



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA PACIENTE
ADULTA QUE PRESENTA SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO BAJO
LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

LEON GALICIA YURIANA

N° DE CUENTA 406077031

ASESORA:

MTRA. MARIA ANTONIETA LARIOS SALDAÑA

MEXICO, D.F.

FEBRERO DEL 2011.



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.

Dedicatorias

A mis padres:

Sofía Galicia Abad

Apolinar León Miranda que en paz descansé.

Porque ustedes me dieron las bases para enfrentarme en esta larga vida con esfuerzo, esmero y responsabilidad. Porque solo ustedes me han permitido comprender cada día más la difícil posición de ser padres, mis conceptos, mis valores morales y mi superación se las debo a ustedes, esto será la mejor de las herencias, lo reconozco y lo agradeceré eternamente. En adelante pondré en práctica mis conocimientos y el lugar que ocuparon los libros en mi mente ahora será de ustedes, esto, por todo el tiempo que les robe pensando en mi. "Gracias"...

A la maestra María Antonieta Larios Saldaña y la Maestra Teresita Sanchez:

Zuienes siempre me brindaron su apoyo incondicional a lo largo de la carrera, quienes me inculcaron el aprendizaje y las experiencias de la vida, las que siempre tenían una palabra de aliento para seguir adelante, por todo esto y mucho mas, Gracias...

A mis amigas y a todas aquellas personas que siempre estuvieron a mi lado:

Zuienes me motivaron para seguir adelante y nunca darme por vencida y seguir luchando a capa y espada. Siempre estaré eternamente agradecida por brindarme su amor, respeto, comprensión y tolerancia. Gracias...

Índice

1. Introducción	5
2. Objetivos	7
2.1 Objetivo general	7
2.2 Objetivos específicos	7
3. Fundamentación	8
4. Marco Conceptual	9
4.1. Conceptualización de Enfermería	9
4.2. Enfermería Disciplina Profesional	10
4.3. Meta de la profesión de Enfermería	10
4.4. Paradigma	11
4.5 Metaparadigma	12
4.6 Teoría de Enfermería	13
4.7 Modelo conceptual de Virginia Henderson	15
4.8 Proceso de Enfermería	20
4.8.1 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	21
4.8.2 Valoración	21
4.8.3 Diagnostico	21
4.8.4 Formulación del diagnostico	22
4.8.5 Formato del diagnostico de enfermería	22
4.8.6 Planificación	22
4.8.7 Ejecución	23
4.8.8 Evaluación	24
4.9 Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM)	24
4.9.1 Etiología	26
4.9.2 Factores de riesgo	26
4.9.3 Fisiopatología	28
4.9.4 Criterios diagnósticos de la asociación Americana de Psiquiatría	29
4.9.5 Criterios diagnósticos de Levenson para al diagnostico de SNM	29

4.9.6	Estudios de laboratorio	30
4.9.7	Diagnostico Diferencial	31
4.9.8	Complicaciones	32
4.9.9	Tratamiento	32
4.9.10	Agentes dopaminergicos	34
4.9.11	Benzodiazepinas	34
5.	Método	36
5.1.	Consideraciones éticas	36
5.2.	Tendencia acerca del consentimiento enterado	37
5.3.	Carta de los derechos del paciente	39
6.	Presentación del caso	42
6.1.	Descripción del caso	42
7.	Aplicación del Proceso de Enfermería	43
7.1.	Valoración	43
7.2.	Conclusiones del Instrumento de Valoración (valoración cefalocaudal)	52
7.3.	Diagnóstico de Enfermería	54
7.4.	Plan de cuidados de Enfermería	56
7.5.	Plan de alta de Enfermería	73
8.	Anexos	74
8.1	Instrumento de valoración	75
8.2	conclusiones	95
9.	Bibliografía	96

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería se desarrolla en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; durante la rotación en el servicio de terapia intensiva que se encuentra ubicado en la planta baja en Insurgentes Sur Colonia La Fama, Tlalpan, abordando el caso clínico de una persona adulta del sexo femenino con el diagnóstico de Síndrome Neuroléptico Maligno, secundario a un cuadro de Encefalitis Viral, donde el objetivo principal es el proporcionar cuidados de enfermería a través de la implementación de una metodología organizada y sistematizada, de esta manera la enfermería podrá valorar continuamente a la persona utilizando la valoración por necesidades y a la vez el método clínico, que nos conducirá a la identificación de problemas reales y o potenciales a los que se enfrenta la persona. Formulando así diagnósticos de enfermería a través del formato PES (Problema, Etiología y Signos y Síntomas).

Por consiguiente, el personal de enfermería debe de hacer todo lo posible por prestar atención al paciente como ser humano, apoyándolo y ayudándolo a el y su familia a afrontar la gravedad de la enfermedad. Las actividades que realiza el personal de enfermería son independientes, dependientes e interdependientes, de esta manera deben determinarse prioridades rápidamente, basándose en sólido conocimiento y juicio.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía es una Institución de tercer nivel que atiende personas de escasos recursos económicos que provienen de casi toda la república mexicana y fue fundada por el Dr. Emerito Velasco Suarez Manuel, cuyo lema en latín expresa la esencia misma de nuestro ser “Cerebrum, Divina Luz Ratio, Salus Scientiae”.¹

¹ Frenk Mora Historia Neurologica Revista del Instituto Nacional de Neurologia y Cirugia, Edicion 2001, Editorial país Mexico D.F.

El Proceso de Atención de Enfermería se basa en la teoría de Virginia Henderson, esta teoría implica a partir de sus propios conceptos. Ella dice que la salud es la calidad más que la vida misma.

Esa reserva de energía mental y física, que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.²

Esta teoría forma parte de los modelos conceptuales de atención de enfermería y los estudiantes de la carrera de enfermería lo llevan a la práctica, para dar una atención de calidad al paciente así como a la familia.

Con el modelo de Virginia Henderson, se realizan las valoraciones para poder llegar a los diagnósticos enfermeros y elaborar un plan de cuidados de esta manera poder realizar un plan de alta.

² Idem

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Elaborar un proceso de atención de enfermería a una persona en estado crítico con alteración cerebrovascular (sistema extrapiramidal), cuya finalidad es la identificación de alteraciones en sus necesidades según el modelo de Virginia Henderson y de esta manera proporcionar cuidados de enfermería.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Utilizar el Proceso de Atención de Enfermería y el método clínico con la finalidad de identificar problemas reales y potenciales a los que se enfrenta la persona.
- ❖ Limitar daños y contribuir al bienestar integral de la persona, a través de cuidados de enfermería.
- ❖ Evaluara la efectividad de las intervenciones de enfermería.

3. FUNDAMENTACIÓN

Estudios retrospectivos estiman su incidencia en 0.07 – 2.2% de los pacientes que reciben neurolépticos. En pacientes con trastornos mentales que tienen indicado tratamiento ambulatorio se describe una incidencia de uno cada 500 a 1000 tratados con NL (2-4). Esta variación en la frecuencia se debe a las diferencias en los criterios diagnósticos, el tipo de población a estudio, enfermos agudos o crónicos, tipo de hospital y tratamiento.

Es mas frecuente en el sexo masculino, en sujetos entre 20 y 50 años (población en la que es mas frecuente el uso de neurolépticos). Su mortalidad ha sido muy difícil de determinar debido a que en gran parte de los casos reportados en la literatura han existido contraindicaciones en los parámetros usados para su diagnostico, ha sido tan alta como 76%, aunque muchos estudios estiman una tasa entre un 20 -30%.

Se han descrito casos de SNM tanto con los neurolépticos clásicos como los neurolépticos atípicos, no quedando claro el papel que juega la medicación concomitante en el desarrollo de SNM en estos casos.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); Como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano. La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, social y cultural que tienen influencia en la salud y en la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud. Estas características se reflejan en los temas manejados por algunos autores como Donalson y Crowley, como sigue continuación:

1. Los principios y leyes que gobiernan los procesos vitales, el bienestar y funcionamiento óptimo de los seres humanos;
2. Los patrones del comportamiento humano en interacción con el ambiente o contexto en situaciones normales o críticas de la vida; y
3. Los procesos a través de los cuales se suceden cambios en la vida de los seres humanos y que afectan el estado de salud.

"Se reconoce que enfermería es una *DISCIPLINA PROFESIONAL*; Un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades".³

Pero no por el hecho de existir consenso en esta definición, se asegura el crecimiento y el avance de enfermería y se logra su cometido social. Es necesario

³ JOHONSON "The nature of a science in nursing". Nursing Outlook 7,5,29

hacer esfuerzos para aclarar con mayor precisión las metas de la profesión y para ver con claridad el imperativo académico del desarrollo de la ciencia de enfermería.

4.2 Enfermería Disciplina Profesional

Desde hace más o menos cinco décadas se discute y trabaja afanosamente en la clarificación y establecimiento de la naturaleza de enfermería. A través de este trabajo se ha sostenido que enfermería es una disciplina profesional constituida esencialmente por dos partes; Un componente disciplinar y un componente profesional. La cuestión de la existencia de un cuerpo sustantivo de conocimientos de enfermería generó y aún genera airados argumentos entre académicos en general, de otras áreas de la salud, y dentro de las mismas enfermeras. Pero se requiere hacer claridad sobre ello ya que es un hecho de significado para el desarrollo futuro de enfermería. Sin duda, es imposible pensar que una profesión exista y se desarrolle sin hacer explícitas las bases teóricas de su práctica, de tal manera que el conocimiento pueda ser comunicado, probado y expandido.

4.3 Meta de la Profesión de Enfermería

La meta fue definida claramente por Nightingale, quien mantuvo unidos los conceptos de ciencia y arte: Esta interpretación fue cambiando hasta llegar a extremos en que se negó totalmente la posibilidad de contemplar el arte como componente esencial de enfermería. La enfermería como cualquier disciplina de la salud, dirige sus esfuerzos primariamente al cuidado de la salud de individuos y grupos de individuos, así lo asegura la meta profesional de enfermería. A través del servicio de cuidado, se puede lograr la meta y compartirla con las otras profesiones de la salud. El cuidado de enfermería es; entre todos los componentes de la práctica, el medio a través del cual se logra la meta específica del profesional. El cuidado de salud que se brinda a individuos o grupos y familias en condiciones de bienestar enfermedad o riesgo, tiene como función básica la promoción y

mantenimiento de la situación de salud.

Aún siendo una meta tan amplia y general, en ella se puede enmarcar algunas propuestas de trabajo para el desarrollo de la ciencia de enfermería y apoyo para la práctica en áreas como:

1. Adaptación de los clientes (individuos, familias y grupos) al bienestar y a la enfermedad, incluyendo los medios efectivos o inefectivos utilizados para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y para asegurar la recuperación de las enfermedades y la rehabilitación hasta el funcionamiento óptimo.
2. Aspectos biológicos, psicosociales, culturales y ambientales que afectan el desarrollo y mantenimiento de la salud y bienestar de los seres humanos; y como se desarrollan los estados de enfermedad.
3. Intervenciones físicas e interpersonales para asistir a los clientes y reducir las consecuencias adversas de la enfermedad. Manejo de las formas de enfrentamiento a los efectos físicos, Psicológicos y sociales de las enfermedades. Promoción de la salud y el bienestar de comportamientos relativos a la salud.⁴

4.4 PARADIGMAS

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y práctica. Han hecho el esfuerzo por buscar las palabras que describan justamente sus actividades del cuidado al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas enfermeras teorizadoras y metateóricas, han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

Mientras que disciplinas como la física, la fisiología, la psicología y la historia son

⁴ DURAN DE VILLALOBOS. "Disciplina de enfermería". Desarrollo teórico e investigativo. Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Pp 15-59

llamadas teóricas, otras como el derecho, la medicina y la ciencia de enfermería, son disciplinas profesionales es decir, que están ante todo orientadas hacia una práctica profesional. Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, se ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido como Flaskerud y Halloran, que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859 estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale. Es precisamente gracias a la manera particular con las que la enfermeras abordan la relación entre cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

Además, es difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución, desde esta perspectiva, parece oportuno situar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el surgimiento de los actuales conceptos de la disciplina enfermera.

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas, principalmente por el filósofo Jun y el físico Capra. Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.⁵

4.5 METAPARADIGMA

Es el marco conceptual o filosófico más completo de una disciplina o una profesión. Su función es la identificación del campo de estudio, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y

⁵ KÉROUAC, SUZANNE. "Grandes corrientes del pensamiento" Capítulo 1. El pensamiento enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. 1996, Pp 1-21

diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo desde una perspectiva neutral. Sin llevar implícito un modelo conceptual; a lo que debe añadirse la característica de universal. Una disciplina tiene un único paradigma, pero varios modelos conceptuales que proporcionan formas diferentes de conceptos metaparadigmáticos.⁶

Actualmente existen cuatro conceptos centrales que se relacionan y dan soporte al paradigma de enfermería:

- a) Une a la persona con la salud. La disciplina está relacionada con los principios y leyes que gobiernan el proceso de vida, de sentirse bien y el funcionamiento óptimo de las personas enfermas o sanas.
- b) Enfatiza la relación entre persona y el ambiente. La disciplina de enfermería está relacionada con los patrones de conducta humana en interacción con el ambiente, tanto en los eventos normales de la vida, como en los críticos.
- c) Liga la salud con la enfermería. La disciplina está relacionada con las acciones de enfermería o con los procesos por los cuales los cambios positivos en el nivel de la salud son efectivos.
- d) Relaciona a la persona con el ambiente y la salud. La disciplina se relaciona con la integridad o salud de los seres humanos, recordando que ellos interactúan continuamente con su ambiente.

Como puede verse, los modelos conceptuales son derivados del metaparadigma y así incorporan los conceptos más globales y las proposiciones de una manera más restringida y abstracta.

