo y puede ser importante en el estado clínico del paciente.

En los TCE se observan lesiones primarias (ocasionadas por el impacto o movimiento) y/o secundarias:

Lesiones primarias:

- **Oseas:** fracturas

- **Encefálicas:** focales (contusión, hemorragias y hematomas) y difusas (conmoción y lesión axonal difusa).

Lesiones secundarias:

- **Origen sistémico:** hipotensión arterial, hipoxemia, hiponatremia, hipercapnia, hipertermia, hipo/hiperglucemia, acidosis y anemia.
- **Origen intracraneal:** hipertensión intracraneal (HPIC), vasoespasma, convulsiones, edema cerebral, hiperemia y hematoma cerebral tardío.

CLASIFICACIÓN

Habitualmente la mayoría de los autores clasifican los TCE según distintos criterios en:

-
- Gren Parker, Janet. Enfermería en la unidad de urgencias. Guía para la atención integral del paciente, Editorial Limusa. México 1991. Pp. 273 – 279.
 - Harrison, Principios de Medicina Interna. Mc Graw hill 16 Ed. 2009 Méxic

- **Abiertos o cerrados:** según haya o no comunicación de la cavidad craneal con el exterior por solución de continuidad en el cuero cabelludo.
- **Leves moderados o graves:** según la escala de Glasgow (GCS)= 13-15, moderado si GCS = 9-12 y grave si GCS = 3-8.

Clasificación tomográfica: (TAC) del TCE (según *Traumatic Coma Data Bank*):

- Lesión difusa tipo I = TAC normal.
- Lesión difusa tipo II = pequeñas lesiones (línea media centrada y cisternas visibles).
- Lesión difusa tipo III = edema bilateral (ausencia de las cisternas de la base).
- Lesión difusa tipo IV = edema unilateral (línea media desviada > 5 mm).
- Lesión focal evacuada = cualquier tipo de lesión evacuada.
- Lesión focal no evacuada = lesión > de 25 cc no evacuada.

Son tratados como norma general en cuidados intensivos los TCE moderados y graves.

ACTIVIDADES ENFERMERAS

El objetivo es evitar daños cerebrales secundarios y dotar al encéfalo lesionado de medios para la recuperación de las lesiones primarias mediante el reconocimiento precoz de signos y síntomas que permitan establecer el tratamiento adecuado lo antes posible.

Preparación del box

Hay que conocer la mayor cantidad de datos sobre el paciente con el fin de preparar todo lo necesario antes de su llegada

Comprobación/inserción de accesos venosos.

Tras la recepción del paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI) e incluso durante esta, es necesario comprobar la permeabilidad de los accesos venosos que porte o canalizar al menos una vía venosa periférica (VVP). Posteriormente se decidirá la inserción de otros catéteres venosos o y/o arteriales.

Monitorización de los signos vitales.

Dependiendo de la gravedad del TCE, las medidas tomadas antes de su ingreso en la UCI y siempre en colaboración con el facultativo. Las principales son:

- Frecuencia cardíaca (FC): se deben reconocer las alteraciones patológicas.
- Presión arterial (PA): puede ser invasiva o no invasiva. Cuando se monitoriza la presión intracraneal, el transductor de la PA se calibrara a cero a nivel del conducto auditivo externo. Mantener PAS > 90 mmHg.
- Presión venosa central (PVC): mantener niveles fisiológicos.
- Presión intracraneal (PIC): la monitorización puede ser a través de un catéter ventricular o uno intraparenquimatoso. El primero permite drenar líquido cefalorraquídeo (LCR). Hay que vigilar las variaciones de PIC no justificadas

- por aspiraciones, movilizaciones, etc., o mantenidas tras realizar cualquier maniobra con el paciente. Mantener PIC < 20mmHg.
- Presión de perfusión cerebral (PPC): valor resultante de restar la PIC a la presión arterial media (PAM), es decir $PPC = PAM - PIC$. Mantener PPC > 70 mmHg.
 - Frecuencia respiratoria (FR): importante vigilar el ritmo y el patrón respiratorio, ya que está asociado a variaciones de PIC.
 - Saturación de oxígeno (SaO_2): primer dato que se observara en cambios de oxigenación (PCO_2).
 - Capnografía: cuando el paciente está conectado a VM se puede monitorizar el CO_2 . Se deben vigilar las variaciones sin justificación. Algunas veces por orden médica se comprobaba por gasometría arterial el decalaje entre el capnografo y el gasómetro disponible.
 - Oxigenación cerebral: para ello se pueden utilizar dos monitorizaciones independiente o conjuntamente. Son la presión tisular de oxígeno ($PtiO_2$) y la saturación yugular de oxígeno (SjO_2). Además de ayudar durante la colocación de los catéteres y realizar labores.
 - Temperatura central: es muy importante en el manejo de la TCE. Si el paciente porta catéter de SjO_2 a arteria pulmonar, se hará través del termistor del mismo catéter, si no se coloca un catéter rectal o vesical.
 - Presión de la arteria pulmonar: se monitoriza a través de un catéter de swan-Ganz. Menos utilizado, se reserva para aquellos pacientes que precisan altas dosis de catecolaminas o inestables por causas desconocidas.

