

1 00204



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL DE TIPO EMBÓLICO
APLICANDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA:
ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO.

PRESENTA: LIC. MARIO ALEJANDRO CALDERÓN SANTOS.

Cristina Balan G.

ASESORÍA: LIC. CRISTINA BALAN GLEAVES

DRA. ESTELA GARCÍA ELVIRA

[Firma manuscrita]

MÉXICO, D.F. FEBRERO 2002.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi hijo Alejandro
por comprender que no podía
jugar con él en el momento en que estaba
ocupado realizando este trabajo.

A mi esposa, Reyna por animarme
a estudiar la especialidad y retrasar
su titulación, además por su apoyo
incondicional en los días de arduo trabajo mental.

A mis profesoras (es) por transmitirme
sus conocimientos y experiencias en el
campo de los cuidados intensivos
y por su invitación a realizar las
cosas bien en el cuidado y atención de los pacientes.

A mis nuevas hijas, por darme más
felicidad con su nacimiento

A Dios por darme la vida
y enseñarme que siempre hay
alguien a quien servir, y que hacerlo
de la mejor manera nos llenará de alegría

GRACIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN.

I.	SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO	1
II.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO DEL CASO	22
III.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO	23
	1. ANTECEDENTES	23
	2. MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON	27
	3. ELEMENTOS DEL MÉTODO CLÍNICO APLICABLE	40
	4. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	43
IV.	ESQUEMA METODOLÓGICO	49
	A VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	49
	a) Variables e indicadores a evaluar	49
	VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE.....	53
	b) Métodos para la recolección de datos.....	57
	Registros clínicos	57
	Investigación documental	57
	Técnica de observación	58
	Instrumentos para el registro de datos	58
	B DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	59
	C PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	63
V.	RESULTADOS	91
VI.	CONCLUSIONES.....	93
VII.	SUGERENCIAS.....	95
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	97

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La elaboración de este Estudio de Caso tiene por objeto el aplicar un modelo de Enfermería en la práctica clínica, específicamente en la atención al adulto en estado crítico. El modelo seleccionado fue el de Necesidades Básicas de Virginia Henderson; con base a éste se realizó la valoración de las necesidades a un paciente hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neurológicos (UCIN).

Para contar con una guía metodológica en el desarrollo de las acciones propias de Enfermería se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería y sus diferentes etapas: la Valoración y Diagnóstico sirvió para recoger datos del paciente, así como en el análisis y síntesis de los mismos; en las etapas de Planificación y Ejecución se formularon objetivos de independencia basados en los problemas detectados y las formas de intervención acordes a la problemática; por último en la Evaluación, quinta etapa del proceso, se determinó que grado de independencia alcanzó el paciente a partir del plan de intervenciones ejecutado.

En la estructuración de los Diagnósticos de Enfermería se utilizó la Taxonomía de Diagnósticos de Enfermería elaborada por la Asociación de Diagnósticos de Enfermería de América del Norte (NANDA: North American Nursing Diagnosis Association, 1996). En la atención de este paciente se realizaron 20 etiquetas diagnósticas tratando de cubrir las 14 necesidades básicas que marca Virginia Henderson en su modelo.

El trabajo en su contenido incluye seis grandes capítulos: En el primero se presenta la Selección y Descripción Genérica del Caso, en el segundo los Objetivos (del Estudio). En el capítulo tres se plantea la fundamentación Teórica del Caso, mientras que en el cuarto se refiere al Esquema Metodológico. Y finaliza con el quinto y sexto capítulo de Conclusiones y Sugerencias respectivamente. Después de esto se agregan la Bibliografía y los Anexos.

I. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

Independientemente de la enfermedad o problema de salud por la cual curse el paciente, el especialista en Enfermería del Adulto en Estado Crítico tiene la obligación y el compromiso de realizar su trabajo de manera correcta, eficaz y oportuna al brindar cuidados al individuo que ingresa a una UCI. Así, en la atención que proporcione deberá aplicar los conocimientos teórico-prácticos para beneficio del individuo que este a su cargo. Tendrá que hacer uso del Proceso de Atención de Enfermería como metodología de trabajo. Para ello deberá visualizar al individuo como un ser holístico que presenta necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales entre otras.

El presente caso clínico se seleccionó por ser el Accidente Cerebral Vascular un problema de salud que pone en riesgo la vida del paciente, el cual si no es atendido de manera rápida y oportuna originaría complicaciones graves que llevarían al individuo a la muerte. Una de estas complicaciones fue el Estado Epiléptico.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:	A V F
SEXO:	MASCULINO
EDAD:	76 AÑOS
OCUPACIÓN:	DESEMPLEADO
ORIGINARIO:	DISTRITO FEDERAL
RESIDENCIA:	ESTADO DE MÉXICO
ESTADO CIVIL:	VIUDO
FECHA DE INGRESO:	01/05/01
FECHA DE ELABORACIÓN:	02/05/01
TIPO DE INTERROGATORIO:	INDIRECTO (HIJO)

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

El señor A V F proviene de un medio socioeconómico bajo, habita casa propia de estructura urbana. con todas los servicios básicos intradomiciliarios. Sus hábitos dietéticos son insuficientes en calidad y cantidad.

Presenta hábito de tabaquismo desde su juventud a razón de 1 cajetilla al día. Alcoholismo desde los 14 años con un consumo aproximado de 2 a 3 litros de pulque diarios. Estos dos hábitos se suspenden aproximadamente hace un mes.

En relación a sus antecedentes personales patológicos tuvo una intervención quirúrgica el día 16 de enero del 2000 para amputación supracondilea del miembro pélvico derecho por probable necrobiosis, con respecto a ello se negaron antecedentes de diabetes mellitus.

PADECIMIENTO ACTUAL:

El paciente inicia su padecimiento tres días antes al presentar astenia y adinamia intensas, además de disminución importante de la agudeza visual de manera súbita, disartria y disminución de la fuerza muscular del miembro torácico izquierdo. Desviación de la comisura bucal hacia la derecha y de la lengua hacia la izquierda, así como disfagia

Pocas horas después presentó paresia del miembro inferior izquierdo y más tarde hemiplejía izquierda. El día 01 de mayo presenta crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas aproximadamente a las 14:00hrs, con una duración de 2 minutos con relajación de esfínteres, seguido de un periodo posictal caracterizado por desorientación y somnolencia intensa. A raíz de estos sucesos sus familiares lo llevan al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en donde le realizan una tomografía axial computarizada de cráneo, encontrándose múltiples lesiones isquémicas en área blanca de corona radiada y en región periventricular de predominio derecho. De este Instituto es enviado a otro hospital por falta de espacio físico. Durante la tarde vuelve a presentar crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas aproximadamente cada 30 minutos sin recuperación del estado de despierto, en esta situación dura aproximadamente de 5-6 horas. Es ingresado para su manejo con diagnóstico de Estado Epiléptico.

EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA:

El paciente ingresa al servicio de urgencias del Hospital a las 4:00 del día 02 de mayo del 2000. Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neurológicos (UCIN), ese mismo día a las 14:00 hrs.

El día 02 de mayo del 2000, don A V F ingresa a la UCIN con diagnósticos de Enfermedad Vasculal Cerebral (EVC), oclusivo de arteria cerebral media derecha, Estado Epiléptico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

y probable infección de vías respiratorias bajas. Se reportan datos de acidosis metabólica con hiperoxemia, retención azoada de tipo prerrenal con electrolitos séricos normales. Placa de Tórax con datos de hiperclaridad pulmonar bilateral, sin evidencia de datos neumónicos, con cardiomegalia grado II a expensas de ventrículo izquierdo.