4.6 TEORIA DE LA ENFERMERÍA

⁶ KOZIER, B. Y COLS. " Conceptos y temas en la práctica de enfermería", 2 ed., McGraw-Hill Interamericana, México. 1995, p-654

A principios de la década de 1960, la enfermería se describía en términos funcionales como actividades realizadas por las enfermeras. Desde entonces pone énfasis en los aspectos interpersonales intelectuales y científicos de la profesión. Los aspectos interpersonales de la relación pacientes-enfermera fueron subrayados a partir de ese momento por Ida Jean Orlando, quien destacó la necesidad de acciones más bien deliberadas que intuitivas; por su parte Lois Knowles incorporó el planteamiento científico describiendo a la enfermería como involucrada en descubrir, sondear, hacer y discriminar.⁷

En 1966 Kelly, describió la información disponible para la valoración de enfermería como los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnóstico médico, los antecedentes sociales, el bagaje cultural y los factores físicos y psicológicos del medio ambiente. Dorothy Jonson enfatizó la importancia de la recolección sistemática de datos y su análisis riguroso. El diagnóstico de enfermería se definió en ese tiempo como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

En 1967, Yura y Walsh escribieron el primer libro que definía, en forma integral, cuatro componentes del proceso de atención de enfermería. Las autoras daban gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería. Para la década de 1970, la profesión de enfermería empezó a mirarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente; los pasos del proceso fueron legitimizados en 1973, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publicó las normas de la Práctica de Enfermería. Los componentes de este proceso se han mantenido hasta la fecha, y son.

Valoración:	a) Obtención de datos
Análisis / síntesis de datos:	a) Diagnostico de Enfermería

⁷ Griffith Janet W. Proceso de Atención de Enfermería. México. El manual Moderno 1986. p. 2.

Planeación:	<ul style="list-style-type: none"> a) Metas y Objetivos b) Planes para la implementación c) Razonamiento Científico
Implementación:	<ul style="list-style-type: none"> a) Evaluación Final.

En el papel de la enfermera frente al paciente destacan las actividades independientes, interdependientes y dependientes. Las actividades independientes son: valoración, análisis y diagnóstico, planeación, implementación y evaluación. Las actividades interdependientes incluyen la coordinación y planeación con otros miembros del equipo de salud; y por último, las actividades dependientes comprenden el cumplimiento de las órdenes del médico. El proceso de atención de enfermería amplía cada una de estas actividades en beneficio del paciente, ya que es el método de que dispone la enfermera para demostrar su interés y responsabilidad a los pacientes.

4.7 Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente, la definición del rol fundamental de la enfermera permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición refleja de forma clara, precisa y completa, el pensamiento de la enfermera.

Los elementos mayores del modelo de Virginia Henderson, han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivo. Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Ciente. Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Respirar
2. Beber y comer.
3. Eliminar.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Evitar los peligros.
10. Comunicarse con sus semejantes.
11. Actuar según sus creencias y valores.
12. Ocuparse para realizarse.
13. Recrearse.
14. Aprender.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad

de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo. No obstante, debe hacerse constar que 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 valoración del Proceso de Atención. En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, a partir de la interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios -denominados por Henderson- de Independencia y de Dependencia

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera. El rol de la enfermera es un rol de suplencia. Suplir, para Virginia Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos. Las intervenciones de la enfermera apuntan esencialmente hacia la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y lo más rápidamente posible.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. La enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona.

La contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o 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.

Fuentes de dificultad. Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad; una falta de fuerza, una falta de voluntad y una falta de conocimientos. Sin embargo, en la práctica resulta difícil buscar las causas de dependencia debidas a la falta de voluntad. Además el aspecto sociológico no aparece; es por ello que, a pesar de respetar la idea de la autora, hemos añadido una cuarta fuente de dificultad. Para aclarar el concepto y las diferentes causas de dependencia, teniendo en cuenta las que hemos añadido.

La fuente de dificultad es la causa de la dependencia del individuo, es decir, cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. Concebida de cuatro maneras:

1. Factores de orden físico.

Atentado de la integridad física debido a:

- Insuficiencia intrínseca del organismo.
- Insuficiencia extrínseca del organismo.
- Desequilibrio del organismo.
- Sobrecarga del organismo.

2. Factor de orden psicológico.

Atentado de la integridad del yo.

3. Factor de orden sociológico

Atentado en la integridad social (relación con el medio entorno).

4. Falta de conocimiento.

Insuficiente conocimiento de uno mismo, de los demás y del medio.

Intervenciones. El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces interviene en

el ámbito de las fuentes de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Así, las acciones de la enfermera consisten en contemplar o reemplazar las acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades. Las formas de suplencia son indicadores de intervención frente a las fuentes de dificultad identificadas; es por ello que la utilización de verbos de acción permite determinar más adecuadamente las intervenciones apropiadas.

Consecuencias deseadas. Utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson, es evidente que la enfermera apunta como consecuencias deseadas el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. El modelo conceptual de Virginia Henderson nos da el cuerpo de conocimientos de los cuidados de enfermería.

Comunicación enfermera- cliente. El proceso de cuidados a partir de un modelo conceptual no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el cliente. En efecto, resulta esencial para la enfermera, además de la recogida de datos, de la planificación de cuidados y de la aplicación de las intervenciones, establecer una relación significativa con el cliente. Por ello, debe presentarse adoptando actitudes de cálido respeto, de comprensión empática, de autenticidad y de consideración positiva. Es cierto que la comunicación eficaz entre enfermera y cliente es muy exigente y exige grandes y continuados esfuerzos a la enfermera, pero ella sabe que es indispensable para ayudar al cliente vivir una situación difícil.

Todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en "asistir" a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderá 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 las decisiones y en el logro de sus metas.

4.8 PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.⁸ Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es método sistemático, organizado y racional para planificar y dar cuidados eficaces y eficientes de enfermería, orientados al logro de objetivos. Esta caracterizado por su humanidad por que el plan de cuidados se desarrolla y se pone en practica de tal forma que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para él reciban la mayor consideración. El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente.

El Proceso de Enfermería se basa en principios y reglas que se ha comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente. Si dedica el tiempo necesario para aprender y aplicar estos principios en las situaciones de la vida diaria, mejorara su capacidad para solucionar los problemas, tomar desiciones y maximizar las oportunidades y recursos. Tendrá la satisfacción de lograr los objetivos finales de los cuidados de enfermería como son:

- Promover, mantener, o, restaurar la salud, o, en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.

⁸ Fernández Ferrín Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería. Barcelona España. Masson.1995. p.

- Proporcionar unos cuidados de calidad, y a un costo efectivo.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.

4.8.1 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

El PAE consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

4.8.2 Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería. Incluye la recogida de datos y la confirmación, y es necesario antes de que el diagnóstico de enfermería pueda ser hecho. “La valoración es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con el paciente”.

En efecto, valorar es un proceso continuo llevado a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería. Se puede usar durante la fase de diagnóstico para confirmar un diagnóstico.

Durante las etapas de planificación y de realización, la recogida de datos puede ser utilizada antes de escribir una actuación de enfermería. En la fase de evaluación, el reconocimiento se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y para evaluar el logro de las metas. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de la exactitud y recogida completa de datos.

4.8.3 Diagnóstico

El diagnóstico de enfermería es el juicio o conclusión que emite una enfermera después de hacer una valoración. El diagnóstico de enfermería y diagnóstico

clínico realizado por una enfermera describe una combinación de signos y síntomas que indican problemas de salud actuales o potenciales, que las enfermeras, por su capacidad, legal y de formación, pueden tratar.

4.8.4 Formulación del diagnóstico

La enfermera formula una relación casual entre el problema de salud y los factores asociados. Estos factores pueden ser tanto ambientales como sociológicos, fisiológicos, psicológicos o espirituales, teniendo en cuenta que un problema de salud está relacionado con más de un factor.

4.8.5 Formato de diagnóstico de enfermería

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de la enfermería; se denominarán como el formato PES.

Los componentes son:

1. Los términos que describen el problema (P). Se refiere al título o etiqueta de categoría diagnóstica, es una descripción del problema de salud del cliente, por lo que se le da la terapia de la enfermería. se describe el estado del cliente claro y concientemente en pocas palabras.
2. La etiología del problema (E) o los factores contribuyentes. Identifica uno o más de las causas probables del problema de salud y da una dirección a la terapia de enfermería requerida. La etiología puede incluir las conductas del cliente, los factores del entorno mental o las interacciones de las dos.
3. Las características definidas o los grupos de signos y síntomas (S). Aportan la información necesaria para llegar a la etiqueta de la categoría diagnóstica. Cada categoría de enfermería diagnóstica esta asociada a signos y síntomas que ocurren como una entidad clínica.

4.8.6 Planificación

La planificación es la tercera fase del proceso de enfermería. En este contexto, se define la planificación como el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico. Dentro de esta etapa se puede implicar las siguientes personas: una o más enfermeras, el cliente, los allegados ya aquellas personas que le cuidan, e incluso, algunas veces, otros profesionales de salud.

El proceso de planificación utiliza: (a) los datos obtenidos durante la valoración, y (b) los enunciados de los diagnósticos que presentan los problemas de salud del cliente (potenciales o reales). Los diagnósticos de enfermería exactos proporcionan directrices para determinar los objetivos del cliente y para desarrollar un plan de cuidados.

4.8.7 Ejecución

La ejecución, también denominada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

El fundamental miembro participante en esta fase es el cliente, aunque la enfermera puede intervenir en su nombre, por ejemplo, derivándole la enfermera comunitaria. Con frecuencia, el grado de participación del cliente depende de su nivel de salud. Por ejemplo, una persona inconsciente no puede participar en su cuidado, necesita que le cuiden. Sin embargo, un paciente ambulatorio puede necesitar muy poco cuidado directo de la enfermera y realizar los cuidados de salud de forma independiente. Las enfermeras, otros profesionales de la salud, los allegados y todas aquellas personas que le vayan a prestar cuidados están implicados en esta fase.

Tipo de actividades de enfermería

- Actividad independiente de enfermería
- Actividad dependiente de enfermería
- Actividad de enfermería en colaboración

4.8.8 Evaluación

El proceso de evaluación es la quinta y última fase, y consiste en valorar el grado en que se ha logrado alcanzar los objetivos. La evaluación es fundamental en el proceso de enfermería, ya que las conclusiones que se sacan determinan si la intervención de la enfermera debe terminarse, revisarse o cambiarse.

Constituye un proceso continuo y Terminal: continuo porque se realiza también durante la ejecución, donde la enfermera se pregunta como reacciona el cliente ante sus actividades, si las reacciones son las esperadas o no, etc. Constituye un proceso terminal porque después de que la enfermera completa su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente. Con frecuencia se utilizan las limitaciones de tiempo marcadas en criterios de resultados.

La evolución es una actividad organizada que tiene una finalidad. Mediante ella, las enfermeras aceptan las responsabilidades de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras.

4.9 SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO (SNM)

El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) es una complicación clásicamente relacionada con la medicación neuroléptica, aunque actualmente se sabe que puede aparecer asociado a otros tratamientos. En el año 1950 se introducen los Neurolépticos (NL) a la práctica clínica, y una década después Delay y Denikes describen por primera vez el SNM en Francia.

Es una enfermedad poco frecuente, pero a su vez muy temida debido a su gravedad y elevada mortalidad. Si no se trata adecuadamente, puede ser fatal.

Se caracteriza por fiebre, rigidez extrapiramidal, deterioro cognitivo y disfunción autonómica. Aunque puede ser desencadenado por todos los fármacos antipsicóticos (clozapina, risperidona, prometazina, etc), son los neurolépticos más potentes como el haloperidol o la flufenazina los que lo producen con mayor frecuencia. El síndrome neuroléptico maligno también ha estado asociado a fármacos no neurolépticos que actúan sobre las vías dopaminérgicas (como por ejemplo la metoclopramida o el litio).⁹

Se estima que este síndrome se desarrolla en el 0.5-1% de todos los pacientes expuestos a los neurolépticos. Usualmente, este desorden se produce al comenzar un tratamiento, pero puede también ocurrir en las dos primeras semanas.

En el 75% de los casos, se observan leucocitosis y elevación de la creatinina fosfoquinasa, siendo el 95% de los pacientes deficientes de hierro. Otros síntomas son taquipnea (78%), diaforesis (60%) y oscilaciones de la presión arterial. Los síntomas extrapiramidales más frecuentes son la rigidez (90%) y el tremor (56%), aunque también se han reportado coreas y distonías.¹⁰

⁹ Adams y Victor, Principios de Neurología, 2002. Pp 1184-1185.

¹⁰ Ibídem pp 1186.

El síndrome comienza con mareos y confusión, progresando hasta estupor y coma. El EEG muestra unos cambios difusos. Una vez que se manifiestan los primeros síntomas, la progresión es rápida alcanzando el punto máximo a las 72 horas. La duración de esta enfermedad oscila ampliamente, desde unas pocas horas hasta dos o más meses. Algunas veces se resuelve sin ningún tipo de tratamiento sin dejar secuelas, otras veces queda un parkinsonismo residual y, en el 5% de los casos, aún cuando se diagnostique y trate con rapidez, es fatal.

4.9.1 Etiología

Se cree que el síndrome neuroléptico maligno se debe a un antagonismo sobre los receptores dopaminérgicos D2 en el hipotálamo, vías nigroestriadas y ganglios basales de la médula espinal. El resultado es la rigidez muscular y los temblores extrapiramidales. El bloqueo de los receptores hipotalámicos es la causa de la hipertermia.

Además de estos efectos directos, el bloqueo de los receptores D2 puede producir el síndrome neuroléptico al eliminar la inhibición tónica del sistema nervioso simpático, con la correspondiente hiperactividad simpaticoadrenal. Por este motivo, los sujetos que muestren unos niveles basales de actividad simpaticoadrenal tienen un mayor riesgo de experimentar este síndrome.

4.9.2 Factores de riesgo

Existen factores fisiológicos y ambientales que predisponen al desarrollo de SNM. El más conocido es la deshidratación. También se consideran factores de riesgo (por favorecer la deshidratación) la agitación, la ingesta oral pobre y la temperatura ambiental elevada.