Valoración de la función respiratoria

Mantener una oxigenación y ventilación adecuada dada la gravedad que añaden al pronóstico del paciente la hipoxemia y la hipercapnia. En los casos de TCE moderado, habrá pacientes capaces de defender la vía aérea a los que solo se les dará aporte de oxígeno (oxigenoterapia pautada por el médico). Sin embargo los criterios de intubación son GCS: < 8, dificultad respiratoria o ritmos anormales, PAS < 90mmHg, saturación arterial de oxígeno < 95%, lesiones graves del macizo facial, si precisa cirugía y siempre que se dude de su necesidad. Es conveniente descartar lesiones cervicales antes de la técnica, si no es posible se tomaran mas medidas adecuadas.

Cuando el facultativo decide colocar una intubación orotraqueal (IOT) es necesario tener preparado el material de intubación, el ventilador y la medicación (etomidato 20mg/10cc y succinilcolina 100mg/10cc); además, se llevaran a cabo los cuidados

posteriores (movilizaciones, cambios de fijación, limpieza, etc.). En ese momento se colocara una sonda nasogastrica (SNG) si no tiene, valorando la posibilidad de traqueotomía y sonda orogastrica (SOG) cuan haya fracturas maxilares y/o de la base del cráneo.

Valoración de la función hemodinámica

Se valorara la FC por su valor indicativo e cambios en la PIC (ver tema de hipertensión intracraneal). La PAS debe permanecer > 90 mmHg, cuando no se así se iniciara el tratamiento médico pautado (habitualmente noradrenalina en infusión) con el objetivo de mantener la PPC > 70 mmHg. También es fundamental en el manejo de los TCE el control de la temperatura: hasta ahora se buscaba la normotermia, para ello se administraban medios físicos y químicos (paracetamol 1-2 gr/6 h/IV) pero en la actualidad se realizan estudios sobre los efectos/beneficios e la hipotermia en estos casos.

Valoración neurológica

En la valoración de la función neurológica se deben observar las pupilas (tamaño, reactividad y reflejo consensuado), el test de Glasgow (teniendo en cuenta indiferencias como el alcohol, medicamentos, hipoxia), la existencia, aparición o agravamiento de las alteraciones motoras y/o sensitivas (paresias, plejias, hiperestesia, hipoestesia, mioclonias y convulsiones) y otras alteraciones como la agitación, vómitos y mareos. Además es conveniente la utilización de escalas de sedación para la correcta utilización de estas. La frecuencia con la que se harán y se registraran estas mediciones es indicación médica pero está reconocido como mínimo cada hora durante las primeras 24-48 horas y mientras no se resuelva el estado crítico.

Si bien la monitorización de la presión intracraneal (PIC) es una decisión medica, conocer cuando está indicada puede ayudar en la labor diaria (importancia de los Glasgow, necesidad de realización y/o realización de pruebas complementarias, etc.).

Otras actividades de enfermeras

- **Drenaje de LCR:** en aquellos pacientes que porten catéter e drenaje. El catéter de drenaje suele ser ventricular, ya que son más precisos y efectivos. Colocados en el hemisferio cerebral de mayor expansividad según el TAC en el quirófano o dentro del propio *box* en la UCI. Se realizaran pues tareas de ayuda durante la técnica, si proceden y cuidados posteriores.

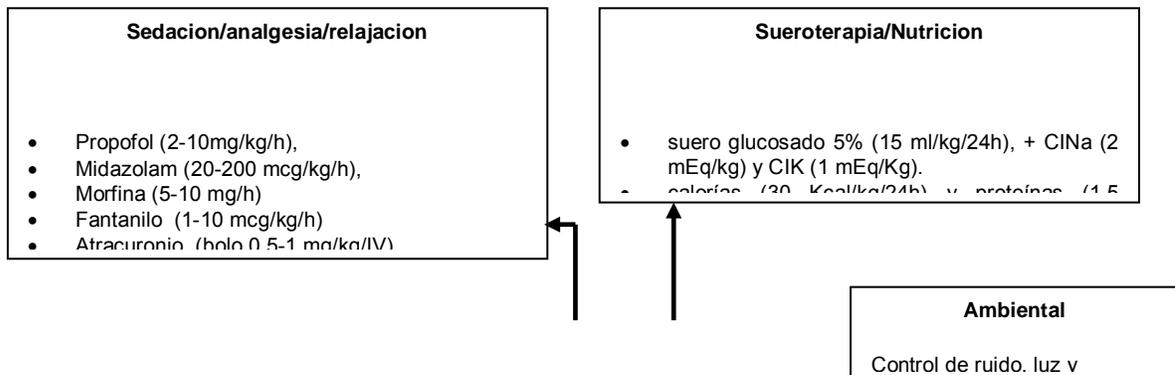
- **Controles radiológicos:** siempre en colaboración con el médico. Habrá que comprobar que se ha hecho antes del ingreso en la UCI una radiografía (Rx) de cervicales hasta C7-D1, una Rx de tórax y un TAC craneal. Tanto la Rx cervical como el TAC craneal se repetirán a las 24-48 horas, tras la realización de técnicas que lo aconsejen y si se observan variaciones de Glasgow, pupilas, PIC, etc.