Bajo efectos de sedación el paciente presenta pupilas mióticas conservando reflejo oculocefálico y corneal bilateral. Los campos pulmonares con rudeza respiratoria sin estertores. Ritmo cardíaco sinusal 88x' de frecuencia cardíaca (FC). No se escucha soplos cardíacos. Abdomen globoso por panículo adiposo, sin palpase visceromegalias, peristalsis disminuida. Muestra hemiparesia izquierda de predominio braquial, con respuesta extensora de la misma a estímulo nociceptivo. Se inicio manejo de protección cerebral. Se empleo xilocaina como segunda opción de manejo de las crisis convulsivas, después de que la difenilhidantoína (DFH) y el Diazepam no hicieron efecto.

Para el 02 de mayo del 2000, ha evolucionado torpidamente, ya que continua con las crisis convulsivas tónico-clónicas, siendo necesario la infusión de diazepam. Presenta oliguria desde las 3:00 am, hipotensión arterial y manifestaciones de ventilación agónica. Ritmo cardíaco nodal aberrado con bradicardia de 48x' que no responde al uso de atropina, por lo que se aumenta la dosis de dopamina logrando mejoría de la F.C. pero no de la tensión arterial (T/A). Los gases arteriales muestran acidosis metabólica severa (pH 6.8), presión parcial de bióxido de carbono (pCO₂) de 22, presión parcial de oxígeno (pO₂) de 51 y bicarbonato (HCO₃) no detectable, manejándose con 17 ampollitas de bicarbonato e inicio de Arterenol, logrando elevar la T/A a 110/60 y manteniendo la F.C.

Se valora al paciente en estado de coma sin respuesta a estímulos, ansiocoria a expensas de midriasis izquierda (catarata), respuesta disminuida a estímulo luminoso. Marcada disminución del reflejo corneal y oculocefálico. Patrón

respiratorio irregular y por momentos agónico. Al aplicar la Escala de Coma de Glasgow se obtuvieron los siguientes resultados: en la apertura de ojos el paciente los abría sólo al hablarle (valor 3 puntos); en la respuesta verbal el paciente emitía sonidos incomprensibles (2 puntos); y en la respuesta motora, el paciente localiza el dolor y evita el estímulo (con puntaje de 5), haciendo un total de 10 puntos lo que implica que el estado de conciencia del paciente no se encuentre tan deteriorado.

Intubado, conectado a ventilación de volumen en modalidad asistido controlado con frecuencia respiratoria (FR) 14x, fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) 60%, volumen corriente 650cc y saturación del 100%. Estertores crepitantes basales con predominio derecho. Peristalsis abolida. El miembro pélvico izquierdo presenta cianosis distal y piel marmórea hasta la rodilla. Miembros superiores arreflécticos con edema moderado del derecho.

Se coloca catéter subclavio izquierdo.

Por la tarde se reporta hemoglobina (Hb) de 3.1, hematocrito (Hto) 10.4, leucocitos de 17.200 con plaquetas de 380/ml, tiempo de protrombina 29.1, Creatinina 2.9, Glicemia 271, sodio (Na) 154, potasio (K) 7.4 (sin datos electrocardiográficos EKG), cloro (Cl) 126.5. Se administran 3 unidades de concentrados eritrocitarios y plasma.

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) es la causa más frecuente de incapacidad neurológica en los países occidentales. Aunque su incidencia ha disminuido durante las últimas décadas, diversos estudios sugieren que esta reducción se ha estabilizado y que la enfermedad sigue representando una causa importante de incapacidad

Las lesiones vasculares del cerebro pueden producirse en el contexto de diversas enfermedades, la mayoría secundarias a aterosclerosis, hipertensión o la combinación de ambas ¹

FISIOPATOLOGÍA

El daño cerebral isquémico-hipóxico es resultado de la disminución de flujo sanguíneo cerebral ya sea local o difuso, que produce hipoxia de los tejidos cerebrales y glucólisis anaerobia. La isquemia inhibe la transmisión sináptica a causa de la depleción de neurotransmisores por trifosfato de adenosina (ATP) no adecuado pero puede ser reversible. Después se modifica la estructura de las membranas neuronales y se agotan las reservas de ATP de modo que no es posible mantener el equilibrio iónico intracelular. A continuación las células aumentan de tamaño y sobreviene muerte neuronal ²

CAUSAS PRINCIPALES

- 1 Insuficiencia cerebral debida a alteraciones transitorias del flujo sanguíneo o excepcionalmente a una encefalopatía hipertensiva
- 2 Infarto cerebral causado por una embolía o trombosis de las arterias intracraneales o extracraneales

¹ EL MANUAL MERCK Diagnóstico y tratamiento Edit. Océano 9ª edición Barcelona. 1994

² ALSPACH, J.G. Cuidados Intensivos en Enfermería en el Adulto Edit. Mc Graw-Hill Interamericana 5ª edición México 2000 pags 438-42 453-57

3. Hemorragia cerebral, que incluye hemorragia parenquimatosa hipertensiva y la hemorragia subaracnoidea por un aneurisma congénito
4. Malformación arteriovenosa que puede causar síntomas por efecto de masa, por infarto o por hemorragia

FACTORES ETIOLÓGICOS O PRECIPITANTES

Trombosis Por hipertensión de larga duración, diabetes mellitus, cardiopatías aterosclerosis y procesos inflamatorios vasculares

Émbolos Causados por placas ateromatosas extracraneales o coágulos, por coágulos producidos por otras condiciones hematológicas, como policitemia. También, por otras sustancias en el sistema vascular, como aire, grasa y émbolos infecciosos

Hemorragia Ocasionada por padecimiento vascular hipertensivo (causa más común), aneurisma intracraneal roto, tumor vascular, hemorragia intracerebral traumática y padecimientos de hemorragia sistémica y diabetes

Los factores de riesgo para un EVC, incluye los que pueden ser modificables y los no modificables. Entre los no modificables figura la edad (65-74 años), según un estudio realizado la incidencia aumenta con la edad a casi 20 de 1000 individuos

El género: siendo mayor en el sexo masculino que en el femenino

La raza: la raza negra tiene mayor incidencia de EVC y mayor mortalidad, posiblemente relacionado con mayor hipertensión arterial y diabetes mellitus; así como el estado socioeconómico más bajo en esta raza

La herencia: según estudios tiene importancia en el aumento de EVC en familiares con antecedentes de esta patología

En cuanto a los factores modificables se cuentan: la hipertensión arterial; la enfermedad cardiovascular; la fibrilación auricular; la diabetes mellitus;

hipercolesterolemia, especialmente para la aterosclerosis carotídea; el consumo de cigarrillo y de alcohol

SÍNTOMAS Y SIGNOS

La enfermedad vascular cerebral causada por oclusión o trombosis, tienden a su iniciación en forma escalonada o progresiva. Pueden producirse mientras el paciente duerme. Un EVC embólico es de inicio súbito, y produce una deficiencia neurológica máxima en su comienzo. La hemorragia intracerebral también comienza de manera súbita, y puede causar aumento agudo de la presión intracraneal. La localización de una EVC es útil en la clínica; por ejemplo, un infarto lacunar pequeño en la cápsula interna se debe de manera casi indudable a enfermedad oclusiva. El primer paso en la localización de la lesión es un examen neurológico cuidadoso.³