➤ Otros factores

- Uso de neurolépticos de alta potencia
- Uso de altas dosis de neurolépticos, especialmente por vía IM
- Rápido incremento de las dosis de neurolépticos
- Uso de neurolépticos de depósitos
- Antecedentes de un episodio de SNM
- Edad (promedio 40 años)
- Sexo masculino
- Medicación concomitante (especialmente Litio)
- Síndrome extrapiramidal resistente al tratamiento
- Suspensión de fármacos antiparkinsonianos
- Diagnóstico de trastorno afectivo
- Alcoholismo
- Síndrome cerebral orgánico
- Daño cerebral previo
- Trastorno extrapiramidal (Parkinson, Corea de Huntington) y catatonía.
- Malnutrición (déficit de hierro)
- Trastornos del movimiento (acatisia y el mioclonus nocturno)
- Período postparto
- Tratamiento previo con terapia electroconvulsiva

Se ha descrito una predisposición genética, que posiblemente se localiza en el gen del receptor de la dopamina D2 (10,11). Todos los neurolépticos tienen algún riesgo de inducir SNM (Tabla No.1). Aunque se pensaba que los atípicos presentaban menos riesgo, se han recogido casos de SNM con clozapina,

olanzapina, risperidona, y quetiapina (12-15). También se han descrito casos de SNM tras la suspensión de agentes dopaminérgicos (como L-dopa y Amantadina), por el uso de antieméticos como metoclopramida y antidepresivos tricíclicos.

➤ Neurolépticos asociados al SNM

Asociación de neurolépticos con SNM			
Haloperidol	+++	Clozapina	+
Clorpromazina	++	Olanzapina	+
Flufenazina	++	Quetiapina	+
Levomepromazina	+	Risperidona	+
Loxapina	+		

4.9.3 Fisiopatología

El SNM es el resultado de una compleja interacción entre fármacos que actúan sobre las vías dopaminérgicas y un sujeto susceptible. Pese a no conocerse con exactitud el mecanismo fisiopatológico, se han propuesto dos teorías para explicar la fisiopatología del SNM.

La primera está en relación con el aumento de la termogénesis provocada por la depleción/bloqueo de dopamina en las vías dopaminérgicas. La serotonina interviene en la termogénesis por su estimulación en el hipotálamo, la dopamina inhibe este proceso. Los neurolépticos producen un bloqueo dopaminérgico, desinhibiendo la liberación de serotonina, que tiene como resultado un aumento de la termogénesis. Pero como la termorregulación a nivel central está mediada también por vías noradrenérgicas, serotoninérgicas y colinérgicas (las propiedades anticolinérgicas de los neurolépticos favorecen al aumento de temperatura al inhibir la sudoración e impidiendo disipar el calor corporal), en la génesis del SNM probablemente intervengan más factores que aún están por aclarar. Por otro lado la dopamina puede inhibir la contracción del músculo esquelético, por lo que el bloqueo dopaminérgico daría como resultado un aumento en la contracción del

músculo esquelético. Este aumento del tono muscular implica también un aumento de temperatura. En esta dirección apuntan los casos de SNM descritos tras la supresión de fármacos dopaminérgicos, amantadina y L-dopa, y el uso empírico del agente dopaminérgico bromocriptina en el tratamiento del SNM. La segunda teoría está en relación con las similitudes entre el SNM y la hipertermia maligna. Se estima que los neurolépticos y otros fármacos pueden producir en el músculo esquelético un estado tóxico/hipermetabólico asociado a un incremento de la liberación de calcio desde el retículo sarcoplasmático, produciendo hipertermia, rigidez y aumento de la Creatín Fosfoquinasa (CPK). Esta teoría apoyaría el uso de dantroleno en el tratamiento del SNM.

4.9.4 Criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría

Desarrollo de una acusada rigidez muscular y temperatura elevada asociadas al uso de medicación antipsicótica.

Dos o más de los siguientes síntomas:

- Diaforesis
- Disfagia
- Temblor
- Incontinencia
- Alteraciones en el nivel de conciencia
- Mutismo
- Tensión arterial elevada o Lábil
- Leucocitosis

4.9.5 Criterios diagnósticos de Levenson para el diagnóstico del SNM

Criterios	Síntomas
Mayores	Fiebre, rigidez muscular, elevación de la CPK
Menores	Taquicardia, anormalidad de la tensión arterial, taquipnea, alteración de la conciencia, diaforesis, leucocitosis.

Para el diagnóstico del SNM el cuadro clínico debe cumplir bien los tres criterios diagnósticos mayores o bien dos criterios mayores y cuatro menores establecidos por Levenson, siempre que el diagnóstico sea congruente con la historia clínica. Para el diagnóstico de SNM según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales es preciso que la sintomatología se asocie al uso de neurolépticos.

No existe una secuencia típica en el desarrollo de los síntomas, pero generalmente la sintomatología extrapiramidal que no responde a anticolinérgicos aparece antes que la disfunción autónoma. El número de síntomas y la gravedad de éstos pueden ser muy variables.

El SNM puede manifestarse a lo largo de un continuo tanto de síntomas como de severidad. Es decir, dos o más síntomas leves, moderados o severos. Los síntomas generalmente se desarrollan entre 24 y 72 horas y pueden durar de 1 a 44 días (10 días de media). En el caso de los neurolépticos de depósito tanto la instauración como la resolución del cuadro puede ser más lenta.

4.9.6 Estudios de Laboratorio

Se observa un aumento de la CPK , generalmente mayor a 2.000 UI/L (por encima de 10.000 UI/L aparece en uno de cada tres enfermos) e incluso superiores a 60.000 UI/L. Esta elevación es secundaria a la rabdomiolisis, y vuelve a los valores normales una vez resuelto el síndrome. Además es frecuente una leucocitosis. Habitualmente hay una elevación de las enzimas hepáticas y acidosis metabólica. En el análisis de orina se detecta proteinuria y mioglobinuria. Las concentraciones de hierro sérico están disminuidas y existe hipocalcemia. El líquido cefalorraquídeo suele ser normal, en ocasiones se ha descrito un discreto aumento de proteínas. El eletroencefalograma muestra anomalías inespecíficas no focales. Los estudios de neuroimagen y la tomografía axial computarizada no ofrecen alteraciones. La biopsia muscular muestra diferentes

resultados: atrofia neurogénica y degeneración miogena.

4.9.7 Diagnóstico diferencial

Numerosas enfermedades y condiciones pueden ocasionar síntomas parecidos a los de este síndrome:

La aparición de un proceso infeccioso del Sistema Nervioso Central en pacientes en tratamiento neuroléptico, en los cuales se pueden sumar los signos extrapiramidales secundarios a la medicación neuroléptica y los signos de la infección.

La catatonía letal: Puede ser similar al Sistema Nervioso Central. Los pacientes con este trastorno desarrollan excitación motora, obnubilación, rigidez, fiebre, taquicardia, diaforesis, presión arterial lábil. Si ya se ha comenzado el tratamiento neuroléptico puede ser difícil realizar el diagnóstico diferencial. El golpe de calor: es un trastorno potencialmente mortal que puede verse en pacientes tratados con neurolépticos. Muchos de los síntomas del golpe de calor son comunes con los del SNM, exceptuando que en éste la piel está caliente, seca, no hay sudoración y existe flacidez muscular. Hipertermia maligna (HM): Síndrome, potencialmente fatal en el que se produce un hipermetabolismo muscular tras la administración de agentes anestésicos halogenados o relajantes musculares despolarizantes. En la Hipertermia Maligna (HM) existe rigidez de los músculos esqueléticos e incremento de la temperatura corporal hasta 43°C.

Atropinismo : Por sobredosis de anticolinérgicos puede originar somnolencia y elevación de la temperatura.

Habría que realizar también diagnóstico diferencial con: El síndrome serotoninérgico (que puede aparecer cuando se utilizan Inhibidores de la Monoamino-Oxidasa (IMAO) y fluoxetina, o IMAO y L-triptófano, IMAO y tricíclicos), la toxicidad por litio, síndrome anticolinérgico central, estatus epiléptico,

encefalopatía tóxica, tumores del SNC, supresión de drogas: alcohol, hipnóticos y sedantes, síntomas extrapiramidales con fiebre, desórdenes psiquiátricos, septicemia, hipertiroidismo, tétanos y sobredosis de salicilatos.

4.9.8 Complicaciones

Una vez suspendida la medicación neuroléptica e iniciado el tratamiento de soporte, el curso natural de la enfermedad es hacia la mejoría, con fluctuaciones en la clínica y en los datos analíticos.

Entre las complicaciones descritas podemos citar como más frecuentes:

1. Insuficiencia renal aguda secundaria a la rabdomiolisis y a la mioglobinuria. La insuficiencia renal aguda requiere diálisis. Se considera el principal predictor de muerte, con una frecuencia asociada del 50 %.
2. Fallo respiratorio agudo secundario a neumonía, trombolismo pulmonar por la inmovilización, broncoaspiración, Síndrome de distres respiratorio agudo, neumotórax o neumomediastino.
3. Complicaciones tales como fallo hepático, fallo cardíaco, convulsiones, coagulación intravascular diseminada aparecen con menor frecuencia, pero ensombrecen el pronóstico.

La mortalidad ha descendido de forma considerable; entre los factores que han contribuido al descenso destacaremos la familiaridad que en la actualidad tiene el SNM entre los clínicos, así como la indicación del tratamiento hospitalario. Las causas de muerte más frecuentes son: fallo cardíaco, neumonía, embolismo pulmonar, sepsis, y fallo hepato-renal.

4.9.9 Tratamiento

El paciente debe ingresar a una unidad de cuidados intensivos. Lo más importante es interrumpir el antipsicótico, en muchos casos los síntomas remiten en 2-3 semanas.

- Las medidas de soporte intentan prevenir las complicaciones.
- Los pacientes necesitan soporte ventilatorio (O 2 100 %).
- Reducir la temperatura con medidas físicas o farmacológicas. Corregir el equilibrio ácido-básico.
- Preservar la función renal.
- Controlar la posible taquicardia.
- Se deben controlar focos infecciosos como factores de comorbilidad.

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es eficaz para tratar algunos de los componentes del SNM como la fiebre, la sudoración y la alteración de la conciencia. Su efecto beneficioso pudiera estar relacionado con que esta favorece la actividad dopaminérgica cerebral.

Se recomienda en los siguientes casos:

1. En casos de SNM severo refractario al tratamiento médico.
2. Cuando es imposible realizar un diagnóstico diferencial entre SNM y Catatonia Letal o si predominan los síntomas catatoniformes.
3. Para el tratamiento de la catatonia residual y psicosis en el período post-SNM inmediato.
4. Cuando el cuadro psiquiátrico de base es una depresión psicótica o catatonia.

En el caso de tener que implementar el TEC hay tres medidas fundamentales a tomar:

- a) Un examen físico general y análisis clínicos generales, un estudio cardiológico previo y una radiografía de tórax. Dentro de lo posible sería conveniente obtener una TAC de cráneo.
- b) El consentimiento informado y escrito del tratamiento por parte de la familia y/o el paciente.

- c) El TEC debe realizarse según marca la norma actual, en quirófano bajo anestesia general, con médico anestesista y con todos los controles y recaudos pre y post-TEC de cada aplicación. El uso de terapias específicas es un tema controvertido.

La bromocriptina y el dantroleno son los fármacos más empleados.

Relajante musculo esquelético:

El dantroleno sódico, un fármaco que produce bloqueo de la liberación de Ca^{+} por parte del retículo sarcoplásmico de las fibras musculares, evitando así la contracción muscular, ha sido utilizado con cierto éxito. Se utiliza en adultos en una dosis de 0.8-2.5 mg/kg IV cada 6 h; no excediendo de 10 mg/kg/d IV . Se debe tener precaución en la protección de la vía aérea y de la ventilación, además del desarrollo de una posible depresión miocárdica. Por su hepatotoxicidad se usa en la fase aguda durante los primeros días.

4.9.10 Agentes Dopaminérgicos

-Bromocriptine (Parlodel) mejora la rigidez muscular en pocas horas, seguido de una reducción de la temperatura y una mejoría de la tensión arterial. Se han usado con éxito dosis de 2.5 -10 mg hasta cuatro veces al día. Como efectos secundarios, la hipotensión arterial y la aparición de náuseas son frecuentes. El dantroleno y la bromocriptina pueden utilizarse simultáneamente sin que esto aumente los efectos secundarios específicos de cada fármaco. Amantadina: Ha sido empleado con éxito para disminuir la hipertermia, aunque todavía no existe suficiente evidencia para recomendar su empleo sistemático.

4.9.11 Benzodiazepinas

Diazepán y Lorazepán: Han sido utilizados en un escaso número de pacientes que no responden a las medidas expuestas anteriormente. En muchos casos una infusión IV continua puede ser utilizada.

El tratamiento del SNM debe mantenerse durante 2-3 semanas hasta la remisión de los síntomas.

Tras un episodio de SNM la terapia con neurolépticos sigue siendo necesaria para el control de los síntomas psiquiátricos. Siendo esto uno de los principales problemas, ya que el síndrome recurre en 5 de cada 6 paciente si se reintroduce el mismo neuroléptico a la misma dosis. El uso de un neuroléptico de menor potencia, es seguro en 9 de cada 10 casos. Se recomienda comenzar con un neuroléptico atípico a dosis bajas e ir aumentando progresivamente la dosis mientras se monitorizan los signos del SNM. La Clozapina: antipsicótico con mayor acción sobre los receptores dopaminérgicos tipo 4, se utiliza para restaurar la medicación neuroléptica.

La hidratación es una de las principales medidas preventivas para evitar la recurrencia.

5. MÉTODO

5.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

➤ Teoría de la ética en enfermería

La teoría de la ética para enfermería pueda describirse, cita tener numerosas características. Primero, tener un enfoque en bienestar humano como su centro moral bueno. Ante todo, la enfermería es una práctica que busca el bienestar humano al promover la salud, evitar enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Las enfermeras tienen una responsabilidad profesional primaria para con la gente que requiere cuidados de enfermería y está obligada a promover su bienestar, independientemente de su estado de salud.¹¹

Segundo, la teoría de la ética de enfermería enfatiza el cuidado como una obligación moral. Numerosas enfermeras teóricas ya han declarado al cuidado como un valor central por las dimensiones éticas de la práctica de enfermería, por ejemplo, refiere que el valor del cuidar apoya la ética de enfermería protegiendo y mejorando la dignidad humana de pacientes, los cuales reciben cuidados para su salud. Ella visualiza el cuidado en la relación enfermera-paciente como un compromiso de ciertos límites para el paciente, y analiza el cuidado como se demuestra en las acciones de enfermería de decir la verdad y tacto.