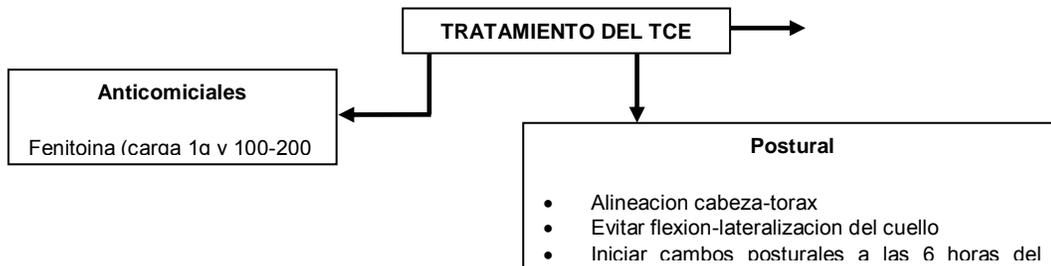
- **Controles analíticos:** en colaboración con el médico. Extracción de muestras para bioquímica, hemograma, coagulación, gasometría, niveles de medicamentos y realización de glucemias. Objetivos analíticos: hemograma > 10g/dl, glucemia 80-180 g/dl, osmolaridad 285-320 mOsm/l, Na plasmático 135-145 mEq/l y K, Ca, lactato normales.

- **Instauración del tratamiento médico:** además de los tratamientos habituales del paciente del paciente (ver tabla 1).

- Sedación, analgesia y relajación: propofol (2-10mg/kg/h), midazolam (20-200 mcg/kg/h), morfina (5-10 mg/h), fentanilo (1-10 mcg/kg/h), cisatracurio ((bolo 0.15 mg/kg/IV y perfusión 0.06-0,2 mg/kg/h) y atracurio (bolo 0,5-1 mg/kg/IV).

Tabla 1. Instauración del tratamiento medico





- Anticomociales: Fenitoina (dosis de una carga 1gr/IV a pasar en 20 minutos y 100-250 mg/8 h según niveles).
- Sueroterapia: suero glucosado 5% (15 ml/kg/24h), CINA (2 mEq/kg) y ClK (1 mEq/Kg).
- Nutrición: calorías (30 Kcal/kg/24h) y proteínas (1.5 g/kg/24h). se debe iniciar en las primeras 24 a 48 horas posteriores al ingreso, siempre por prescripción médica.
- Medidas posturales: alineación cabeza-tórax evitando flexión y lateralización del cuello, sin almohadas, elevación a 20-30° antitren e iniciar cambios posturales tras las primeras seis horas del ingreso (excepto ordenes medicas en contra).

Control ambiental: se evitara los excesos de luz y ruidos.

➤ **Cuidados generales:** a los que se prestara especial atención.

- Aseo: siempre que sea necesario y o este contraindicado, movilizar el paciente. Se prestaran cuidados especiales a los ojos y la boca cuando se administre sedación/relajación, si IOT, etc.
- Deposiciones: es importante mantener una regularidad para evitar maniobras que aumenten la PIC.
- Cuidados de catéteres: dada la cantidad y localizaciones (flexuras, cráneo, cuello, etc.), se realizaran cada vez que sea necesario y como mínimo cada 24 horas. Es importante el registro y control de catéteres, lugar y fecha de inserción, estado actual, etc.
- Sondas: el sondaje vesical es necesario y recomendable para controlar el balance hídrico y del paciente. El sondaje gástrico se hará por nariz o boca.

- Cuidados asociados a la inmovilización: que cobran especial importancia en aquellos pacientes en los que los cambios posturales están contraindicados.
- Apoyo paciente familia: resaltado por su importancia, será mayor cuanto más graves sean las lesiones. En un primer momento son importantes los datos que pueden aportar solo de antecedentes, si no de los acontecimientos inmediatos, por ejemplo, mareos, cambios en el tratamiento, etc.

-
- Gren Parker, Janet. Enfermería en la unidad de urgencias. Guía para la atención integral del paciente, Editorial Limusa. México 1991. Pp. 273 – 279.
 - Harrison, Principios de Medicina Interna. Mc Graw hill 16 Ed. 2009 México

TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

TCE: lesión de las estructuras óseas y nerviosas del cráneo por impacto o movimiento brusco que causan alteraciones neurológicas.