Los pacientes con lesión en el hemisferio cerebral derecho pueden manifestar alguna o todas de las disfunciones siguientes:

- a) Hemianopia homónima izquierda: ceguera de la mitad izquierda de ambos campos visuales
- b) Hemiparesis o hemiplejía izquierda
- c) Agnosia sensorial
 - 1 Asteroagnosia: incapacidad para reconocer objetos colocados en una mano sin ayuda de indicios visuales
 - 2 Astatiagnosia: incapacidad para determinar la posición de las partes del cuerpo
 - 3 Inatención táctil: carencia de atención a estímulos simultáneos
 - 4 Anosognosia: inconciencia de la deficiencia neurológica (p. Ej. hemiplejía)

³ BONGARD, F. SUE, D. Diagnóstico y tratamiento en cuidados intensivos Edit. El Manual Moderno México 1995. pags 673-75

- 5 Apraxia construccional: los pacientes no completan la mitad izquierda de las figuras que dibujan
- 6 Apraxia del vestido: incapacidad de vestirse por si mismo de manera apropiada
- 7 Descuido: falta de atención a los objetos del campo visual y a los estímulos auditivos del lado izquierdo
- 8 Desviación de la cabeza y ojos hacia la derecha.

Los términos anoxia e hipoxia, estrictamente significan ausencia o disminución de oxígeno en el medio aéreo que se respira, sin embargo se utilizan como sinónimos de anoxemia o hipoxemia, para definir la situación de ausencia o disminución del oxígeno aportado a los tejidos. La sangre arterial contiene aproximadamente un volumen de oxígeno del 20%, prácticamente en su totalidad ligado a la hemoglobina, y la saturación de oxígeno, a nivel del mar, es de un 95 %⁴

Dos tipos de anoxemia y sus causas forman parte de la evolución clínica del paciente:

Anoxemia anémica, es la causada por el déficit de la función transportadora de oxígeno de la sangre, y aunque la saturación de oxígeno sea normal, la oxigenación de la hemoglobina es insuficiente para cubrir las necesidades tisulares. Los ejemplos más comunes son la anemia aguda por hemorragia y la anemia crónica. La intoxicación por CO corresponde en parte a este apartado, al estar alterado el transporte de oxígeno, pero participando además el causar una disminución de la capacidad de liberación de éste a los tejidos.

⁴NET A. MARRUECOS L. Neurología Crítica. Edit. Springer-Verlag Ibérica. S.A. Barcelona 1994 pags 233-252

Anoxemia isquémica, es la producida por cualquier causa que disminuya el flujo sanguíneo. Aquí se incluyen el shock, la insuficiencia y el paro cardíaco, las oclusiones y estenosis arteriales y las alteraciones hemodinámicas con fenómenos de robo arterial.

Fisiopatología de la anoxemia cerebral. Es prácticamente imposible separar los efectos propios de la hipoxia cerebral de los relacionados con la isquemia y la acidosis. La hipoxemia arterial produce déficit de oxígeno tisular, pero sin alteración del aporte de glucosa ni de la retirada de CO₂. A niveles de PO₂ arterial de 20-25 mmHg aumenta el flujo sanguíneo cerebral y la producción de lactato, pero sin disminuir el consumo de oxígeno ni la concentración de ATP. Así pues, la hipoxemia aislada parece ser relativamente bien tolerada. Sin embargo, si se le suman hipotensión arterial o isquemia, se desencadenan rápidamente trastornos bioquímicos hasta la muerte cerebral. Cuando el flujo sanguíneo cortical disminuye hasta valores de 16 ml/100g/min desaparece la actividad neuronal y la actividad de las bombas iónicas de membrana desaparece al alcanzarse el umbral de 10ml/g/min. No existe evidencia que la hipoxia cerebral ó la anemia no complicadas aisladamente produzcan daño cerebral. Cuando se produce, generalmente se debe a la suma de dos factores, siendo el más constante el de la reducción de la presión de perfusión. En conclusión se postula que la isquemia es la vía común última en todas las formas de hipoxia, y que por tanto la patología de la hipoxemia hipóxica es la misma que de la hipoxemia isquémica.

En la actualidad varios mecanismos se consideran los responsables últimos del daño neuronal en la situación anoxo-isquémica:

- 1 Alteración de las bombas iónicas
- 2 Formación y liberación de radicales libres
- 3 Actividad de neurotransmisores excitadores.
- 4 Acidosis tisular
- 5 Alteración de la microcirculación

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Una historia de hipertensión, diabetes sacarina o fumador de cigarrillos, y los datos familiares de enfermedad vascular cerebral o infarto de miocardio, son comunes en las enfermedades oclusivas. En caso de hemorragia intracraneal son de esperarse los antecedentes de hipertensión. Cuando hay un infarto embólico hay que buscar su origen; puede ser por coágulos que se forman en el corazón o en la periferia alcanzando el encéfalo como resultado de un corto circuito cardiaco de derecha a izquierda. El EVC secundario al abuso de cocaína son en la actualidad un problema que no debe pasarse por alto. La tomografía computarizada del cerebro es muy sensible en la demostración de hemorragia intracerebral o infarto hemorrágico, pero es posible que un infarto blando agudo no se vea sino hasta después de un día, cuando ha disminuido la densidad encefálica y se produce edema. La resonancia magnética es sensible en todos los casos. La oclusión de grandes vasos que irrigan el cerebro se demuestra con ultrasonido Doppler y, de manera más reciente, con angiografía por resonancia magnética. Se indica angiografía selectiva con contraste cuando el diagnóstico es dudoso y puede haber una lesión vascular tratable en forma quirúrgica. Los estudios para identificar la fuente embólica son la electrocardiografía y, si no se encuentra un trastorno del ritmo como fibrilación auricular, la ecocardiografía. A veces se logra demostrar un origen embólico sólo mediante el ecocardiograma transesofágico.

TRATAMIENTO

En general, el tratamiento del EVC en su fase aguda consiste nada más en cuidados de apoyo y control de la presión arterial. En esta circunstancia, la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral está deteriorada o esta perdida, y la perfusión encefálica regional es pasiva y depende en esencia de la presión arterial sistémica. Por tanto hay que evitarse la hipertensión. Se desarrolla un edema característico de 24 a 72 horas después del infarto que puede conducir a complicaciones por su efecto de masa ocupativa; esto es en particular crítico en la fosa posterior, donde produce como resultado obstrucción al flujo del líquido

cefalorraquídeo e hidrocefalia secundaria. Por tanto debe vigilarse con cuidado el balance de líquidos en pacientes con EVC en la fase aguda y mantener el "lado seco" para minimizar el edema cerebral. A veces la secreción inapropiada de hormona antidiurética complica este problema. Cuando se produce un efecto de masa progresivo puede requerir de la intervención de un neurocirujano. Como muchos pacientes con EVC desarrollan disfagia o tienen un estado mental deficiente, se tienen que tomar precauciones de aspiración y colocar una sonda nasogástrica.

La anticoagulación tiene indicación clara en la enfermedad embólica, pero de ordinario se demora en presencia de infarto hemorrágico significativo debido al riesgo de mayor hemorragia. No obstante, este factor debe ponderarse en comparación a lo que se considere riesgo de embolización repetida. De ser posible, el retraso debe ser de cerca de 10 a 14 días.