El cuidado no es sólo el fundamento para la práctica de enfermería, sino que es esencial para la excelencia de la práctica. Buen cuidado, por tanto, incluye atención de las dimensiones físicas, relacionales, sociales, psicológicas, morales y espirituales del cuidado del paciente como componentes centrales en la relación enfermera-paciente.

Tercero, la teoría de la ética de enfermería debe enfatizar la importancia del carácter

¹¹ Sara T Fry, *Ética en la Práctica de Enfermería, Una guía para la tomade decisiones éticas*, 2010, pp31.

moral en la relación enfermera-paciente . Será, en parte, una teoría de la moralidad en la que las enfermeras son motivadas a hacer el bien promoviendo el bienestar del paciente. Una enfermera, que es una persona moralmente buena, tendrá los deseos y motivos para promover el bienestar del paciente. Dicha enfermera comprenderá con más probabilidad lo que debe hacerse en el papel de enfermería, es más probable que ejecute las acciones requeridas y actúe sobre ideas morales.

Cuarto, la teoría de la ética de enfermería debe ubicarse a un lado de la noción de que los principios y reglas de la ética tienen un papel principal para promover la justificación moral para el juicio y acciones de la enfermera. Los estudios del marco de referencia de la toma de decisiones utilizado por las enfermeras encontró enfoques orientados en principios y cuidados. De igual manera, los estudios sobre sensibilidad y razonamiento moral entre profesionales de la salud encontraron que la mayoría de éstos utilizan los enfoques orientados en la atención y en el principio . Los resultados de estos estudios apoyan la noción de que las enfermeras integran enfoques teóricos a la ética en su toma de decisiones éticas. Estos enfoques incluyen nociones de buena moral, obligación moral, ética del carácter y principialismo. Las enfermeras hacen énfasis en un enfoque, dependiendo en cuáles aspectos de un evento estén involucradas. Por tanto, una teoría de la ética de enfermería incluirá principios éticos, de tal manera que las enfermeras pueden utilizarlos para justificar las decisiones éticas en la práctica de enfermería.

5.2 Tendencia Acerca de Consentimiento Enterado

La gran cantidad de demandas legales por negligencia profesional han enfatizado la necesidad de información pertinente para otorgar el *consentimiento enterado*.* *Durante* muchos años, las Cortes han dictaminado que el médico está obligado a proporcionar solamente la cantidad de información que cubra lo que es práctica general entre sus colegas dentro del área, según lo determine su testimonio de

expertos. Sin embargo, algunos dictámenes recientes, relacionados en su mayoría con el consentimiento enterado, han cambiado este enfoque.

El consentimiento se define como un acto libre y racional que presupone conocimiento del aspecto para el cual se accede, por parte de la persona que consiente. No se espera que el consentimiento enterado contenga datos minuciosos, sino que esboce la naturaleza esencial del procedimiento y sus consecuencias: La información debe ser "razonable" y sin detalles que puedan asustar innecesariamente al paciente. Por supuesto, el paciente puede ceder el derecho de dicha explicación. No se necesita el consentimiento para casos de urgencia en que la vida del paciente esté en peligro, según acuerdo entre expertos en la materia, si el paciente no puede dar su consentimiento y no es posible encontrar a una persona legalmente autorizada que lo haga por él y cuando el paciente se somete por propia voluntad. Para que el consentimiento sea válido debe cumplir con los siguientes requisitos: (1) constar por escrito (a menos que se pueda probar en la Corte que ha habido consentimiento de viva voz); (2) firmado por el paciente o por una persona legalmente responsable de él, o ella (una persona no puede dar consentimiento a nombre de su cónyuge en casos que no sean de urgencia); (3) el procedimiento que se lleve a cabo debe ser el mismo para el que se otorgó consentimiento. (4) debe contener los elementos esenciales para el consentimiento enterado.

Dichos elementos incluyen: (1) explicación del padecimiento; (2) explicación inteligible del procedimiento que va a utilizarse y de sus consecuencias; (3) descripción de tratamientos o procedimientos alternativos; (4) descripción de los beneficios que se pueden esperar; (5) ofrecimiento de contestar las preguntas del paciente; y (6) libertad de coerción, persuasión injusta y presión. Esto último asume una especial importancia, puesto que el concepto de consentimiento enterado llegó a ser verdaderamente viable a partir del Código de Nuremberg, que se originó en el juicio de los médicos nazis, convictos de experimentar con los prisioneros sin su

consentimiento. Entonces se formalizaron los principios en la Declaración de Helsinki, adoptada por la Decimoctava Asamblea Médica Mundial en 1964 y revisada en 1975. HEW acepta los mismos principios y requiere que se cumplan cuando se haga investigación con seres humanos.¹⁴

El derecho a estar de acuerdo o no estarlo es cuestión importante en lo relativo al consentimiento enterado. El paciente competente tiene el derecho a negarse al tratamiento, pero si el no consentir daña la vida del paciente, el hospital puede recurrir al dictamen de la Corte. En caso de que el paciente esté considerado físicamente incapacitado o sea un menor, el tutor puede dar el consentimiento o negarlo.

5.3 CARTA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

1. El paciente tiene derecho a que se le otorgue atención considerada y respetuosa.
2. El paciente tiene derecho de obtener de su médico, información actual y completa en relación con el diagnóstico de su caso, tratamiento y pronóstico en términos que el paciente pueda entender, dentro de lo razonable. Cuando el juicio médico indique que no es aconsejable proporcionar la información al paciente, ésta se deberá entregar a una persona capacitada que la reciba a su nombre. Tiene derecho a conocer el nombre del médico que esté a cargo de su caso.
3. Antes de que se inicie cualquier procedimiento/tratamiento, el paciente tiene derecho a recibir de su médico la información necesaria para poder otorgar su consentimiento enterado. Excepto en casos de urgencia, la información que se requiere para dar el consentimiento enterado deberá incluir, pero de ninguna manera limitar, los procedimientos/tratamiento, riesgos médicos en que se incurra y la posible duración de la incapacitación. Cuando existan alternativas importantes para el cuidado o tratamiento médico, o cuando el paciente solicite información sobre alternativas de ese

tipo, el paciente tiene derecho a esa información. El paciente también tiene derecho de conocer el nombre de la persona responsable del procedimiento, y/o tratamiento.

4. El paciente tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento, dentro de los límites de la ley, y a que se le informe de las consecuencias médicas de sus actos.
5. El paciente tiene derecho a que se respete totalmente su vida privada en relación al programa médico de atención que se le aplique. Las discusiones del caso, las consultas, exámenes y tratamiento son confidenciales y deben tratarse con toda discreción. Las personas que no estén directamente involucradas con el caso, deben pedir permiso al paciente para estar presentes.
6. El paciente tiene derecho de esperar que todas las comunicaciones y registros que pertenezcan a su caso se mantengan en secreto.
7. El paciente tiene derecho a esperar que, dentro de sus posibilidades, el hospital responda a las solicitudes de servicios hechas por el paciente. Según lo indique la urgencia del caso, el hospital debe proporcionar evaluación, servicios y/o transferencia a otro hospital. Si está permitido por los médicos, el paciente puede ser remitido a otra instalación, solamente cuando se le haya informado ampliamente y se le hayan dado todas las explicaciones necesarias de por qué se le está transfiriendo. La institución a la que se vaya a enviar al paciente deberá otorgar su anuencia de ante mano para que se mande a ella al enfermo.
8. En lo que concierne a la atención que se otorgue al paciente, éste tiene derecho a que se le dé cualquier información relacionada con conexiones que existan entre el hospital en que se encuentra y otras instituciones. El paciente tiene derecho a que se le informe acerca de la existencia de cualquier relación profesional entre individuos, por nombre, que lo estén tratando.
9. El paciente, en caso de que el hospital se proponga someterlo a experimentación que afecte su atención o tratamiento, tiene derecho a que se le asesore al respecto. El paciente tiene derecho a negarse a participar en ese

tipo de experimentos.

10. El paciente tiene derecho a esperar que su tratamiento sea continuo, dentro de lo razonable. Tiene derecho a saber con anticipación las horas de sus consultas, cuáles son los médicos que están disponibles, y dónde encontrarlos. El paciente tiene derecho a esperar que el hospital cuente con un mecanismo que asegure que se le dará la información pertinente, por medio del médico o de un representante autorizado de éste, en cuanto a la continuación de los cuidados una vez que el paciente sea dado de alta del hospital.
11. El paciente tiene derecho de examinar, y recibir una explicación, de la cuerna de gastos en que ha incurrido, sin importar cuál sea la fuente de pago.
12. El paciente tiene derecho de saber cuáles son los reglamentos y normas hospitalarias que debe seguir como paciente.

No existe ningún catálogo de derechos que le garantice al paciente que se le va a tratar dentro de los límites que tiene derecho a esperar. Un hospital debe cumplir con muchas funciones, incluyendo prevención y tratamiento de las enfermedades, educación del personal médico y de los pacientes y la conducción de investigación clínica. Todas esas actividades deberán emprenderse tomando en cuenta, primero que nada, el bienestar del paciente y, sobre todo, el reconocimiento de su dignidad como ser humano. El éxito en la consecución de este reconocimiento asegura el éxito en la defensa de los derechos del paciente.

6. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

➤ Ficha de identificación

Sexo: Femenino

Nombre: EIR

Edad: 37 Años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: al hogar

Estado Civil: casada

Fecha de nacimiento: 28 / 03 / 1973

Lugar de Nacimiento: Estado de México

Lugar de Residencia: Carretera Mexico Chalma s/n Municipio Ocuilan Arteaga

➤ Datos del Entorno Próximo

El día 18 de septiembre del 2010 ingresa paciente femenina, al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, procedente del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por presentar psicosis y desorientación, es transferida al INNN en donde es hospitalizada en el 1er piso para ser tratada, tiene como diagnóstico base encefalitis viral en el transcurso de su tratamiento presenta Síndrome Neuroléptico Maligno por lo que es enviado a la unidad de Terapia Intensiva el 6 de Octubre del 2010 con una estancia 6 días, se ubica en la cama 2 en donde se realiza y aplica el proceso de atención de enfermería el día 12 de octubre del 2010 recopilando datos indirectos (expediente y familiar).

Diagnostico medico: Encefalitis viral y Síndrome Neuroléptico Maligno.

- Antecedentes heredofamiliares

Madre con osteoporosis e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), padre con HAS, 7 hermanos de los cuales 6 con HAS, y uno con cardiopatía congénita, urolitiasis y nefropatía, hermana con antecedente de Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) Isquémico.

7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN

- SINTESIS VALORATIVA

- ***Ficha de identificación***

Sexo: Femenino

Nombre: EIR

Edad: 37 Años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: al hogar

Estado Civil: casada

Fecha de nacimiento: 28 / 03 / 1973

Lugar de Nacimiento: Estado de Mexico

Lugar de Residencia: Carretera Mexico Chalma s/n Municipio Ocuilan Arteaga

- ***Datos del Entorno Próximo***

El día 18 de septiembre del 2010 ingresa paciente femenina, al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, procedente del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez al presentar psicosis y desorientación, es transferida al INNN

en donde es hospitalizada en el 1er piso para ser tratada, tiene como diagnóstico base encefalitis viral en el transcurso de su tratamiento presenta Síndrome Neuroléptico Maligno por lo que es enviado a la unidad de Terapia Intensiva el 6 de Octubre del 2010 con una estancia 6 días, se ubica en la cama 2 en donde se realiza y aplica el proceso de atención de enfermería el día 12 de octubre del 2010 recopilando datos indirectos (expediente y familiar).

Diagnóstico médico: Encefalitis viral y Síndrome Neuroléptico Maligno.

➤ **Antecedentes heredofamiliares**

Madre con osteoporosis e HAS, padre con HAS, 7 hermanos de los cuales 6 con HAS, y uno con cardiopatía congénita, urolitiasis y nefropatía, hermana con antecedente de EVC Isquémico.

• **Necesidad Oxigenación**

Datos subjetivos

El familiar del paciente brinda datos que concluyen que la paciente no tenía problemas para respirar, sin embargo fuma desde hace dos años solo en forma ocasional, un cigarrillo a la semana, de igual manera el lugar donde vive existen factores que le impidan una respiración eficaz.

Datos objetivos

Es una paciente que se encuentra desorientada en tiempo, persona y lugar, se encuentra en sedación, presenta palidez generalizada, cabeza simétrica sin pediculosis, mucosas nasales y orales deshidratadas, tiene dentadura completa, su tórax es en forma ovalada y simétrica con una frecuencia respiratoria de 14

respiraciones por minuto, al inspirar se escuchan sonidos respiratorios vesiculares muy suaves, y movimientos de amplexación simétricos, de igual manera se escuchan estertores crepitantes; con una respiración insuficiente por lo que cuenta con apoyo ventilación mecánica invasiva con un número de cánula en el 7.5 fija en el # 23 se encuentra en modalidad A/C con los siguientes parámetros FR 14, VC .56, FLUJO DE 40, PEEP 5, FiO2 40%, Pausa inspiratoria 0.27, Relación I:E 1:2, Presión máxima 18.

Gasometría arterial obteniendo:

Fio2 40%, t 36.6OC, ph 7.45, Pco2 de 36.4, po2 65%, HCO3 26%, -EB 2, K 4.27, Na 138, Cl 102.2, Ca 8.2.

Datos Laboratorios.

Química sanguínea: glucosa 101.9, urea 38.6, creatinina 0.40, nitrógeno ureico 18.04.

Biometría hemática: leucocitosis 11.45, eritrocitos 3.88, hemoglobina 11.1, hematocrito 34.5, plaquetas 261, linfocitos 0.70.

Cardiovascular

En la exploración cardiovascular se observa un latido cardíaco rítmico, no existe ninguna alteración, y se encuentra con medición de PVC de 9 -10 por hora, tiene una frecuencia cardíaca de 72 pulsaciones por minuto, y una tensión arterial de 120 /80mg/Hg .

- **Necesidad de Nutrición e Hidratación**

Datos subjetivos

Los datos obtenidos dicen que el paciente se alimentaba 2 veces al día, sin ningún

problema para masticar o deglutir, no ha presentado trastornos digestivos y destina 50 pesos para su alimentación.