PREVIO INGRESO

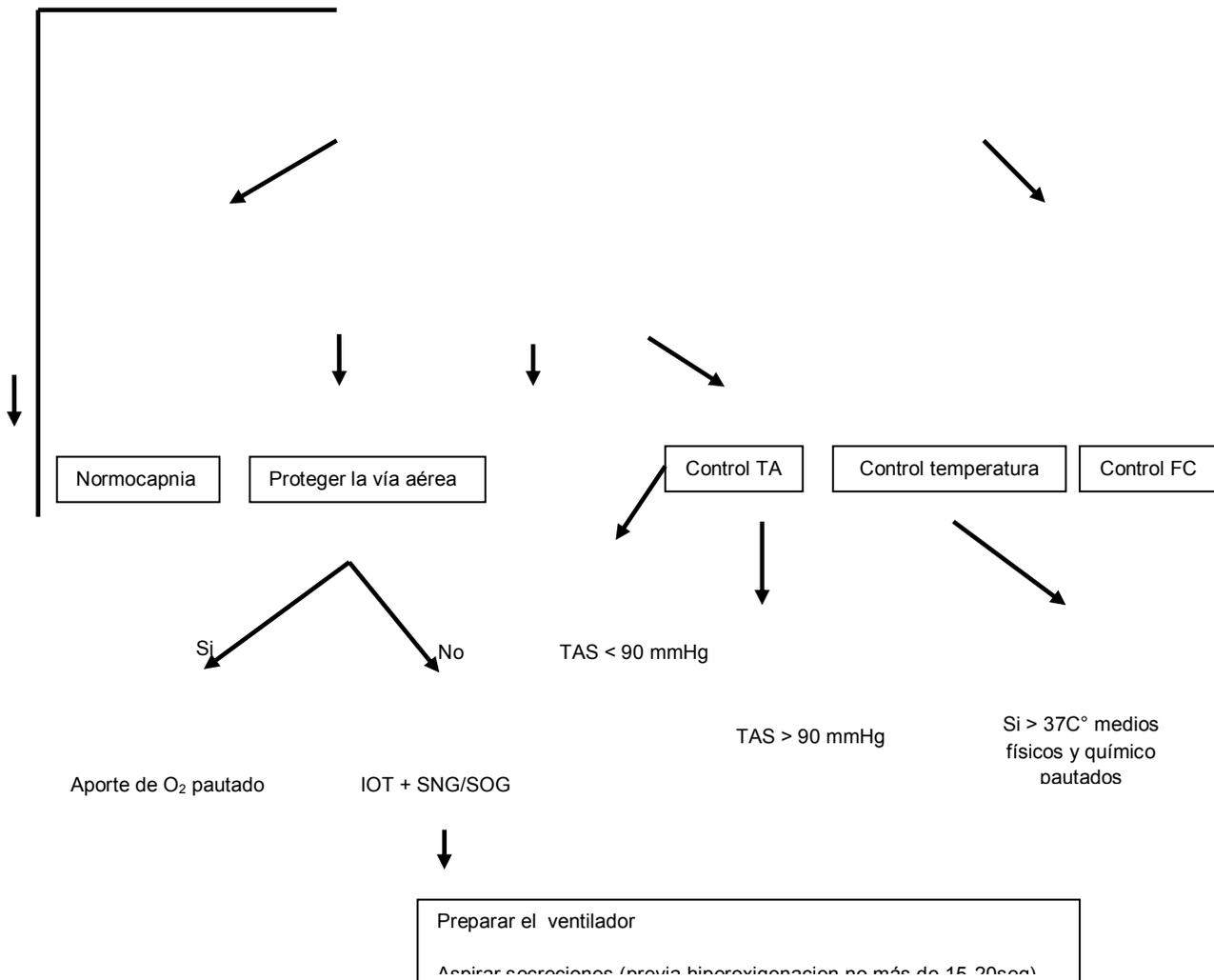
Comprobación ventilación/monitor

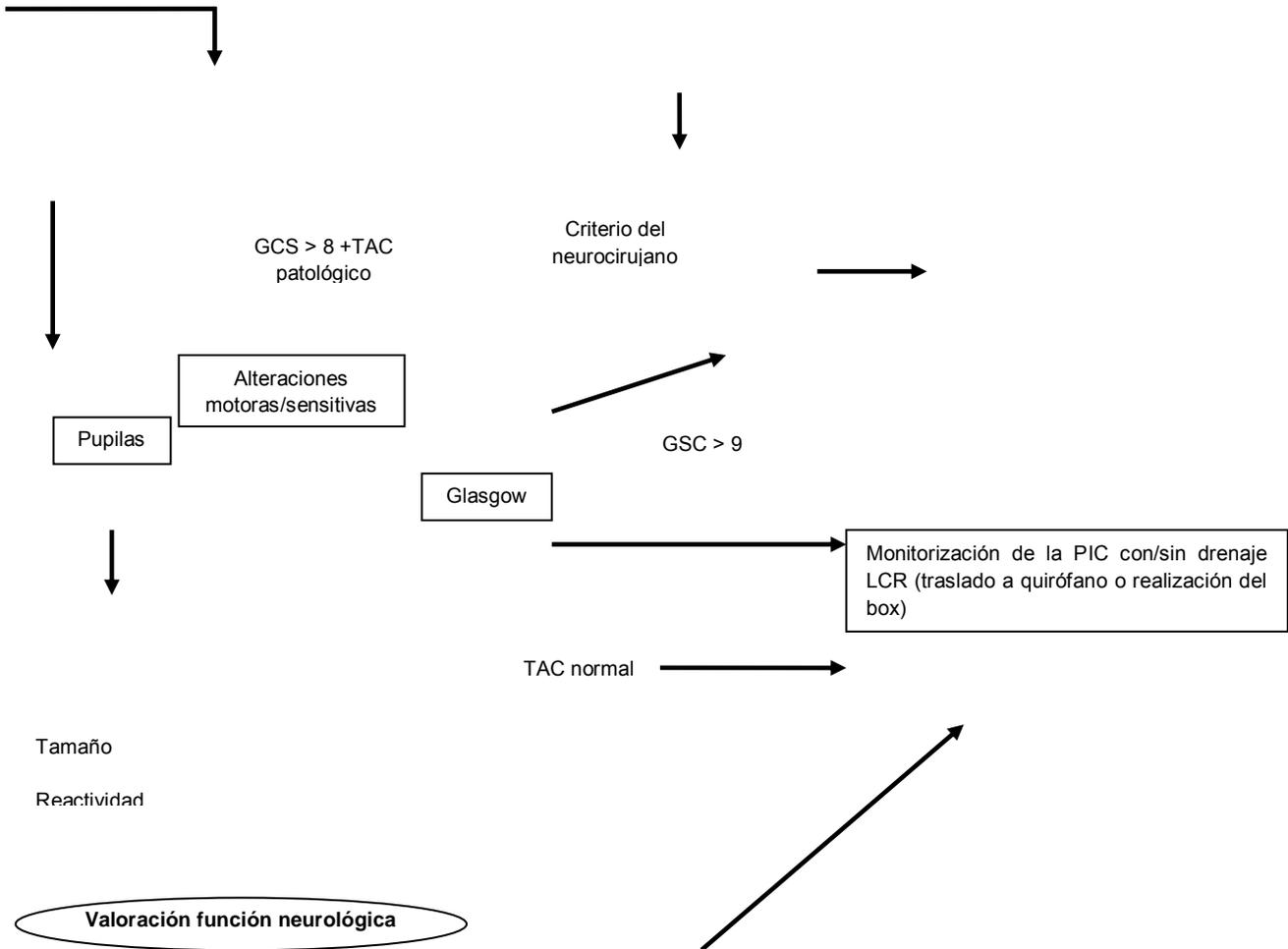
Valoración función respiratoria

Valoración función hemodinámica

Inmediato al ingreso

- Profilaxis: Tétanos y trombosis venosa profunda.
- Radiología: comprobar que aporta TAC, Rx de tórax y cervical
- Catéteres: comprobación, colocación y cuidados