Hay que mantener una posición semifowler, para evitar complicaciones pulmonares como aspiración, atelectasia y neumonía que pueden aparecer por la pérdida de los reflejos respiratorios. También hay que monitorizar al paciente para la detección de disritmias.

En el tratamiento de los estados postanóxicos se tiene que considerar lo siguiente:⁵

La mejoría de la hipoperfusión postanóxica

La hemodilución aumenta el flujo sanguíneo en áreas isquémicas cerebrales. En un modelo experimental de anoxia-isquemia global en perros se utilizaron varias medidas terapéuticas destinadas a promover la microcirculación y se logró una total recuperación clínica y EEG. Incluían: aumento de la presión arterial con

⁵ Op Cit Pag 9

norepinefrina, heparinización, y hemodilución con dextrano 40 hasta obtener un hematocrito del 25-30%.

Preservación tisular mediante depresores metabólicos e inhibidores de los mecanismos de lesión neuronal anóxica.

Tratamiento barbitúrico

La acción de los barbitúricos sobre el metabolismo cerebral se basa en la reducción del consumo de oxígeno y en la disminución del flujo cerebral, sin alterar la vía metabólica de la glucosa ni alterar las concentraciones de ATP, fosfocreatina ni lactato. Su acción es dosis-dependiente, y en el hombre tales efectos metabólicos solo se producen a dosis que deprimen el nivel de conciencia. El tiopental a dosis de 0.5-1.5 g i.v. reduce el consumo metabólico cerebral de oxígeno en un 36% produciendo inconciencia, sin abolir las respuestas motoras. Dosis crecientes que lleguen a ocasionar un EEG isoelectrico, disminuyen el consumo de oxígeno hasta un 50%, sin que dosis superiores influyan en el metabolismo. También se ha invocado que la acción protectora de los barbitúricos frente a la anoxia-isquemia se basa en una acción inhibidora de los radicales libres producidos en estas situaciones.

Hipotermia

Es un método no farmacológico reconocido capaz de reducir el consumo de oxígeno y así aumentar el periodo de seguridad en un paro circulatorio de 4 minutos a 37°, a 35 minutos a 17°. En un experimento realizado en ratas, sometidas a situación de hipoxemia severa a 27° las cifras de lactato aumentan solo de forma leve y no disminuye el nivel de ATP. En otro experimento aplicado en perros sometidos a un paro circulatorio de una hora en condiciones de hipotermia, no se evidenció ningún déficit neurológico ni neuropatológico. En modelos animales de isquemia cerebral global se ha demostrado que el efecto protector de la hipotermia, desaparece si no se aplica al inicio de la isquemia o pocos minutos después. En consecuencia la hipotermia será sólo un tratamiento efectivo en circunstancias de anoxia-isquemia previsibles.

Antagonistas del calcio

El ión calcio participa en los mecanismos de lesiones neuronales y en las alteraciones de la vasoregulación asociados a la anoxia-isquemia cerebral. Numerosos trabajos experimentales demuestran una acción protectora de la nimodipino administrada previamente a la provocación de una isquemia global cerebral, con mejor evolución clínica postanóxica de los animales tratados. En conclusión, a pesar de las bases fisiopatológicas y de los resultados experimentales, en la actualidad no existe una clara evidencia clínica que demuestre la eficacia de este grupo de fármacos en la anoxia-isquemia global.

Antagonistas del glutamato

En los últimos años se ha reconocido el papel excitotóxico de la exagerada liberación de glutamato y su participación en la fisiopatología de la hipoxia-isquemia cerebral. En la actualidad trabajos experimentales que demuestran que la inhibición de la liberación de glutamato o el bloqueo de su receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), reducen significativamente las alteraciones neuronales en el hipocampo de ratas sometidas a isquemia cerebral, siendo aún especulativa su aplicación en la terapéutica clínica. También se ha sugerido que los gangliósidos GM1, que *in vitro* reducen la citotoxicidad por aminoácidos excitadores, podrían ser útiles en la recuperación postanóxica cerebral.

Inhibidores de los radicales libres de oxígeno

Se encuentran en fase de ensayo experimental. Algunos trabajos obtienen resultados favorables en los modelos de anoxia-isquemia, utilizando tocoferol, alopurinol, o combinaciones de manitol, dexametasona y vitamina E, sin embargo en otros, utilizando dimetilsulfóxido (DMSO) no obtuvieron ningún efecto. La combinación de varios inhibidores de radicales libres de oxígeno (metionina, manitol, sulfato magnésico) y calcioantagonistas demostró un claro efecto sobre la recuperación del flujo sanguíneo cerebral y la actividad cortical en un modelo experimental de anoxia en ovejas recién nacidas.

PREVENCIÓN

Controlar la hipertensión arterial, principal factor de riesgo en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Los valores altos de hematocrito acompañan de mayor ocurrencia de infarto cerebral.

También se tiene que controlar a los individuos que padecen de diabetes mellitus, ya que esta se acompaña de aterosclerosis acelerada.

Las mujeres que consumen anticonceptivos orales y que además padecen de hipertensión arterial tienen alto riesgo de EVC, si son mayores de 35 años y con consumo tabaquico activo.

La hipotensión prolongada puede ocasionar isquemia cerebral.

Se tiene que controlar el abuso de drogas o fármacos, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes.

En las personas jóvenes se tiene que checar regularmente los lípidos sanguíneos en particular el colesterol, además de la presión arterial, el hábito de fumar y el sobrepeso u obesidad.

Una de las complicaciones en un paciente con isquemia cerebral marca el inicio de crisis convulsivas que pueden desembocar en un Estado Epiléptico.

ESTADO EPILÉPTICO

CONCEPTO

Se denomina Estado Epiléptico (Status epilepticus), a una crisis convulsiva que dura más de 30 minutos o que se repite sin que se recupere la conciencia entre las diferentes crisis. Es una urgencia neurológica que puede dar lugar a una lesión cerebral irreversible e incluso causar la muerte.

CAUSAS

Las causas más frecuentes son las enfermedades cerebrovasculares, infecciones del sistema nervioso central, traumatismos craneales, tumores, alteraciones metabólicas, sobredosis de drogas (cocaína, teofilina, lidocaína), y la disminución o suspensión de la dosis de fármacos anticonvulsivantes ⁶

Otros factores son: suspensión repentina de alcohol, tratamiento por electrochoque, suspensión aguda de medicamentos de uso permanente cuyo efecto es sedante y depresor. Trastornos metabólicos como uremia, hipoglucemia e hiponatremia

FISIOPATOLOGÍA

Las convulsiones tónico-clónicas producen una sucesión rápida de muchos potenciales de acción en células individuales. A continuación se genera demanda metabólica importante en las células que da lugar a la disminución de los fosfatos ricos en energía (p. ej. ATP) e insuficiencia de la bomba sodio-potasio-ATPasa. El ritmo metabólico cerebral, la utilización de glucosa y oxígeno, así como la glucólisis, se duplican o triplican de acuerdo a su valor normal. El flujo cerebral aumenta entre tres y cinco veces debido, en parte, al incremento de la presión arterial y la dilatación cerebrovascular. ⁷

En las convulsiones prolongadas puede producirse dilatación celular producto, quizá, de los efectos osmóticos de grandes cantidades de derivados metabólicos (p. ej., lactato, aminoácidos, amoníaco) y el deterioro de la bomba sodio-potasio. La acidosis metabólica sistémica contribuye al colapso cardiovascular. Y como resultado del aumento de la actividad metabólica, se produce hipertermia.