Datos objetivos

Paciente con dentadura completa, amarillenta, mucosas orales deshidratadas, piel ligeramente pálida, con sonda nasogastrica, para alimentación; integridad cutánea de abdomen completa, abdomen blando, desprendible, con presencia de peristaltismo, sus movimientos abdominales son visibles, a la auscultación presenta sonidos intestinales agudos y audibles. Tiene un peso de 87 kg, talla 1.57 y su índice de masa corporal es de 35.3, perímetro abdominal de 154 cm, glicemia capilar de 102 mg/dl.

Dieta: inmunex 115 cc/hr con residuo gástrico de 6 -24 hr.

Las soluciones prescritas son:

Solución salina 0.9% 1000cc + 20 mEq de KCL + 1 amp de MgSO4 a 80 cc/hr.

Fentanyl 2 amp en 250 cc de solución glucosada 5% a 5 cc/hr.

Fármacos: ranitidina 50 mgs IV cada 12 horas

Datos de laboratorio

Hb 11.1, Leucositos 11.45, Tp 13.4, TpT 29.2, INR 1.13, Na 138, Cl 102.2, K 4.41, Mg 1.87, Ca 8.06.

- **Necesidad de Eliminación**

Datos subjetivos

Los datos obtenidos revelan que no tenia problemas para miccionar y su frecuencia era de 4 a 5 veces al día , evacuaba de 1 a 2 evacuaciones al día, sin

presencia de dolor ni sangrado.

Datos objetivos

Paciente con un abdomen blando depresible con movimientos audibles un poco disminuidos con 1 a 2 defecaciones al día, sus tegumentos están deshidratados, tiene instalada una sonda foley para la cuantificación de la orina por hora que va de 80 a 150 por hr.

Datos de laboratorio

Urea 1 mg/dl, Creatinina 0.70 mg/dl, densidad 1.010 Ph 6.2.

- **Necesidad de Termorregulación**

Datos subjetivos

El familiar refiere que en el lugar a donde vive frecuente más el clima caliente, por eso tiene más en su casa ropa para el calor, también comenta que cuando está enojado la temperatura se le sube.

Datos objetivos

El paciente se encuentra con una temperatura corporal alta de 36.6° c. la piel se encuentra templada

- **Necesidad de Descanso y Sueño**

Datos subjetivos

El familiar refiere que nunca ha tenido problemas para conciliar el sueño, ya que se duerme fácilmente y no presenta alteraciones del sueño, sin embargo no tiene suficiente tiempo para descansar, pero eso no evita que no tenga un sueño profundo.

Datos objetivos

El paciente no presenta ojeras, pero al estar sedado, no se puede observar si realmente tiene un buen sueño y un buen descanso.

- **Necesidad de Evitar Peligros**

Datos subjetivos

Los datos obtenidos refieren que el paciente cuenta con cartilla de vacunación completa, no se realiza ninguna autoexploración, tiene preferencia por el sexo opuesto, niega infecciones por transmisión sexual.

Datos objetivos

El paciente se encuentra en estupor, esta catatónica difícil movilización por la rigidez de músculos, se le realiza un baño de esponja, no presenta sensibilidad en miembros inferiores ni reflejos, utilización de barandales.

Fármacos: ranitidina 50 mg IV c/12, dexametasona 4 mg IV c/12, valproato de magnesio 500 mg c/8 SNG. Cloranfenicol 2 gtas c/8, lagrifil 2 gtas c/6, tygacil 50 mg en sol salina 50cc pasar a 1 hr c/12, bromocriptina 2,5 mg PSNG c/8, amantadina 100 mg 1-0-0 PSNG, nizoral crema axilar c/8, cefepime 1 gr IV c/12.

- **Necesidad de higiene y protección de la piel**

Datos subjetivos

Los datos muestran que el paciente se baña del diario y prefiere realizarlo en la noche, el lavado de dientes lo realiza 2 veces al día y el aseo de sus manos lo realiza antes de comer y después de ir al baño, de igual menar el corte de uñas lo realiza cada 15 días

Datos objetivos

El paciente se observa deshidratado, no tiene una buena turgencia, tiene discontinuidad de la piel en área de colocación del catéter central subclavio derecho, en ambos antebrazos tiene lesiones dérmicas se desconoce el motivo de las lesiones.

- **Necesidad de Movilidad y Postura**

Datos subjetivos

Los datos dicen, que el paciente tiene una actividad cotidiana muy activa, aunque se dedica al hogar esa actividad le absorbe cierta energía que se siente cansada.

Datos objetivos

Paciente con alteración física que le impide la movilidad, esto por la rigidez muscular, se encuentra en posición de semifowler.

- **Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas**

Datos subjetivos

Según los datos a la paciente le gusta tomar sus propias decisiones en cuanto a su forma de vestir.

Datos objetivos

Por la condición en que se encuentra por la atrofia muscular y la monitorización, solo se coloca un pañal. Para tener un mejor manejo para ella.

- **Necesidad de Comunicación**

Datos subjetivos

Los datos obtenidos refieren que la paciente no tiene problema para comunicarse, se lleva muy bien con su familia y con las personas que se encuentran alrededor, también comentan que en ningún momento esta sola.

Datos objetivos

Por el momento el paciente no puede comunicarse por la sedación, sin embargo se observa que lleva una buena relación con su familia, ya que diario lo visitan en el hospital.

- **Necesidad de Aprendizaje**

Datos subjetivos

El familiar refiere que su comunidad cuenta escuelas, talleres y campos deportivos, comenta que el área de aprendizaje lo tiene muy en cuenta ya que tiene hijos a los cuales les ayuda con las tareas.

Datos objetivos

Dicho lo anterior en su comunidad existen diversas formas de entretenimiento, cada vez que les ayuda a realizar sus tareas a sus hijos adquiere nuevos conocimientos o mas bien se actualiza.

- **Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas**

Datos subjetivos

Los datos obtenidos refieren que al paciente le gustaba convivir con su familia y mas en tiempo libre o los fines de semana

- **Necesidad de Creencias y Valores**

Datos subjetivos

Los datos que obtuvimos refieren que la paciente es católica y que va por lo menos una vez al mes a su centro religioso, ya que no le da tiempo cada 8 días.

Datos objetivos

En su estancia en el hospital sus familiares lo visitan, y le dan apoyo emocional aunque no les responda, sin embargo no se observa ninguna imagen religiosa en su cubículo.

- **Necesidad de Trabajo y Realización**

Datos subjetivos

Los datos obtenidos refieren que la paciente se siente bien con el rol que tiene en la casa

7.2 Conclusiones del Instrumento de Valoración (valoración cefalocaudal)

- **Ficha de identificación**

Sexo: Femenino

Nombre: EIR

Edad: 37 Años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: al hogar

Estado Civil: casada

Fecha de nacimiento: 28 / 03 / 1973

Lugar de Nacimiento: Estado de Mexico

Se encuentra bajo sedación, no responde a estímulos verbales con un Glasgow de 7, con palidez generalizada de tegumentos, cabello en buen estado, bien implantado, delgado, corto y ondulado. Cara simétrica, pupilas isocóricas normoreflexivas, frente simétrica en pliegues. Nariz simétrica, en nariz derecha tiene colocada sonda nasoyeyunal permeable a Nutrición enteral a 115ml/hr, cavidad oral sin presencia de caries, lengua sin lesiones, se encuentra orointubada con un tubo del #7 fijada en el #23 conectada a ventilación mecánica en un modo de A/C con los siguientes parámetros fr14 VC 560, Flujo 40, PEEP 5, Fio2 40 R/I 1:2, cuello simétrico sin adenomegalias, con sistema de aspiración cerrado, con moderadas secreciones, cuenta con un acceso venoso central por subclavia derecha permeable a solución de base a 80 ml/hr, se encuentra monitorizada en ritmo sinusal con FC 72 x', T/A 120/80 mmHg, PAM 97 mmHg, T° 36.6°C, tórax simétrico, mamas simétricas sin abultamientos, depresiones y lesiones, se auscultan campos pulmonares con ligeros estertores en ambas bases, abdomen blando, depresible no doloroso, con movimientos peristálticos

ligeros, con perímetro abdominal de 154 cm. Sonda vesical instalada el 6 de octubre, con un volumen urinario de 2 ml/kg/hr, de características amarillo claro sin presencia de sedimentos, presenta úlceras por presión grado II en el antebrazos.

Medicamentos utilizados durante la estancia hospitalaria.

1. Solución salina 0.9% de 1000cc + 20 mEQ de KCL +1 amp MgSO₄ a 80cc/hrs.
2. Fentanyl 2 amp en 250cc de solución glucosada 5% a 5cc/hr.
3. Ranitidina 50 mg IV c/12,
4. Dexametasona 4 mg IV c/12,
5. Valproato de magnesio 500 mg c/8 SNG.
6. Cloranfenicol 2 gtas c/8,
7. Lagrifil 2 gtas c/6,
8. Tygacil 50 mg en sol salina 50cc pasar a 1 hr c/12,
9. Bromocriptina 2,5 mg PSNG c/8,
10. Amantadina 100 mg 1-0-0 PSNG,
11. Nizoral crema axilar c/8,
12. Cefepime 1 gr IV c/12.

7.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

<u>Necesidad</u>	<u>Causa de dificultad</u>	<u>Nivel de Dependencia</u>	<u>Dx. De Enfermería</u>
1. Oxigenación y cardiovascular	Dependiente	Falta de fuerza	<p>Alteración del Intercambio Gaseoso R/C Hipoventilación basal bilateral m/p Estertores Crepitantes</p> <p>Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C actividad eléctrica (TEC) m/p aumento de salivación posterior al procedimiento.</p> <p>Riesgo de broncoaspiración R/C actividad Convulsiva y aumento de salivación.</p>
2. Nutrición e Hidratación	Dependiente	Falta de fuerza	Riesgo de desnutrición R/C alimentación artificial.
3. Eliminación	Dependiente	Falta de fuerza	Alteración de la eliminación urinaria R/C el estado de consciencia con Ramsay de 5 m/p presencia de dispositivo urinario.
4. Termorregulación	Dependiente		Satisfecha
5. Descanso y Sueño	Independiente		Satisfecha
6. Evitar Peligros	Dependiente	Falta de fuerza	Riesgo de infección R/C los procedimientos y dispositivos invasivos.
7. Higiene y protección de la piel	Dependiente	Falta de fuerza	Deterioro de la integridad cutánea r/c rigidez muscular y periodos de agitación psicomotriz m/p lesión en cara

			externa de ambos antebrazos.
8. Movilidad y Postura	Dependiente	Falta de fuerza	Deterioro de la movilidad r/c disfunción del sistema neuromuscular (vía extrapiramidal) manifestado por rigidez muscular y catatonía.
9. Usar prendas de vestir adecuadas	Independiente		Satisfecha
10. Comunicación	Independiente		
11. Aprendizaje	Dependiente		
12. Jugar y Participar en Actividades Recreativas	Dependiente		
13. Creencias y Valores	Independiente		
14. Trabajo y Realización	Independiente		

7.4 Plan de cuidados de enfermería

Necesidad: 1. Oxigenación y Cardiovascular

Nivel de dependencia: Dependiente

Causa de dificultad: Falta de fuerza

Diagnostico de enfermería:

Alteración del Intercambio gaseoso relacionado con Hipoventilación basal bilateral manifestado por Estertores Crepitantes.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de cuidado	Evaluación
Valorar la efectividad de las respiraciones para determinar si la alteraion del estado de conciencia es debido a hipoventilacion e instaurar medidas pertinentes para solucionarla.	Instalara oxigeno suplementario en caso de que las respiraciones del paciente sean inefectivas para evitar la hipoxia cerebral, en este caso ventilación mecánica invasiva con lo parámetros establecidos con una frecuencia respiratoria de 14 lrm.	El paciente mantuvo frecuencias respiratorias de 14 lrm durante su estancia las cuales le aportaron un buen intercambio gaseoso.
Instalar oximetría de pulso. Mantener la saturación de oxigeno por arriba del 90%.	La utilización de oximetría de pulso permite al profesional de enfermería detectar problemas clínicos asociados con anomalías de la	Al paciente manejo saturación por arriba del 92% con una FiO2 del 40%.

	<p>saturación de oxígeno. Con FiO2 programada al 40 %.</p>	
<p>Brindar fisioterapia pulmonar.</p>	<p>El fisioterapeuta respiratorio, toda vez emitido el diagnóstico médico y derivado por el especialista, realiza una valoración específica del paciente, propia de su disciplina:</p> <p>Anamnesis o interrogatorio: valoración de la disnea, dolor, expectoraciones y sus propiedades reológicas, tos, etc.</p> <p>Valoración de la dinámica y de la estática de la caja torácica, visual y manual y del modo y ritmo respiratorio.</p> <p>Realiza una exhaustiva auscultación del enfermo y de sus ruidos respiratorios, clave para el diagnóstico funcional.</p> <p>Valoración de la musculatura respiratoria.</p>	<p>La fisioterapia pulmonar nos proporciona una mejor movilidad de secreciones y expectoraciones.</p>

Diagnostico de enfermería:

Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada con actividad eléctrica (TEC)

manifestado por aumento de salivación posterior al procedimiento.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de cuidado	Evaluación
<p>Realizar técnica de aspiración nasofaríngea y nasotraqueal.</p>	<p>La aspiración nasofaríngea y nasotraqueal mantiene las vías respiratorias abiertas al eliminar las secreciones de la faringe o garganta y de la traquea. Este tipo de aspiración se emplea cuando la utilización de un dispositivo es ineficaz o inapropiada, o cuando las vías respiratorias inferiores requieren la eliminación de las secreciones.</p> <p>Las principales diferencias entre la aspiración faríngea y la traqueal son la aspiración profunda y la posibilidad de presentar complicaciones. La aspiración faríngea solo elimina las secreciones de la parte posterior de la garganta y requiere una</p>	<p>Después de la TEC se realizó la aspiración de secreciones obteniendo una vía aérea permeable. De igual manera se redujo la cantidad de salivación.</p>

	técnica limpia. La aspiración traqueal se extiende hasta las vías respiratorias inferiores y necesita una aplicación de una técnica aséptica.	
Utilizar cánula de guedel por razón necesaria para aliviar la obstrucción de la vía aérea.	Las causas de esta obstrucción, aunque no son las únicas, incluyen la relajación hipofaríngea.	La utilización de la cánula de guedel favoreció la técnica de aspiración durante el procedimiento.
Realizar las terapias electroconvulsivas (TEC) con mayor eficiencia y eficacia para bienestar del paciente.	La TEC es eficaz para tratar algunos de los componentes del SNM como la fiebre, la sudoración y la alteración de la conciencia. Su efecto pudiera estar relacionado con que esta favorece la actividad dopaminérgica cerebral. Se recomienda en los siguientes casos: cuando es imposible realizar un diagnóstico diferencial entre SNM y catatonia letal o si predominan los síntomas catatoniformes.	Se dieron 3 sesiones de TEC durante una semana muy eficiente y eficaz, al realizar una buena aspiración de secreciones al paciente, antes durante y después del procedimiento.