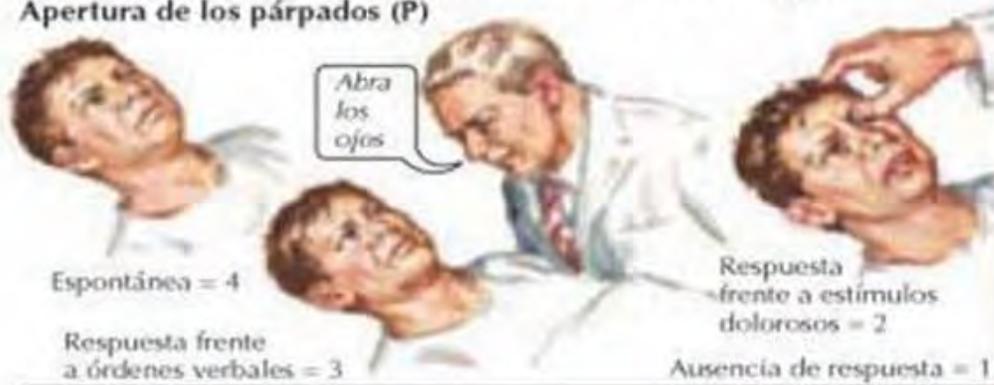




TAC normal + 2 de estos requisitos { > 40 años
PAS < 90 mmHg

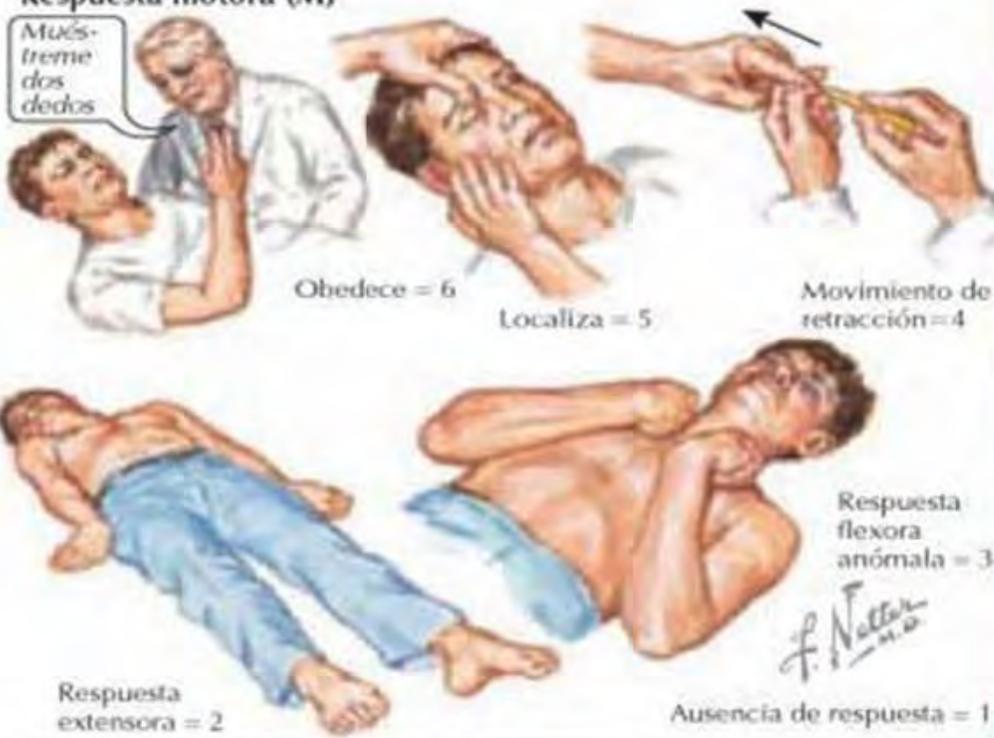
Escala del coma de Glasgow

Apertura de los párpados (P)



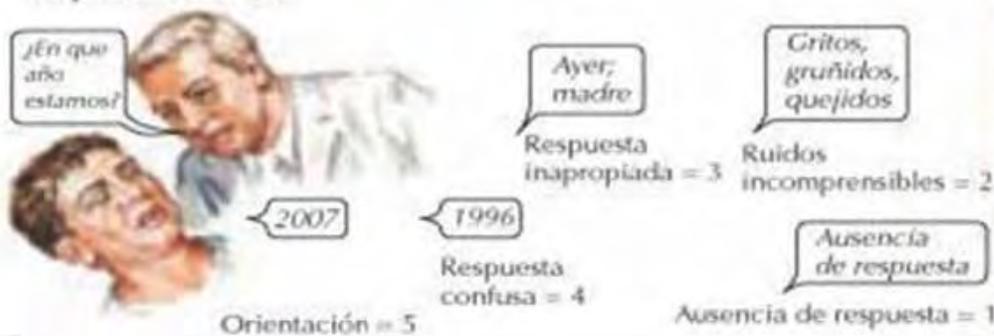
P	
Esponánea . . .	4
Frente a órdenes verbales	3
Frente a estímulos dolorosos	2
Ausencia de respuesta	1

Respuesta motora (M)



M	
Obedece	6
Localiza	5
Movimiento de retracción . . .	4
Respuesta flexora anómala	3
Respuesta extensora	2
Ausencia de respuesta	1

Respuesta verbal (V)



V	
Orientación . . .	5
Respuesta confusa	4
Respuesta inapropiada . . .	3
Ruidos incomprensibles . . .	2
Ausencia de respuesta	1

Puntuación del coma (P + M + V) = 3 a 15

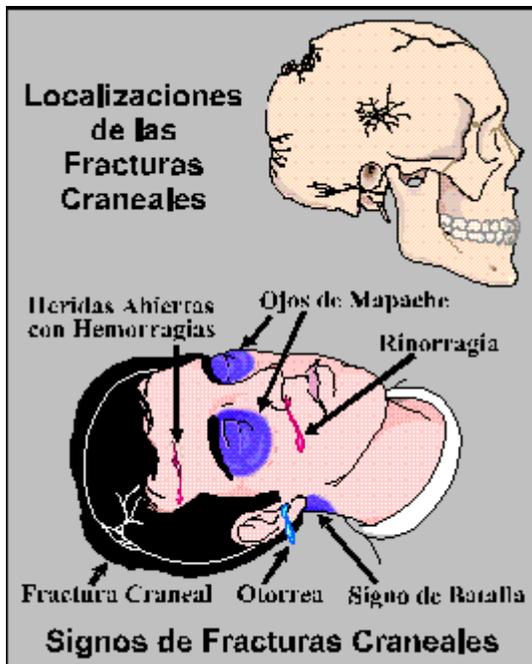


Figura 2-16. **Fracturas en el Cráneo y sus Manifestaciones Clínicas Clásicas.** Esta figura muestra los tipos de fracturas en el cráneo (ilustración superior) y los signos que evidencian esta emergencia (ilustración inferior)

Paciente: MENDOZA VEGA RODOLFO
 Sexo: Masculino
 Fecha: 09/08/2013 07:21:31a.m.