⁶ ESTEBAN, A. MARTÍN, C. Manual de cuidados intensivos para enfermería. Edit. Springer-Verlag Ibérica. 3a edición. Barcelona, 1996. pags. 379-80.

⁷ Op. cit pag 6. cit 2.

El estado epiléptico convulsivo presenta una serie de síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas que son consecuencia de la actividad simpática (taquicardia, hipertensión, hiperglicemia) del intenso ejercicio motor (hiperpirexia, mioglobinuria por rhabdomiólisis), o de la contracción tónica de los músculos respiratorios (cianosis, hipercapnia). Si la situación de *status* se prolonga, la tensión arterial disminuye, y aparece acidosis metabólica, hipoxemia, hipercapnia, e hipoglucemia.

ESTADO EPILEPTICO CONVULSIVO BILATERAL

Es la variedad del estado epiléptico que se presenta como una urgencia médica. Este es un trastorno en que una crisis epiléptica tonicoclónica sigue a otra sin que haya un periodo interpuesto de conciencia. Esta complicación puede ocurrir tanto en la epilepsia generalizada como en la parcial. Se puede presentar en dos formas:

1. *Como la primera manifestación de epilepsia.* Esto no es raro cuando el foco epileptógeno está en un lóbulo frontal. En estos casos, el estado puede resultar muy resistente al tratamiento, por lo que en general es recomendable la admisión hospitalaria.
2. *Como complicación en un paciente con epilepsia establecida.* Bajo estas circunstancias, el desarrollo del estado epiléptico puede ser precedido por un incremento en la frecuencia de la crisis. Cuando ocurren crisis repetidas todos los días, pero hay recuperación de la conciencia entre ellas, el trastorno puede describirse como epilepsia seriada y debe considerarse como un aviso de que el estado convulsivo bilateral puede ser inminente. Sin embargo, éste puede prevenirse con tratamiento intensivo en el hogar (anticonvulsivantes comunes administrados en grandes dosis y, tal vez, por vía intravenosa más que por vía oral). Si las crisis continúan a pesar de esto, debe internarse al paciente en el hospital.

DIAGNÓSTICO

El fundamento del diagnóstico es el interrogatorio. Es necesario obtener la información de la persona que sufre la crisis y de familiares o allegados que hayan presenciado los ataques. Del interrogatorio se deben recoger datos acerca de los antecedentes personales (traumatismo craneal, diabetes, hipertensión arterial, convulsiones febriles, meningitis, adicción a drogas, etc.) adaptación al entorno familiar, escolar y social, y de antecedentes de crisis epilépticas en su familia. También se debe obtener una descripción detallada del desarrollo de la crisis con el fin de orientar la causa, diagnosticar el tipo de convulsión y hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos no convulsivos.

Después de la exploración física, se deben realizar pruebas complementarias como un hemograma bioquímica general, niveles séricos de sangre y analítica de orina. El electroencefalograma es la exploración complementaria más utilizada para hacer un diagnóstico diferencial y clasificar la crisis. Se puede realizar en condiciones especiales, como durante el sueño, con estimulación auditiva, o durante la hiperventilación.

Otras pruebas diagnósticas en pacientes con estado epiléptico son la TAC, la resonancia magnética, que nos permite definir las áreas de hiperactividad neuronal y las lesiones anatómicas; la arteriografía se ha de realizar si se sospecha la presencia de malformaciones arteriovenosas y la TAC es normal; y por último, la punción lumbar, que está indicada en presencia de cuadros febriles.

SITUACIONES DE PELIGRO

Los peligros del estado epiléptico bilateral incluyen los siguientes:

1. Si las convulsiones continúan se profundiza el coma, puede aparecer pirexia e hiperpirexia, signos de descompensación cardíaca, pulmonar y renal. Desequilibrio electrolítico y entonces el paciente fallece
2. Aunque el paciente se recupere del estado epiléptico, pudo haber ocurrido lesión neuronal hipóxica permanente, que provoque atrofia cerebral y demencia.
3. Un tratamiento demasiado enérgico con un anticonvulsivante puede producir paro cardíaco, respiratorio, o ambos
4. Puede haber aspiración de secreciones o vómito, que produzca infección pulmonar

Hay pruebas de que cuanto más tiempo continúe el estado epiléptico generalizado, tanto más será la mortalidad y la morbilidad. Por lo tanto, es necesario tener disponible un régimen terapéutico eficaz y comenzarlo de inmediato

TRATAMIENTO

Como en todo enfermo crítico, el manejo del estado epiléptico incluye el ABC de la resucitación básico (mantenimiento de la vía aérea, respiración y circulación) así como el tratamiento de la causa. Se debe poner especial atención al mantenimiento de la vía aérea permeable, realizando un soporte ventilatorio y circulatorio adecuado. El tratamiento de la causa consiste en el control de la crisis mediante fármacos. Después se tratará de identificar y corregir la causa desencadenante.

Supresión de la crisis:

El diazepam controla el estado epiléptico en la mayoría de los casos, a menudo en un lapso de 2 a 10 minutos cuando se administra por vía intravenosa. La dosis, 1 a 2 mg por año de vida, hasta un máximo de 10 mg por vía intravenosa (i.v.), o intramuscular si la vía i.v. no es posible. Esta puede

repetirse si las crisis reaparecen, o pueden administrarse 50 mg en 500 ml de solución salina en infusión a goteo lento, i.v

Difenilhidantoína. Puede darse en una dosis i.v. de 20 a 30 mg por año de vida, hasta un máximo de 250 mg, (en niños menores de 10 años de edad hasta un máximo de 150 mg) Sin embargo, en un paciente adulto que no haya tomado antes difenilhidantoína, debe darse alrededor de 1g por vía i.v. para obtener una concentración "terapéutica" La velocidad de infusión no deberá ser tan rápida que ocurra hipotensión.

Fenobarbital sódico. Por vía intramuscular en adultos la dosis es de 200 mg

Aminobarbital sódico. En solución i.v. a 5%, 1 ml (esto es, 50 mg) por minuto hasta que cesen las crisis o hasta administrar un máximo de 10 ml Vigilar la presencia de depresión respiratoria y descenso rápido de la presión arterial

Tiopental. Se administra lentamente una dosis i.v. inicial de 25 a 100 mg hasta que cesen las convulsiones; se establece entonces un goteo i.v. (1 g en 500 ml de solución de Ringer lactato) a una velocidad de 0.5 a 1 ml por minuto durante 12 horas

Tratamiento de sostén

Los medicamentos de sostén apropiados para prevenir la recidiva del estado convulsivo bilateral son la difenilhidantoína, la carbamacepina y el fenobarbital. Si para controlar el estado se utilizó alguno de estos medicamentos, la dosis inicial de mantenimiento deberá ser un poco mayor que la dosis de sostén común de este medicamento. Después puede continuarse la dosificación definitiva. Si el medicamento de sostén no se utilizó en el control del estado, debe administrarse una carga doble que la dosis de sostén esperada y comenzar la dosis de sostén 12 horas después.