	Cuando es cuadro psiquiátrico de base es una depresión psicótica o catatonía.	
--	---	--

Diagnostico de enfermería:

Riesgo de broncoaspiracion relacionado con actividad Convulsiva y aumento de salivación.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de cuidado	Evaluación
Mantener sonda nasogastrica permeable.	La acumulación de secreciones y de aire en el estomago incrementa el riesgo de vomito y aspiración.	La sonda nasogastrica se mantuvo permeable durante el procedimiento.
Utilizar cánula de guedel por razón necesaria para aliviar la obstrucción de la vía aérea así mismo utilizarla para la aspiración de secreciones..	Se utilizara la técnica de aspiración, principalmente para eliminar las secreciones. Dependiendo en donde se producen las secreciones, es lugar en donde se realizara el procedimiento ya sea en boca, nariz o cánula orotraqueal. También se puede eliminar otros líquidos corporales,	La cánula de guedel nos facilito la aspiración de secreciones ya que debido a la actividad eléctrica recibida por la paciente, ella realiza convulsiones las cuales nos dificulta la limpieza de la vía aérea.

	<p>principalmente sangre y contenido gástrico, de la faringe oral y posterior, también para prevenir su aspiración al pulmón. En muchas ocasiones se podrá revertir la disminución del reflejo tusígeno del cliente introduciendo un catéter de succión hasta la carina. Cuando el cliente tosa, la limpieza de las vías respiratorias será más eficaz.</p>	
--	---	--

Necesidad: 2. Nutrición e Hidratación

Nivel de dependencia: Dependiente

Causa de dificultad: Falta de fuerza

Diagnostico de enfermería:

Riesgo de desnutrición relacionado con alimentación artificial (nutrición enteral).

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de cuidado	Evaluación
Brindar un aporte calórico durante la estancia hospitalaria, mediante	La nutrición enteral es preferible en pacientes con un sistema digestivo	

<p>nutrición enteral.</p> <p>Mantener la nutrición enteral a una frecuencia de perfusión constante, con una bomba de perfusión.</p> <p>Controlar al paciente, la bolsa y la frecuencia de perfusión cada media hora.</p> <p>No interrumpir el flujo de la solución de la nutrición enteral.</p>	<p>funcional pero que no es capaz de consumir una ingesta nutricional suficiente, o para quien esta contraindicada una ingesta oral</p> <p>La bomba de perfusión regula la frecuencia de perfusión con mayor exactitud, disminuyendo las posibilidades de que accidentalmente, se perfunda una bolsa de nutrición enteral en un periodo de tiempo mas corto de lo prescrito.</p>	<p>Durante la estancia hospitalaria mantuvo un aporte calórico adecuado.</p>
<p>Durante la alimentación enteral, se debe tener al paciente en posición semifowler.</p> <p>Realizar técnica de residuo gástrico.</p>	<p>La alimentación con sonda nasogastrica debe administrarse con el paciente en posición semifowler, esta posición durante la alimentación y como mínimo 30 minutos después, disminuyen el riesgo de aspiración de la formula hacia los pulmones.</p> <p>Debe aspirarse el contenido gástrico y</p>	<p>Se disminuyo el riesgo de broncoaspiracion durante el procedimiento de la alimentación enteral, colocando al paciente en posición semifowler.</p> <p>Durante la técnica de residuo gástrico se</p>

	<p>regresarse al estomago antes de cada nueva alimentación para comprobar que solo existe un residuo mínimo de la anterior; el exceso puede indicar una obstrucción o un problema digestivo que debe corregirse antes de continuar la alimentación. El volumen residual en adultos es variable pero se considera un máximo de 100 a 150 ml.</p>	<p>corroboro que había una buena digestión de la persona ya que el residuo gástrico era mínimo y se podía continuar con la alimentación.</p>
<p>Ministrar medicamento según prescripción medica, ranitidina 50 mg IV cada 12 horas.</p>	<p>La ranitidina se utiliza en la prevención y tratamiento del sangrado de tubo digestivo superior inducido por estrés, especialmente en pacientes graves con cuidados intensivos. Asimismo como protector de la mucosa gástrica.</p>	<p>Durante la estancia en el servicio de terapia intensiva no se detecto ningún sangrado de tubo digestivo.</p>

Necesidad: 3. Eliminación

Nivel de dependencia: Dependiente

Causa de dificultad: Falta de fuerza

Diagnostico de enfermería:

Alteración de la eliminación urinaria relacionado con el estado de consciencia con Ramsay de 5 manifestado por presencia de dispositivo urinario.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de cuidado	Evaluación
Mantener la vejiga vacía por medio de una sonda permanente.	La sonda o catéter proporciona un flujo continuo de orina en clientes incapaces de controlar la micción o en aquellos con obstrucción de la salida de orina. Una sonda permanente o de Foley permanece colocada durante un periodo prolongado, por lo que puede ser necesario cambiarla periódicamente	La sonda vesical nos proporciono observar que la paciente no tuviera retención de orina.
Valorar el patrón de micción, la frecuencia y cantidad	Ya que nos ayudara a identificar características de la función vesical, por ejemplo eficacia del vaciado vesical, la función renal y el	El que la paciente manejara una sonda vesical con bolsa recolectora nos permitió observar las características de la orina

	equilibrio hídrico.	si eran normales o tenían alguna anomalía.
Comprobar por palpación si existe distensión abdominal y observar si se produce incontinencia por rebosamiento.	La disfunción vesical es variable, pero comprende la pérdida de contracción vesical, provocando retención de orina e incontinencia por reflujo.	Se valoro a la paciente en busca de distensión abdominal, no encontrando nada y con su sonda en funcionamiento.
Comprobar si la orina está turbia o hemorrágica o tiene mal olor.	Los signos de infección renal o de las vías urinarias pueden potenciar una septicemia.	El estar documentando nos ayudo a prevenir alguna infección o bien detectarla.
Limpieza la zona perineal y mantenerla seca, proporcionar un cuidado adecuado de la sonda, cuando sea adecuado.	Disminuye el riesgo de irritación, lesión cutánea y la aparición de infección ascendente.	Gracias al minucioso cuidado en la limpieza no hubo irritación ni lesión de la zona perineal.

Necesidad: 6. Evitar Peligros

Nivel de dependencia: Dependiente

Causa de dificultad: Falta de fuerza

Diagnostico de enfermería:

Riesgo de infección relacionado con los procedimientos y dispositivos invasivos.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de cuidado	Evaluación
Observar los factores de riesgo para la presencia de infecciones.	La intubación, la respiración asistida prolongada, los traumatismos, la	Los factores de riesgo nos ofrecieron la oportunidad de limitar los efectos y ayudo a

	debilidad general, la desnutrición, la edad y los procedimientos invasivos son factores que potencian el riesgo del paciente de adquirir infecciones y de prolongar la recuperación.	prevenir neumonía asociada al respirador, que es la principal causa de neumonías hospitalarias.
Observar el color, olor y el aspecto del esputo.	Un esputo de color amarillo, verde de olor purulento es indicativo de infección; un esputo espeso y persistente es indicativo de neumonía.	Afortunadamente durante la estancia hospitalaria no se observó ninguna característica antes mencionadas del esputo.
Reducir los factores de riesgo nosocomiales mediante el correcto lavado de manos, o la aplicación de productos con alcohol para manos, realizar técnicas de aspiración estériles en los sistemas abiertos, el uso de sonda endotraqueal de sistema cerrado que permita la eliminación continua de las secreciones, reduciendo el número de veces que	El lavado de manos se recomienda como aseo personal, antes y después de tener contacto con el paciente y antes de manejar alimentos para arrastrar mecánicamente, destruir o inhibir la flora transitoria y la residente. Durante la atención de pacientes de alto riesgo, antes de tener contacto con pacientes que tienen equipo invasivo, antes de realizar un	No se detectaron signos de infección en ninguno de los sitios de introducción de líneas invasivas. Se paciente se encontró afebril durante su estancia.

se abren los tubos del respirador y proporcionando cambios limpios de sonda.	porcediminto invasivo y durante el manejo de pacientes inmunocomprometidos.	
Ministrar medicamentos prescritos por el medico: Cefepime 1 gr IV cada 12 horas. Tygacil 50 mg en solución salina 50cc pasar en 1 hora cada 12 horas. Cloranfenicol oftálmico 2 gotas cada 8 horas.	Antibiótico (cefalosporina). Es un agente bactericida que actúa inhibiendo la síntesis de la pared celular bacteriana. Puede utilizarse como monoterapia antes de identificar el microorganismo o microorganismos causantes. Antimicrobiano. La tigeciclina se evaluó en adultos para el tratamiento de infecciones complicadas en piel y anexos. Es un antibiótico de amplio espectro altamente efectivo contra la mayoría de bacterias grampositivas y gramnegativas, así como la mayoría de anaerobios	Se ministraron medicamentos antibióticos y antimicrobianos durante la estancia hospitalaria en terapia intensiva los cuales dieron como resultado de que la paciente no tuvo ninguna infección de ninguna índole ya que los medicamentos administrados se dieron como profilaxis para evitar alguna complicación.

<p>Lagrifil oftálmico 2 gotas cada 6 horas.</p>	<p>(incluyendo anaerobios obligados), Mycoplasma, Rickettsias y espiroquetas.</p> <p>Es útil para aliviar la resequead del ojo formando una película que protege a la conjuntiva y epitelio corneal, de la irritación mecánica y la fricción de los párpados, facilitando la regeneración de los tejidos lesionados.</p>	<p>La paciente al estar sedada se requirió de lubricante para evitar la resequead del ojo y proteger la conjuntiva durante su estancia.</p>
<p>Nizoral crema axilar cada 8 horas.</p>	<p>Está indicado para la aplicación tópica en el tratamiento de las infecciones por dermatófitos en la piel: tiña de cuerpo, tiña crural, tiña de mano, tiña de pie, tiña de pelo, tiña de uña, micosis en membranas mucosas.</p>	<p>La crema se utilizo como psicoprofilaxis para prevenir alguna infección durante su estancia en el hospital.</p>

Necesidad: 7. Higiene y Protección de Piel

Nivel de dependencia: Dependiente

Causa de dificultad: Falta de fuerza

Diagnostico de enfermería:

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con rigidez muscular y periodos de agitación psicomotriz manifestado por lesión en cara externa de ambos antebrazos.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de cuidado	Evaluación
Identificar y marcar zonas enrojecidas, sin pigmentación, con excoriaciones.	Son indicadores de mayor riesgo de crisis, que requiere un tratamiento más intensivo.	Se identifico muy bien las zonas enrojecidas, las cuales fueron marcadas para ver si había crecimiento.
Proporcionar baños de esponja alternos, en vez de todos los días.	Los baños frecuentes contribuyen a la sequedad de la piel.	Se logro modificar el número de baños con la paciente siendo solo cada tercer día.
Utilizar crema dos veces al día y después del baño.	La crema lubrica la piel y reduce el prurito de la misma.	Se observo disminución del enrojecimiento en zona lesionada.
Masajear suavemente la piel, especialmente sobre la piel lesionada y las prominencias óseas.	El masaje mejora la circulación y perfusión cutánea al prevenir presión prolongada sobre los tejidos.	Se favoreció la buena circulación y se redujo el deterioro cutáneo.
Proporcionar un cuidado minucioso de la piel, y	La humedad y las excoriaciones favorecen	Se proporciono los cuidados minuciosos los

prestar especial atención a los pliegues cutáneos.	la proliferación de bacterias que pueden causar infecciones muy graves.	cuales favorecieron para detectar cualquier lesión futura.
Ministrar medicamentos según prescripción medica (nizoral crema axilar cada 8 horas.	Está indicado para la aplicación tópica en el tratamiento de las infecciones por dermatófitos en la piel: tiña de cuerpo, tiña crural, tiña de mano, tiña de pie, tiña de pelo, tiña de uña, micosis en membranas mucosas.	Se utilizo como psicoprofilaxis y asi mismo como lubricante de la piel. La cual no mostro infección ni alguna lesión.