Edad: 21 años

Análisis Clínicos

Hoja: 1 de 4

Dirigido a: DR(A). ARMANDO INIESTA

Prueba	Bajo (LR)	Dentro (LR)	Sobre (LR)	Límites de referencia
QUÍMICA DE 27 ELEMENTOS				
Glucosa		90		55 - 99 mg/dL
Urea			45	19 - 44 mg/dL
Nitrógeno de urea en sangre (BUN)			21	8.9 - 20.6 mg/dL
Creatinina		1.21		0.7 - 1.3 mg/dL
Relación BUN/creat		17		10 - 20
Ácido úrico		5.3		3.5 - 7.2 mg/dL
Colesterol		169		< 200 mg/dL
Límites de Referencia (mg/dL)				
=====				
< 200 Deseable				
200 - 239 Limitrofe				
> o = 240 Alto				
Colesterol HDL		31		> 60 mg/dL
Límites de Referencia (mg/dL)				
=====				
< 40 Bajo				
> o = 60 Óptimo				
Triglicéridos			152	< 150 mg/dL
Límites de Referencia (mg/dL)				
=====				
< 150 Normal				
150 - 199 Moderadamente alto				
200 - 499 Alto				
> o = 500 Muy alto				
Colesterol LDL			108	< 100 mg/dL
Límites de Referencia (mg/dL)				
=====				
< 100 Óptimo				
100 - 129 Cercano al óptimo				
130 - 159 Limitrofe				
160 - 189 Alto				
> o = 190 Muy alto				
Colesterol no-HDL			138	< 130 mg/dL
Límites de referencia Colesterol no-HDL (mg/dl)				
=====				
< 130 Óptimo				
130 - 159 Cercano al óptimo				
160 - 189 Limitrofe				
190 - 219 Alto				
> o = 220 Muy alto				
Índice aterogénico			5.5	< 4.5
Límites de Referencia				

Paciente: MENDOZA VEGA RODOLFO
 Sexo: Masculino
 Fecha: 09/08/2013 07:21:31a.m.

Edad: 21 años

Análisis Clínicos

Hoja: 2 de 4

Dirigido a: DR(A). ARMANDO INIESTA

Prueba	Bajo (LR)	Dentro (LR)	Sobre (LR)	Límites de referencia
< 4.5 Óptimo				
Proteínas totales		6.6		6.4 - 8.3 g/dL
Albúmina	3.2			3.5 - 5.0 g/dL
Globulinas		3.4		2.3 - 3.5 g/dL
Relación A/G		0.94		0.75 - 1.86
Bilirrubina total		0.41		0.2 - 1.2 mg/dL
Bilirrubina directa		0.22		0.0 - 0.5 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0.19			0.2 - 0.7 mg/dL
TGO (AST)			66	5 - 34 U/L
TGP (ALT)			71	< 55 U/L
F. Alcalina total			188	40 - 150 U/L
Gama glutamil transpeptidasa			89	12 - 64 U/L
LDH		185		125 - 243 U/L
Hierro		43.8		31 - 144 µg/dL
Calcio		9.8		8.4 - 10.2 mg/dL
Sodio		142		136 - 145 meq/L
Potasio		4.3		3.5 - 5.1 meq/L
Cloro		108		100 - 113 meq/L

Método: Fotometría automatizada

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Leucocitos		6.72		4.50-10.00 miles/ μ L
Eritrocitos	3.26			4.70-5.80 millones/ μ L
Hemoglobina	9.3			14.0-18.0 g/dL
Hematócrito	29.2			40.0-54.0 %
Volumen Corp. Medio		89.6		78.0-99.0 fL
Hemoglobina Corp. Media		28.5		27.0-31.0 pg
Conc. Media de Hemoglobina Corp.	31.8			32.0-36.0 g/dL (%)
Ancho de Distrib. de Eritrocitos		15.4		11.5 - 17.0 %
Plaquetas		312		150-500 miles/ μ L
Neutrófilos		71.7		34.0-74.0 %
Linfocitos	14.6			21.0-48.0 %
Monocitos			12.1	2.0-8.0 %
Eosinófilos		1.3		1.0-4.0 %
Basófilos		0.3		0.0-1.0 %
Neutrófilos		4.82		1.53-7.40 miles/ μ L
Linfocitos		0.98		0.94-4.80 miles/ μ L
Monocitos			0.81	0.09-0.80 miles/ μ L
Eosinófilos		0.09		0.04-0.40 miles/ μ L
Basófilos		0.02		0.01-0.10 miles/ μ L