Mantenimiento de la vía aérea

Deberá mantenerse permeable la vía aérea mediante: aspiración de secreciones, posición, inserción de un conducto sencillo para aire y, si es necesario, traqueostomía y respiración asistida. El oxígeno puede ser útil para reducir la anoxia cerebral y ayuda a controlar las convulsiones.

Debe vigilarse cuidadosamente el equilibrio de los líquidos y valorarse a intervalos los electrolitos séricos y la urea sanguínea, para corregir cualquier alteración.⁸

⁸ SUTHERLAND, J.M. TAIT, H. EADIE, M.J. Epilepsias, diagnóstico y tratamiento Edit. El Manual Moderno 2ª edición. México 1982 pags. 137-142

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

GENERAL:

Proporcionar cuidados enfermeros a un paciente con Enfermedad Vascolar Cerebral embólico durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neurológicos del Hospital General de México O.D , centrando la atención en las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson

ESPECÍFICOS:

- Mejorar el intercambio gaseoso en vías respiratorias con oxígeno suplementario.
- Vigilar signos vitales y estado hemodinámico del paciente
- Monitorización electrocardiográfica
- Evaluar el estado neurológico
- Proporcionar los nutrientes adecuados al problema de salud del paciente
- Asistir al paciente en la eliminación de los desechos corporales.
- Aplicar ejercicios de movilidad física al paciente, así como alineación corporal correcta
- Mantener un ambiente tranquilo y libre de estrés en torno al paciente
- Dar baño de esponja y lubricación de la piel al paciente
- Comunicarse con el paciente para cubrir todas sus necesidades
- Brindar educación para la salud al paciente y familia respecto a la patología

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

1. ANTECEDENTES

En relación a la aplicación del modelo de atención de Virginia Henderson sobre las necesidades básicas, Fernández Ferrín Carmen⁹ muestra como se puede llevar a la práctica este modelo y resalta que un modelo sea utilizado solamente en la teoría no tiene sentido y que para ser funcional debe llevarse a la realidad práctica

Menciona además que su interés de empezar su trabajo con el modelo de Henderson es porque es uno de los más conocidos que utiliza un lenguaje comprensible y permite llevarlo a la práctica con relativa facilidad

“El hecho de haber propuesto la aplicación del modelo de Henderson no significa que afirmemos que éste es el único o el mejor de los existentes. Más bien es un intento de acercar a la realidad práctica un modelo suficientemente desarrollado y apoyado en bases científicas que ayuden en la comprensión del cómo podría utilizarse”

Fernández Ferrín expone en su libro una serie de estudios de casos, en donde hace una valoración de las necesidades básicas, un análisis de estos datos; expone Diagnósticos de Enfermería aplicando la taxonomía diagnóstica de la NANDA referentes a cada caso específico. Hace un comentario a los diagnósticos descritos y finalmente redacta una planificación de los cuidados.

⁹ Fernández Ferrín C. Novel Martí G. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudios de Casos. Edit. Masson. Barcelona. 1999. pág. 71-93.

Las enfermeras Oralia Sequera y Elizabeth García¹⁰ refieren que de los trastornos neurológicos uno que requiere ser tratado en una UCI es la Enfermedad Vascular Cerebral, considerando para ello que la enfermera que este adscrita a este servicio deberá contar con un amplio conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, lo cual le permitirá determinar las áreas en las que tendrá que centrar la valoración clínica para detectar problemas reales y potenciales del paciente, elaborar diagnósticos de enfermería y establecer un plan de intervenciones orientado a la resolución y la prevención de los mismos.

En la exposición de su estudio de caso las autoras, realizaron una Historia Natural de la Enfermedad, hacen una Historia y Valoración Clínica de Enfermería y presentan 14 diagnósticos y estándares de enfermería que incluyen: la etiqueta diagnóstica, el objetivo y criterio de evaluación

Finalizan haciendo mención de la evolución de la paciente, así como la evaluación de las intervenciones de enfermería

En el capítulo referente al Accidente Cerebrovascular Diane Kaschak Newmn¹¹, hace mención de lo que es la patología en sí, los hallazgos que podrían encontrarse en los antecedentes del individuo que padezca esta enfermedad y que lo hayan llevado a ella. También realiza una exploración física con los datos más comúnmente encontrados desde el aspecto neurológico integumentario, respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, musculoesquelético y psicológico. Menciona la importancia de los estudios diagnósticos para evaluar el estado de salud del paciente, así como las posibles complicaciones que puedan surgir.

¹⁰ Sequera O García E Enfermedad Vascular Cerebral. Desarrollo Científico de la Enfermera Agosto 1999 7 (7): 210-213.

¹¹ Kaschak-Nnewman D Jacovac Smith D. Planes de cuidados en Geriatría Mosby/Doyma. Libros. Barcelona. 1995 pags 194-207

Finalmente desarrolla 11 diagnósticos de Enfermería utilizando la taxonomía diagnóstica de la NANDA, incluyendo en cada uno, el objetivo a alcanzar los signos y síntomas, las intervenciones de enfermería (con su fundamento) y los criterios de evaluación

En su artículo titulado Urgencia Neurológica Anne Marie Lewis¹² muestra como actuar ante este tipo de urgencia aplicando acciones rápidas para ayudar al paciente a superar la crisis. Ella refiere que hay que empezar por valorar y tratar las vías aéreas, la respiración y la circulación del paciente, tanto en el accidente cerebrovascular como en las convulsiones y sobre todo actuar con rapidez en estos dos eventos. Menciona brevemente las patologías, su morbilidad, la forma en cómo realizar la valoración del individuo y que intervenciones llevar a cabo para lograr su restablecimiento.

Schantz y Spitz¹³ en su publicación sobre las convulsiones, hacen referencia del estado epiléptico, dan la definición, el tratamiento que comúnmente se lleve a cabo al inicio y que ministran en caso de que éstas sean ineficaces. Además, la importancia de manejar una vía intravenosa de gran calibre para el paso de los medicamentos. Menciona también dos posibles consecuencias de esta patología (hipoglucemia e hipoxia cerebral), y la posible estancia del enfermo en una unidad de cuidados intensivos. Finaliza exponiendo las consecuencias de los eventos convulsivos.

Para rehabilitar al paciente después del ictus, Margaret Ann Hayn, menciona que ayudarlo a sobrevivir la fase aguda de un E V C - supone importantes retos para sus conocimientos de Enfermería y no solamente pensar que cuando el paciente ha recobrado su salud el trabajo de enfermería ya ha terminado y que ayudarlo a

¹² Lewis A. Valoración Neurológica. Nursing 2000 marzo 18 (3):18-20

¹³ Schantz D Spitz M. Convulsiones. Nursing 94 junio-julio 12 (5): 26-33

recuperar la pérdida de sus capacidades motoras y de comunicación es mejor dejarlo a personas especialistas en rehabilitación.