Necesidad: 8. Movilidad y Postura

Nivel de dependencia: Dependiente

Causa de dificultad: Falta de fuerza

Diagnostico de enfermería:

Deterioro de la movilidad relacionado con disfunción del sistema neuromuscular (vía extrapiramidal) manifestado por rigidez muscular y catatonía.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de cuidado	Evaluación
Realizar ejercicios pasivos (y o activos cuando sea posible) de amplitud de movimientos de todas las	Los ejercicios pasivos ayudan a mantener el tono muscular y a establecer nuevas vías de impulso y a la	La repetición de los ejercicios fueron factores clave para el desarrollo de conexiones neuronales las cuales

<p>extremidades, por lo menos 4 veces al día, empezándolos inmediatamente después de su ingreso.</p>	<p>regeneración neuronal. Las células cerebrales adyacentes pueden asumir la función de las células dañadas, nuevas células de fibras nerviosas pueden extenderse colateralmente o pueden funcionar vías nerviosas alternativas para reanudar la actividad.</p>	<p>dieron una ligera disminución de la rigidez muscular.</p>
<p>Ministrar medicamentos según la prescripción medica anticonvulsivos y antidepresivos.</p> <p>Bromocriptina 2.5 mg SNG cada 8 horas.</p>	<p>Los medicamentos anticonvulsivos y antidepresivos, relajan al paciente, promoviendo el bienestar y permitiendo la movilidad física.</p> <p>Es un medicamento eficaz contra enfermedades que se caracteriza por una deficiencia de la dopamina nigroestriatal específica. En esta afección, la estimulación de los receptores de dopamina puede restablecer el equilibrio neuroquímico en el</p>	<p>Durante la estancia se logro que el paciente se mantuviera relajado debido a los medicamentos.</p>

<p>Amantadina 100 mg por SNG 1-0-0</p>	<p>cuerpo estriado. Mejora los temblores y la rigidez, la bradiscinesia y mejora la sintomatología depresiva. Indicada en síntomas extrapiramidales inducidos por medicamentos o por intoxicación con monóxido de carbono. Ocasionando aumento en las concentraciones extracelulares de dopamina al aumentar la liberación de la dopamina o disminuir la recaptura a las neuronas presinápticas.</p>	
<p>Valproato de magnesio 500 mg por SNG cada 8 horas.</p>	<p>Es un agente anticonvulsivo indicado para el control de las crisis parciales (simples, complejas y generalizadas de tipo secundario) y en las crisis generalizadas (- ausencias, atípicas, mioclónicas, clónicas, tónicas, tonicoclónicas y</p>	

	atónicas).	
--	------------	--

Plan de alta de Enfermería

- ✓ Sus signos vitales se mantendrán estables.
- ✓ Tendrá ausencia de signos y síntomas del déficit neurológico.
- ✓ Obtendrá la capacidad de tolerar la actividad dentro de los límites esperados.
- ✓ Tendrá la capacidad para trasladarse y deambular.
- ✓ Demostrará como compensar el déficit neurológico como parálisis, espasticidad, deterioro del habla y rigidez muscular.
- ✓ Ingerir y tolerar el aporte nutricional.
- ✓ Seguirá con el programa de terapia física y ocupacional.
- ✓ Si lo requiere trasladarla a un centro de rehabilitación o centro de larga estancia para rehabilitación continua.
- ✓ Seguir las indicaciones médicas sobre la dosis, horarios de administración y efectos secundarios que requieran atención medica.
- ✓ Detectar signos de deterioro cerebral y acceder al sistema medico de urgencia.
- ✓ Detectar signos de infección
- ✓ Evitará factores de riesgo como son: tabaco, estrés, obesidad, falta de ejercicio, dieta rica en grasas y colesterol.
- ✓ Deberá realizar ejercicios de práctica verbal.
- ✓ Tendrá un patrón de la eliminación normal.
- ✓ Buscará los recursos de su comunidad para la modificación del estilo de vida, como grupos para la reducción del estrés y el control ponderal, programas de ejercicios pasivos y programas para dejar de fumar.

ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

8.1 Instrumento de Valoración

Ficha de Identificación

Nombre: E. I. R Fecha de Nacimiento: 20/03/73 Edad: 37
Sexo FEMENINO, Talla: 1.57 m, Peso: 87 Kg, Grupo y Rh: O+
Edo. Civil CASADA Escolaridad: PRIMARIA Religión catolica
Grupo Étnico: no recuerda, Idioma/ Dialecto: español
Ocupación actual y anterior: al hogar, Nivel socioeconomico: bajo
Familiar a quien Avisar: Maria A.S.A,
Domicilio Actual: carretera Mexico Chalma s/n Municipio Ocuilan Arteaga,
Radica en el DF o Interior de la Rep. Mex. Estado de Mexico
Teléfono: _____ tel/Cel: _____

Datos de Ingreso

Procedencia: Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez
Fecha de Ingreso al Instituto: 18/sep/10
No. de registro y folio: 163468
Fecha de Ingreso al servicio: 06/oct/10
Fuente de información: indirecta (expediente y familiar)
Fecha de aplicación del instrumento: 12 de octubre del 2010.
Antecedentes Heredo familiares: Madre con osteoporosis e HAS. Padre con

HAS, 7 hermanos de los cuales 6 con HAS y uno con cardiopatía congénita, urolitiasis y nefropatía, hermana con antecedente de EVC Isquemico.

8. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

14 Necesidades de Virginia Henderson

1. Necesidad de Oxigenación.

Respiratorio:

Datos subjetivos:

Estilo de Vida (sedentaria/activa): activa, **¿Presenta Disnea?:** no, **¿Bajo qué circunstancias?** _____

Dificultad para respirar debido a: no

¿Fuma? si, **No. de cigarrillos:** 1 x sem, **Inicio:** hace 2 años

Entorno ambiental, familiar y laboral vive en zona rural, en donde existe mucha tierra suelta que le es lomesto para la respiración.

Antecedentes respiratorios:

Alteración de las Vías Respiratorias Altas: refiere hermana ninguna,

Alteración de las Vías Respiratorias Bajas: refiere hermana ninguna

Tx. para Dichas alteraciones: ninguno

Datos objetivos:

Estado Mental:

Glasgow (Pitsburg)	Hunt-Hess	Fisher	Ramsay
7 ptos	-----	-----	-----

FR: 14 lpm Sat % Oximetria: > 90%

Coloración tegumentaria/mucosas/peribucal: tegumentos palidos, mucosas deshidratadas, Características del Tórax: simatrico,

Tipo de respiración: con apoyo ventilatorio,

Patrón respiratorio:

Ruidos Respiratorios: ventilados

Datos de Dificultad Respiratoria: si tiene ventilación mencanaica

Tos/ reflejo tusigeno: ausente Esputo (características): de moderada cantidad de color sanguinolientas y expectoraciones

Cultivo de Expectoración (resultado): -----

Ventilación Mecánica:

No Invasiva -----

Invasiva si No. De cánula 7.5 Fija en # 23 Fecha de instalación: 6 de octubre del 2010

Sistema de Aspiración cerrado Secreciones Bronquiales moderada cantidad sanguinolientas

Modalidad: -----, Índice de Kirby: -----

Se encuentra orointubabo con apoyo de oxigeno con un fio2 al 40%.

Parámetros ventilatorios

FR	VC	Flujo	Sensibilidad	PEEP	FiO2	Pausa Inspiratoria	Relación I:E	Presión Máxima
14	560	40		5	40	.27	1:2	18

Gasometrías: FiO% 40% T° 36.6 °C

Muestra	pH	PCO2	PO2	HCO3	Sat %	-EB	Lactato	k	Na	Cl	Ca
---------	----	------	-----	------	-------	-----	---------	---	----	----	----

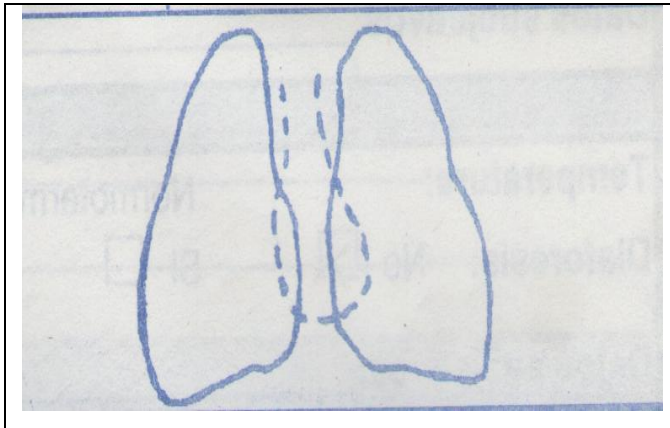
Venosa											
Arterial	7.4	36.4	65	26	40	2		4.2	138	102	8.2

Anión Gap: _____

Laboratorios: QS y BH

<p>QS</p> <p>Glucosa 101.9 mg/dl</p> <p>Urea 38.6</p> <p>Creatinina 0.40</p> <p>Nitrógeno ureico 18.04</p>	<p>BH</p> <p>Leucositos 11.45</p> <p>Eritrocitos 3.88</p> <p>Hemoglobina 11.1</p> <p>Hematocrito 34.5</p> <p>Plaquetas 261</p> <p>Linfocitos 0.70</p>
---	--

Radiografía de Tórax:



Interpretación Clínica:

Pulmones simetricos
 Corazón sin alteración sin
 cardiomegalia
 No se observa infiltrados
 Ausencia de sangre
 Ausencia de aire

TX Farmacológico actual: ninguno

Cardiovascular:

Datos Subjetivos

Dolor: ausente, Diaforesis: no, Acropaquia: no; Edema
 Características: no, Datos de Insuficiencia Venosa profunda: ausente
 Datos de Falla cardíaca: Derecha: ausente, Izquierda: ausente
 Antecedentes Patológicos Personales:
 Alteración Cardíaca: ausente, Clase Funcional de la NYHA: no pertenece

Datos Objetivos:

Ruidos cardíacos: ritmicos, audibles, sin alteración
 Frémito táctil en: sin alteración
 Soplos palpables en: sin soplo
 Llenado capilar: 3 seg Pulsos distales: palpables, fuertes, sin alteración
 Datos de Insuficiencia Venosa profunda: ausente
 Datos de Falla cardíaca.
 Derecha: ausente, Izquierda: ausente
 Marcapaso: no, Temporal _____, Frecuencia _____ mAmp _____ sensibilidad _____
 Características del marcapaso definitivo: _____
 Modalidad: _____ Fecha de instalación: _____ Sitio de
 fijación: _____, Parámetros: _____

Taller hemodinámico: Swan Ganz no

FC	T/A	PAM	PAPM	PCP	PVC	GC	IC	IMC	RVS	IRVS	RVP	IRVP

PAO2	CcO2	CaO2	CvO2	Qt/Qs					

Por Fick: _____

Trazo ECG: Ritmo: sinusal

No se pudo imprimir

Interpretación:
Ritmo sinusal
Frecuencia cardiaca de 72
lpm

Laboratorios:

Enzimas cardíacas:

Tiempos de coagulación: TP 13.4, INR 1.13, TTP 29.2.

BH: leucositos 11.45, eritrositos 3.88, hemoglobina 11.1, hematocrito, plaquetas 261, linfocitos .70.

Tratamiento Farmacológico actual:
ninguno

2. Necesidades de Nutrición e Hidratación.

➤ Datos subjetivos

Se alimenta solo: no Con ayuda Horario y No. De comidas 2 comidas

al día y son a las 10:00 y 16:00 _____

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día de litro a litro y medio _____

Preferencias:

_____ Desagrados: _____

Dieta habitual: Carnes si _____ verduras si _____ Frutas si _____

Harinas si _____, Leguminosas si _____, Lácteos si _____, Hojas verdes si _____

Patrones de aumento/pérdida de peso: no _____

Suplementos alimenticios ninguno _____

¿Tiene algún conocimiento sobre como favorecer su alimentación? comer frutas y verduras _____

Ha presentado: anorexia no _____ náuseas no _____ vómito no _____ indigestión no _____ hiperacidez no _____

Medidas para purificar el agua: Hierve si _____ Desinfecta garrafón _____

Cavidad bucal:

Capacidad para hablar: _____ sin alteraciones _____, Capacidad para masticar: _____ sin alteraciones _____

Capacidad para deglutir: _____ sin alteraciones _____

➤ Datos objetivos

Días de Estancia en servicio: 6 días _____

Peso: 87 kg Talla: 157cm IMC: 35.3 ASC: 3.2 PA: 154cm _____

Circunferencia del Brazo: _____, Glicemia capilar: 102mg/dl _____

Características del Cabello bien adherido, corto, negro, _____

Lengua: Hidratación: semi _____ Úlceras sin úlceras _____ Inflamación sin _____

Encías: color rosadas Edema no hay Hemorragia no dolor si _____

Dientes: Caries no _____ Prótesis no _____ Sensibilidad al frío no _____ calor no,

Labios: Color palidos Hidratación: semi _____ Grietas: sin _____

Uñas: completas, sin hongos, sin malformaciones _____

Piel y mucosas: deshidratadas, sin lesiones, sin alteraciones,

Tono muscular: debil

Alimentación:

Enteral: Sonda si

Parenteral: _____

Tipo de dieta: inmunex 115 cc/hr con residuo gástrico cada 6 horas.

Hidratación:

Ingresos: 650 ml Egresos 500 ml Balance parcial 150 ml

PVC: 9 déficit de agua: _____

Soluciones IV: solucion fisiológica 0.9% de 1000 cc + 20 mEq de KCL + 1 amp de MgSO4 a 80 cc/hr. Fentaniy 2 amp en 250 cc de sol glucosada 5% a 5cc/hr.

Fármacos: ranitidina 50 mg IV cada 12 horas

Laboratorios:

Glucosa 101.9 mg/dl	Tp: <u>13.4</u>
Urea 38.6	TPT: <u>29.2</u>
Creatinina 0.40	INR: <u>1.13</u>
Nitrógeno ureico 18.04	Na+: <u>138</u>
	Cl-: <u>102</u>
	K+: <u>4.2</u>
	Mg+: _____
	Ca+: _____

3. Eliminación.

Evacuación:

Datos subjetivos

Hábitos intestinales y características de las heces: duro y color marron
Al evacuar hay: dolor no ardor no
Tiene: estreñimiento no Hemorroides no Diarrea no
Flatulencias no
Antecedentes de afecciones digestivas/ hemorrágicas: ninguna, Presenta:
Distensión Abdominal: no

Datos objetivos

Características del abdomen: abdomen blando, depresible con movimiento a
persistalticos presentes, perímetro abdominal de 154 cm,
Distensión abdominal no Ruidos peristálticos audibles
Presencia de: ostomía no
Frecuencia y cantidad de heces en 24 horas de una a dos defecaciones
Características de las heces: utiliza pañal, su heces son duras de color marron
Coprocultivo: no hay
Fármacos: ninguno

Micción:

Datos subjetivos

Características de la orina: clara, Dolor o ardor al miccionar: sin alteraciones,
Antecedentes de afecciones renales: sin alteraciones

Datos objetivos

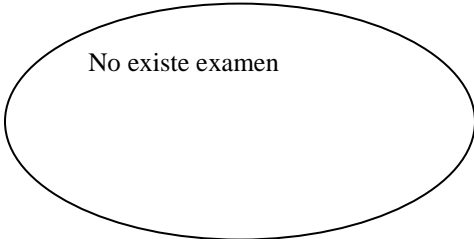
Frecuencia: _____ veces al día. Volumen urinario: 2 mlkghr
Características: amarilla clara sin sedimentos, Sonda vesical: presente
Diálisis: no, Hemodiálisis: no, Tiempo _____ Volumen
filtrado _____

Observaciones durante el procedimiento: _____

Hemodiafiltración: _____

Tratamiento Farmacológico: no

Laboratorios

<p><input type="checkbox"/> Urocultivo: <u> / </u></p> <p><input type="checkbox"/> Sérico</p> <p>Urea : <u> 1 mg/dl </u></p> <p>Creatinina: <u> 0.70 </u></p> <p>BUN: _____</p> <p>Glucosa: <u> _____ </u></p> <p><input type="checkbox"/> Orina:</p> <p>Ph: <u> 6.2 </u></p> <p>Densidad: <u> 1.010 </u></p> <p>Osmolaridad: _____</p> <p>Glucosa: _____</p> <p>Proteínas: _____</p> <p>Cilindros: _____</p> <p>Leucos: _____</p> <p>Electrolitos: _____</p> <p>Depuración: _____</p>	 <p>No existe examen</p>
--	--

4. Necesidad de Termorregulación

➤ Datos subjetivos

Se protegen en los cambios de temperatura ambiente si

Sensibilidad extrema al frio o al calor ninguna

Medidas físicas se protege cuando hace frio

Adaptación a los cambios de temperatura: buna adaptación

Temperatura ambiental que le es agradable: el de su hogar (caliente)

Condiciones del entorno físico: tiene buenas condiciones ambientales

➤ **Datos objetivos**

Temperatura 36.6 °C

La piel se encuentra (intacta, quemada, etc) deshidratada, con lesión en la instalación del cateter

Grado 1° localización subclavia derecha lesionada _____

Diaforesis no no si _____

Edema no fría _____ caliente _____

Laboratorios

Leucocitos: 11.45

Hemocultivo: _____

Cultivos _____

Fármacos: _____

5.- Necesidad de Descanso y Sueño.