Método: Citometría de flujo con citoquímica



DJ0012442

Resultados

Análisis Clínicos

Paciente: **MENDOZA VEGA RODOLFO**
 Sexo: **Masculino**
 Fecha: **09/08/2013 07:21:31a.m.**

Edad: **21 años**

Hoja: 3 de 4

Dirigido a: **DR(A). ARMANDO INIESTA**

Prueba	Bajo (LR)	Dentro (LR)	Sobre (LR)	Límites de referencia
--------	-----------	-------------	------------	-----------------------

EXAMEN GENERAL DE ORINA

EXAMEN FÍSICO				
Color		Amarillo claro		Amarillo
Aspecto		Claro		Claro
Densidad		1.011		1.005 - 1.030
EXAMEN QUÍMICO				
pH		5		5 - 7.5
Leucocitos		Negativo		Negativo ó < 10 leu/uL
Nitritos		Negativo		Negativo
Proteínas		Negativo		Negativo ó < 10 mg/dL
Glucosa		Negativo		Negativo mg/dL
Cetonas		Negativo		Negativo ó <5 mg/dL
Bilirrubina		Negativo		Negativo ó < 0.2
Urobilinógeno		Negativo		Negativo ó < 1 mg/dL
Hemoglobina		Negativo		Negativo ó < 5 eri/uL
EXAMEN MICROSCÓPICO				
Leucocitos		Ausentes		Ausentes ó 1 - 5 /campo
Eritrocitos		Ausentes		Ausentes ó 1 - 2 /campo
Eritrocitos dismórficos		Ausentes		Ausentes
Cilindros		Ausentes		Ausentes
Cristales		Ausentes		Ausentes
Células Pavimentosas		Ausentes		Ausentes - Escasas
Células Tubulares Renales		Ausentes		Ausentes - Escasas
Redes Mucoides		Ausentes		Ausentes - Escasas
Bacterias		Ausentes		Ausentes
Levaduras		Ausentes		Ausentes

Método: Espectrofotometría de reflectancia y microscopía de contraste de fases

GLOSARIO:

- ☞ Activador de Plasminogeno de Tejido recombinante (rt-PA). Proteína proteolítica implicada en disolución de coágulos. Serina proteasa localizada en las células endoteliales.
- ☞ Accidente Cerebrovascular. Pérdida de las funciones cerebrales producto de interrupción del flujo sanguíneo al cerebro originando un conjunto de signos y síntomas dependientes del área afectada.
- ☞ Agnosia. Incapacidad cognoscitiva de reconocer un lado del cuerpo o un lado del campo visual.
- ☞ Afasia. Pérdida total o parcial de la capacidad para hablar, consecuencia de una lesión ocurrida en los centros del lenguaje.
- ☞ Aneurisma. Área débil en la pared de un vaso sanguíneo, provoca que se protuya o se abombe.
- ☞ Anoxia. Falta total de oxígeno en un tejido.
- ☞ Anticoagulantes. Medicamento que impide la coagulación.
- ☞ Antiagregante plaquetario. Sustancia o fármaco cuya función es inhibir la agregación de plaquetas y por lo tanto evita la formación de coagulos.
- ☞ Ateroesclerosis. Acumulación de depósitos adiposos llamados placa en el interior de la pared de un vaso sanguíneo.
- ☞ Displasia fibromuscular. Trastorno hiperplásico que afecta arterias de calibre mediano y pequeño
- ☞ Embolización .Procedimiento para disminuir o eliminar el flujo vascular.
- ☞ Estatinas. Grupo de fármacos cuyo objetivo es disminuir el colesterol.
- ☞ Estenosis. Constricción o estrechamiento.
- ☞ Factores de Riesgo. Elemento causante de que una persona padezca con mayor probabilidad una enfermedad.
- ☞ Hemiplejia. Parálisis de la mitad del cuerpo.
- ☞ Isquemia. Disminución del flujo sanguíneo.
- ☞ Mixoma. Neoplasia benigna derivada del tejido conjuntivo.
- ☞ Necesidad. Componente básico del ser humano que afecta su comportamiento.
- ☞ Parenterales. Vía de administración de un fármaco o sustancia.
- ☞ Poliarteritis. Enfermedad caracterizada por inflamación de vasos sanguíneos.
- ☞ Protrombótico. Estado que genera una disminución de la irrigación sanguínea de las células y tejidos generando el riesgo de trombosis.
- ☞ Tabaquismo. Adicción crónica generada por el tabaco, puede generar enfermedades cardiacas o respiratorias.

☞ Trombo. Masa generada en el interior del aparato circulatorio, compuesta por los elementos sólidos de la sangre.