Pero para Hayn M Fisher, no es sí, ella refiere que la participación del profesional de enfermería aceleraría su programa de rehabilitación del individuo ella ofrece en su artículo consejos concretos para ayudar al paciente a recobrar la movilidad y a realizar actividades de la vida diaria. También enseña la forma de afrontar la disfagia, la incontinencia, los problemas de comunicación, el dolor y la depresión ¹⁴

¹⁴ Hayn M Fisher. T. Rehabilitación del ictus. Nursing 97 agosto-septiembre. 15(7):14-20

2. MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

La única función de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que él mismo realizaría si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. De tal forma que lo ayudase a ser independiente lo antes posible. Así es como Virginia Henderson define la enfermería en términos funcionales. Ella considera su investigación como una definición más que una teoría, pues la teoría como tal no estaba de moda en esa época, por lo que su interpretación es la "síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas" ¹⁵

Desde el punto de vista de Henderson, el "moderno" movimiento de los conceptos, modelos y teorías es en realidad una "vieja" historia; incluso cuando era estudiante en el Teachers College, se hablaba de la *teoría* y se daban cursos sobre ella. Así, no es una idea nueva que las personas deseen establecer un marco, con varios nombres, para clarificar su propio pensamiento y para explicar a los demás las razones que hay detrás de sus acciones ¹⁶

La razón principal por la que Virginia Henderson, reconocida como doctora Honoris Causa durante su carrera en la práctica y docencia en enfermería, desarrolló su trabajo "Teorías y Modelos de Enfermería" en 1955, es porque notó y constató la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera y su situación jurídica, situación de sumo interés para ellas.

Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar, enfermo y herido durante la Guerra Mundial, gran parte de su preocupación se vio influenciada por su desacuerdo con la educación básica enfermera de la Army

¹⁵ MARRINER A. Modelos y Teorías de Enfermería. Edit. Mosby-Doyma 3ª edición. España. 1994. pags. 102-111.

¹⁶ SMITH. J. Virginia Henderson. Los primeros noventa años. Edit. Masson, S.A. Barcelona. 1996. pags. 81-88

School M Nursing, -de donde se graduó en 1921- que destacaba la competencia técnica y la experiencia en los procedimientos de enfermería contemplando a ésta como una extensión de la práctica médica, sin proporcionar modelos de función.

Otro tipo de influencias fueron sus trabajos en unidades de enfermería psiquiátricas y pediátricas, así como sus experiencias en enfermería de salud comunitaria en el Henry Street Settlement de Nueva York

Estas experiencias teóricas y prácticas la llevaron a preguntarse "¿Qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otras profesionales de la salud?" Se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial –para ella- no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión

Henderson planteó algunos problemas con respecto a la práctica de Enfermería, las cuales pueden resumirse así:¹⁷

- ¿Qué es la práctica de enfermería?
- ¿Cuáles son sus funciones específicas?
- ¿Cuáles son las actividades que le competen?
- ¿Cuál es el cuidado de enfermería centrado en la familia?

Henderson considera que una ocupación que afecta la vida humana debe perfilar claramente sus funciones, particularmente si es considerada como una profesión

En 1955 Henderson publicó su definición de enfermería en una revisión del libro de texto *The Principles and Practice of Nursing*, pero es hasta 1966, cuando cristaliza dicha definición en su libro *The Nature of Nursing* ¹⁸

¹⁷ MORAN, A. MENDOZA. R. Modelos de Enfermería. Edit Trillas México, 1993 pags. 147-149

¹⁸ WESLEY, R. Teorías y Modelos de Enfermería Edit Mc Graw-Hill Interamericana 2a edición. México, 1997. pags. 24-27.

En su definición del principio citada, hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos. fue una de las primeras teóricas que incorporó los aspectos espirituales al cuidado enfermero.

Según Henderson la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila

Henderson considera que la independencia del paciente es un criterio importante para la salud. Ella identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero, la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades.

A partir de la definición de enfermería se extraen cuatro conceptos del metaparadigma enfermero y una serie de subconceptos o definiciones básicos del modelo de Henderson.

- a. *Persona (paciente)*: Considera al paciente como un individuo que requiere de asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o una muerte tranquila, considera al paciente y su familia como una unidad
 - Cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, y que se ve influido tanto por el cuerpo como por la mente
 - La persona necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias, para llevar una vida sana y también tiene 14 necesidades básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener una integridad (física y psicológica) y a su vez promover su desarrollo y crecimiento

Dichas necesidades son:¹⁹

- 1 Respirar normalmente (Necesidad de Oxigenación)
- 2 Comer y beber adecuadamente (Necesidad de Nutrición e Hidratación)
- 3 Eliminar los residuos corporales (Necesidad de Eliminación)
4. Moverse y mantener posturas adecuadas (Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura)
5. Dormir y descansar (Necesidad de descanso y sueño)
- 6 Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse (Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas)
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales adecuando la ropa y modificando el ambiente (Necesidad de Termorregulación)
- 8 Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel (Necesidad de Higiene y protección de la piel)
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas (Necesidad de Higiene y protección de la piel)
- 10 Comunicarse con los demás expresando emociones necesidades, temores u opiniones (Necesidad de comunicarse)
- 11 Rendir culto según sus propias creencias (Necesidad de Vivir según sus creencias y valores)
- 12 Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal (Necesidad de Trabajar y Realizarse)
13. Jugar y participar en actividades recreativas (Necesidad de Jugar y Participar en actividades recreativas)
- 14 Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes (Necesidad de Aprendizaje)

Las necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología de la 8 a la 9 con la

¹⁹ HENDERSON V. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después Edit Interamericana-Mc Graw-Hill Madrid 1994. pags. 9-45

seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia y de la 11 a la 14 con la autorrealización

“A medida que leo trabajos sobre malnutrición debido a dietas terapéuticas, crisis emocionales y fisiológicas a terapias endocrinas, lesiones cutáneas producidas por medicamentos, y las diversas complicaciones de la administración de cortisona, pienso que: la invariabilidad de los líquidos intercelulares ha sido peligrosamente reducida. Desde que fui consciente de este peligro, he creído que la definición de Enfermería debería incluir una apreciación del principio del equilibrio fisiológico. Esto ha hecho que fuera muy importante para mí obligar a tomar líquidos, alimentar de alguna manera al comatoso, o aliviar la falta de oxígeno. Era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico cuando me di cuenta que una emoción es, en realidad, nuestra interpretación de la respuesta celular a fluctuaciones en la composición química de los líquidos intercelulares que producen tensión muscular, cambios en la frecuencia cardíaca y respiratoria y otras reacciones. Creo que la mente y el cuerpo han llegado a ser inseparables. A través de este estudio de la fisiología, el camino estaba preparado para aceptar la medicina psicosomática y todas sus implicaciones en la enfermería. Para entender el equilibrio físico y emocional, desde entonces me ha parecido siempre necesario empezar por la fisiología de la célula. El hombre y la ameba son dos puntos en una sucesión”²⁰

- b. *Salud. Independencia/Dependencia y causas de la dificultad:* Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es “la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar mayor nivel potencial de satisfacción en la vida”. Es decir, que las personas buscan y tratan de lograr su independencia y por lo tanto, la satisfacción de

²⁰ Op cit. pag 30

las necesidades de forma continuada, con el fin de mantenerse en estado óptimo de salud

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a 3 causas que suelen ser los obstáculos o limitaciones personales del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.²¹

1. Falta de fuerza, en este caso no sólo se refiere a la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas, la capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimientos, en lo relativo a las investigaciones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad
3. Falta de voluntad, se refiere a la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.²²

Es importante mencionar que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una *dependencia total o parcial* así como *temporal o permanente*

²¹ Op. cit. pag. 23

²² Op. cit pag 27

Henderson define el concepto de **INDEPENDENCIA**: como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su salud, etapa de desarrollo y situación