Datos subjetivos

Patrones de reposo _____

Alteraciones por estados emocionales ninguno

Uso de reductores de tensión ninguno

Facilitadores del sueño, masajes, relajación, música, lectura, medicamentos no

¿Cuánto tiempo destina para descansar? 1 a 2 horas

¿Cuántas horas duerme? 7 horas

¿Se duerme fácilmente? si ¿por qué? por sueño

¿Se despierta durante la noche? no ¿cuántas veces? _____

¿A que considera que se deban estas alteraciones?

¿Ronca ruidosamente? no

¿Qué ha hecho para solucionarlo?

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? No influye

¿Cómo influye el lugar donde vive en su patrón de su sueño? No influye

¿Sus actividades diarias influyen en el descanso y sueño? No influye

¿De que manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? No influye

➤ Datos objetivos

Durante el día manifiesta: sopor, bostezo, otros datos se encuentra sedada

Aditamentos para dormir no que tipo

Existen procedimientos frecuentes por el personal: _____

Iluminación permanente si hay _____

Dolor _____

Apoyo farmacológico _____

Fármacos o sustancias específicas:

6.-Evitar Peligros

Datos subjetivos

Mecanismos de defensa

Esquema de vacunación completo _____

Revisiones periódicas no _____

Protección ante ETS si _____

La percepción sensorial.

Olfato sin alteraciones

Visión sin alteraciones

Oído sin alteraciones

Tacto sin alteraciones

Conocimientos sobre medidas de seguridad si

Tipo de seguridad: _____

Manera habitual de afrontar situaciones difíciles.

Autosuficiencia _____ Agresividad _____ Reacciones inconscientes _____

Dificultad para pedir ayuda si Evitar enfrentamientos _____

Datos objetivos

Nivel de conciencia.

Alerta _____ Somnoliento _____ Estupor si Coma _____

Movilidad.

Paresias _____ Plejías _____ Marcha atáxica _____ Incoordinación _____

Uso de barandales: _____ Sujeción: _____

Estados emocionales

Cooperador _____ Ansiedad _____ Agresividad _____

Deprimido _____, Pasivo _____

Cumplimiento del plan terapéutico

Farmacológico

Dexametasona	4 mg IV c/12 hr
Ranitidina	50 mg IV c/ 12 hr
Valproato de magnesio	500 mg SNG c/8
Cloranfenicol	2 gtas c/ 8

Lagrifil	2 gtas c/6
Tygacil	50 mg en SS 500cc pasar a 1 hr c/12hr
Bromocriptina	2.5 mg SNG c/8 hr
Amantadina	100 mg 1 -0-0 SNG
Nizoral crema axilar	c/8 hr
Cefepime	1 gr IV c/12

Toxicomanías:

negadas

7.- Higiene y Protección de la Piel

Datos subjetivos

Hábitos higiénicos habituales

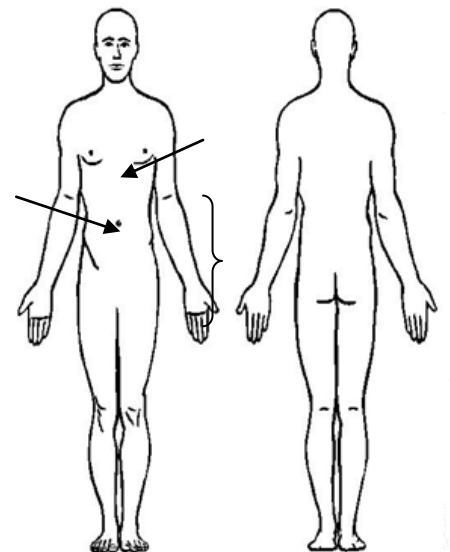
Baño diario, frecuencia de lavado de cabello diario, higiene bucal 2 vez al día
 Cambio de vestimenta cada 3 día

Alteraciones de la superficie cutánea

Estado de la piel: Color palida Textura suave Turgencia _____
 Hidratación hdeshidratada Temperatura 36.6 Presencia de
 lesiones colocacion del catéter y
antebrazos.

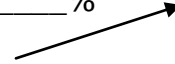
Lesiones

Mácula (peca) no pápula (_____)
 acné) no, nódulo no,
 tumor temporal lado derecho,
 quiste no, Rash cutáneo
no, vesícula



(varicela) no ampolla no

Quemadura: no grado _____ extensión _____ %



8.-Moverse y Mantener Una Buena Postura.

Datos subjetivos

Hábitos de actividad y ejercicios:

- Casa: tiene un buen desplazamiento y suele estar haciendo mucho ejercicio en la casa
- Trabajo: se dedica al hogar el cual le absorbe todo el tiempo
- Tiempo libre: ve la TV

Medidas higiénicas para moverse y tener buena postura:

Ejercicios activos si Pasivos si Uso de calzado adecuado si Limitaciones para la deambulaci3n no refiere limites sin embargo su mama esta con el por que no sabe cuando puede tener alguna crisis

Postura habitual en relaci3n con el trabajo:

Dolor muscular no Inflamaci3n de articulaciones no Defectos 3seos parietal derecho

Datos objetivos:

Revisi3n:

Capacidad funcional ninguna Mano dominante x
Utilización de brazos, piernas y manos no Fuerza (0-5):
Marcha no Utilización de aparatos no

Cambios de posición:

Cada dos horas si Cada 4 horas _____ Una vez por turno
_____ Ninguna

Se puede trasladar de la cama a reposit: no

Utilización de almohadas u aparatos en sitios de salientes óseas:

Almohadillas si Cojines si Colchón de agua o neumático no

Posición:

Semifowler si Fowler _____ Supina no Prona no

Movimientos pasivos:

Miembros torácicos _____ Miembros pélvicos _____ Rehabilitación _____

Atrofia muscular (Síndrome de rueda dentada): _____

Rigidez si Edema _____ Dolor _____

9. Uso de Prendas de Vestir Adecuadas.

Datos subjetivos

Distingue relaciones de higiene personal y salud: si Necesita ayuda para vestirse o desvestirse: no

Tipo de ropa de acuerdo a clima si utiliza

Datos objetivos

Utilización de pañal: si utiliza dentro del hospital

Frecuencia de cambio de pañal. cada que se ensucia

Concordancia de vestido de acuerdo a la situación en el hospital se encuentra con pañal y bata

10. Necesidad de Comunicarse.

Datos subjetivos.

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos con facilidad,

Relaciones con la familia y otras personas le gusta convivir con su familia

Utilización de mecanismos de defensa:

Agresividad no Hostilidad no Desplazamiento no Risas no

Otras _____

Zona de confort. _____

Datos objetivos

Limitaciones físicas que interfieren en su comunicación entubado Limitaciones de compresión se encuentra inconsciente

Contactos sociales frecuentes satisfactorios. diario la visitan

Facilidades de la relación:

Confianza _____ Receptividad si Empatía _____

Disponibilidad _____

11. Necesidad de Aprendizaje.

Datos subjetivos.

Conocimientos sobre la etapa de desarrollo si

Conocimiento sobre: necesidades básicas si estado de salud

actual si tratamiento y autocuidados que necesita no
Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad: si x no por que para saber cuidarse mas
Técnicas de autocontrol: emocional(asiste a grupos de ayuda) no
cambios en sus hábitos de vida no es estatico
Motivar para crear inquietud de aprendizaje les ayuda a sus hijos
Situaciones que alteran: capacidad de aprendizaje en ocasiones su caracter
ansiedad miedo dolor no pensamientos no
sentimientos muchos angustia en ocasiones
Como considera su estado emocional es tranquila nada mas que lleva una vida muy activa

Datos objetivos

Iniciativa para obtener nuevos conocimientos siempre Cambio en
:actitudes y aptitudes en ocasiones

12. Participar en Actividades Recreativas.

Datos subjetivos.

Realiza actividades recreativas. si x no cuales: les gusta estar con su familia
Con quien familia Frecuencia finde de semana
El uso de su tiempo libre le produce satisfacción si
Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan. si

Datos objetivos

Aspecto físico es obesa pero refiere que hace mucho ejercicio Emocional le gusta estar acompañada de alguien en especial sus hijos

Tipo de actividad al hogar

13.- Vivir Según sus Creencias y Valores

Datos Subjetivos

Religión catolica ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? no Principales valores en su familia amor y respeto.

Principales valores personales el respeto

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir si

Ritos que debe participar de acuerdo a su religión misas

Con que frecuencia cada mes

Tiene algún objeto indicativo determinado a sus valores y creencias _____

otros _____

Datos objetivos

Su religión interviene con su tratamiento no

14- Necesidad de Trabajar y Realizarse

Datos subjetivos

Se ocupa de labores cotidianas en la casa si Trabaja actualmente no se dedica al hogar

El trabajo que desempeña está acorde a su profesión: si no

Cuanto tiempo le dedica a su trabajo al hogar todo el tiempo

Está satisfecho con su trabajo: si _____ si _____ ¿por qué? _____

Tipos de riesgos laborales _____ Conflictos laborales _____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades y/o las de su familia no

8.2 Conclusiones

La enfermería actúa sobre las respuestas humanas o problemas que ponen en peligro la vida de la persona. El paciente que se encuentra en una terapia intensiva y multidisciplinaria, así como actuaciones para restablecer su estabilidad, prevenir complicaciones o lograr mantener unas respuestas optimas. El paciente se caracteriza por la existencia de problemas clínicos reales o potenciales de extrema gravedad y por la necesidad de un control y una actuación constante para prevenir las posibles complicaciones y restablecer la salud.

Las actividades que realiza el personal de enfermería son independientes, dependientes e interdependientes. Deben determinarse prioridades rápidamente, basándose en solido conocimiento y juicio. Deben seleccionarse las decisiones a tomar para abreviar los cuidados. La herramienta básica para el profesional de enfermería es el Proceso de Atención de Enfermería y el medio para realizarlo en un paciente es la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Bibliografía

Fernandez Ferrin, Carmen y Navel Marti, Gloria, "El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de Casos. Marco Conceptual: Virginia Henderson. Taxonomía Diagnóstica: NANDA, Mexico, Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.pp 65.

Beare Myer, Enfermería Médico Quirúrgica, 2ª Edición, 2º Volumen, Mexico, Ediciones Doyma, 1996.pp 30-37.

Griffith W,Janet, et al, Procesos de Atención de Enfermería, Mexico, Manual Moderno, 1993.pp 15-18.

Atkinson Leslie D, Murria, Mary Ellen, Guía Clínica para la Planeación de los Cuidados, Mexico, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 1997, 518p.

Katzung. Farmacología Básica y clínica., Manual Moderno S.A de C.V , Mexico D.F, 1996. Pp 400-435.

Frenk Mora Historia Neurológica Revista del Instituto Nacional de Neurología y Cirugía, Edición 2001, Editorial país Mexico D.F.

JOHONSON "The nature of a science in nursing". Nursing Outlook 7,5,29

DURAN DE VILLALOBOS. "Disciplina de enfermería". Desarrollo teórico e investigativo. Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Pp 15-59

KEROUAC, SUZANNE. "Grandes corrientes del pensamiento" Capítulo 1. El pensamiento enfermero. Edit. Masson. Barcelona España. 1996, Pp 1-21

KOZ1ER, B. Y COLS. " Conceptos y temas en la práctica de enfermería", 2 ed., McGraw-Hill Interamericana, México. 1995, p-654

Griffith Janet W. "Proceso de Atención de Enfermería". México. El manual Moderno 1986. p. 2.

Fernández Ferrin Carmen. "El Proceso de Atención de Enfermería". Barcelona España. Masson.1995. p.

Adams y Victor, "Principios de Neurología", 2002. Pp 1184-1185.

Sara T Fry, "Ética en la Práctica de Enfermería, Una guía para la toma de decisiones éticas", 2010, pp31.

Alfaro Rosalinda "Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica" Ed. Doyma. Madrid, España 1992.

Alspach, Williams, "Cuidados Intensivos en Adultos" Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Mexico 1999.

Carpenito, Linda "Diagnósticos de Enfermería a la Práctica Clínica" Ed. Mc Graw Hill Interamericana España 1992.

Farreras, "Principios de Medicina Interna" 18° Edición. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Vol. I y II Madrid. 1994.

Gilman Sid; Winans Sarah. "Neuroanatomía y Neurofisiología clínicas de mente y gatz". Edit. Manual Moderno 2° Edición, Mexico 1989.