En este caso los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales variarían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Por otro lado, considera que la **DEPENDENCIA** es una doble vertiente. Esto es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, la segunda vertiente es que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes. Los tipos de criterios de la dependencia deben considerarse conforme a los componentes específicos de la persona –al igual que los de independencia-

Aunque la enfermera pretende ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades durante un periodo de dependencia, también intenta acortar este periodo. Antes de hacer cualquier cosa por el paciente, se pregunta primero qué puede hacer él por sí mismo. Si no puede hacer nada en absoluto, ella debe de identificar lo que le falta y ayudarlo a desarrollar lo más rápido posible, la voluntad, la fuerza y el conocimiento necesarios para poder hacerlo ²³

- c. *Entorno*. Henderson no hace una definición propia del entorno. Sin embargo la autora menciona –unas veces de forma implícita y otras explícitamente- la importancia de los aspectos socioculturales y del estado físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados, contemplados en los 14 niveles básicos

²³ Op cit. pag 30

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo

Asimismo, considera que los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede inferir en esta capacidad. La enfermera debe tener formación en materia de seguridad y proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas

Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones, los médicos por su parte, utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.

También es importante que la enfermera conozca los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.²⁴

“En mi experiencia primero nos preocupamos por nuestra filosofía en la Enfermería y después dirigimos nuestra atención hacia el intento de definir nuestra función al hacerlo y creo que fui la primera promotora en el esfuerzo de definir la Enfermería. Una de las razones por las que me manifesté a este respecto es por que entonces había revisado el libro de texto escrito por Berta Harmer. Entonces me di cuenta de que si iba a hablar de Enfermería, tenía que decir al público lector lo que yo consideraba que era la Enfermería. También impartía cursos en el Teachers College, donde me parecía razonable que se esperase de mí que aclarase, cuando hablaba de impartir aquellos cursos, cuál era la función primaria de la enfermera. Debemos ser capaces de manifestar al público lo que quizá hacemos mejor, qué podemos hacer mejor que los demás por que le prestamos más atención. Yo pertenecía al grupo que comenzó a trabajar en la definición de la función primaria de la Enfermería”²⁵

²⁴ Op cit pag 30

²⁵ Op cit pag 27

d *Enfermería*: Henderson la define como "La única función de la Enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar sus actividades contribuyendo a su salud, a su recuperación (o a una muerte tranquila) que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, y en hacerlo de manera que se le ayude a ganar independencia lo más rápidamente posible. Este aspecto de su trabajo, esta parte de su función es la que ella inicia y controla; la domina por completo. Adicionalmente, ayuda al paciente a poner en práctica el plan terapéutico, tal y como lo a iniciado el médico. Además, es un miembro del equipo médico, ayuda a los otros miembros, como ellos a su vez la ayudan a ella a planificar y llevar a cabo la totalidad del programa, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o en apoyo en la muerte"²⁶

Además, agrega, ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o alcanzar la muerte en forma pacífica

La enfermería requiere trabajar de forma independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico pero utiliza el plan de cuidados de éste para proporcionar un cuidado holístico al paciente

Requiere enfermería un conocimiento básico en ciencias sociales y humanísticas, así mismo, de un conocimiento sobre las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas

Además tiene que ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente. Al respecto Henderson identifica 3 niveles a la función de la enfermera:

²⁶ Op.cit. pag 30

- Sustituta (compensa lo que le falta al paciente)
- ayudante (establece las intervenciones clínicas) o
- compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud)

Implica también, la utilización de un Plan de Cuidado Enfermero por escrito ²⁷

Respecto a la contribución de la enfermera al trabajo con el equipo multidisciplinario menciona: "... 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". En relación al paciente afirma que: "... 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 perderán gran parte de los esfuerzos del equipo". El paciente o usuario – concluye- es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas ²⁸

Dentro del ejercicio profesional de la enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los componentes de la asistencia básica de enfermería.

²⁷ Op cit pag. 28-cit 2

²⁸ Op cit pag. 23.

Aplicación del modelo de Virginia Henderson

El Modelo de Henderson, entonces, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención:

- Etapas de valoración y diagnóstico: sirven en la búsqueda y selección de los datos, así como en su síntesis y análisis. Determina el grado de independencia/dependencia en la satisfacción de las 14 necesidades, y las causas del problema en tal satisfacción
- Etapas de planificación y ejecución: sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en relación del modo de intervención (suplencia o ayuda). Determina dicho modo más adecuado a la situación, estos criterios serán lo que guiarán la etapa de ejecución.
- Etapa de evaluación: Determina los criterios que indicarán los niveles de independencia mantenidos o alcanzados a parte de la puesta en marcha del plan de cuidados; pues la meta y compromiso es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápido posible

Sólo en estados de absoluta dependencia como son el coma o la postración extrema, se justifica que la enfermera decida por el paciente, en lugar de con el paciente

De manera inevitable los creadores actuales de modelos se fundamenta sobre las ideas de investigadores anteriores y es seguro que las publicaciones de

Henderson influyeron en el pensamiento que respalda el modelo de enfermería de algunas autoras como Roger, Logan y Tierney

En términos prácticos, Henderson destaca que un modelo provee una estructura para el qué hacer de la enfermera y cómo hacerlo. en la educación proporciona un esquema que organice el currículo: Conocimiento, destrezas y aproximación necesarios para el aprendizaje de la práctica, en el manejo, delinea las metas comunes a alcanzar, en la investigación da una guía de lo que debe estudiarse para extender el conocimiento de enfermería y así mejorar la práctica ²⁹

En cuanto a la relación enfermera-paciente, la autora identifica tres niveles, los cuales varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente esto es: 1) la enfermera como un **sustituto** de algo necesario para el paciente, 2) la enfermera como **ayuda** para el paciente, 3) la enfermera como **compañera** del paciente

Respecto al primer nivel, sólo en caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarlo "completo", "íntegro" o "independiente" por la ausencia de fuerza física voluntad o conocimiento Henderson opina lo anterior, en su afirmación de que la enfermera "es de forma temporal, la conciencia de la inconsciencia, el amor a la viuda del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente un medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre y el "micrófono" para los demasiado débiles o introvertidos para hablar" También dice que la enfermera "debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita".

Henderson opina "en los casos en que las enfermeras conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas, a la temperatura y humedad luz y calor, presión

²⁹ ROPER, N. LOGAN, W. TIERNEY, A. Modelos de Enfermería Edit. Mc Graw-Hill Interamericana. 3a edición México 1993 pags 13-15.

atmosférica, olores, ruidos, impurezas químicas y microorganismos, pueden organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que se dispone”

La relación enfermera-médico -insiste Henderson- que ella tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico

Es importante destacar que Virginia Henderson en su libro *The Nature of Nursing*, identifica/señala verdaderas fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería tal es el caso de Caroline Stackpole (profesora de fisiología del Teacher's College de la Universidad de Colombia) quien le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

3. ELEMENTOS DEL MÉTODO CLÍNICO APLICABLES

El método clínico es un sistema de pensamiento aplicado al individuo enfermo y cuya finalidad es establecer un diagnóstico e instituir un tratamiento. Los elementos del método clínico son aplicables en este estudio de caso y a continuación se desarrollan ³⁰

Historia Clínica

Se realizó una Historia Clínica al paciente donde se incluye un interrogatorio de manera indirecta, su hijo fue el que proporcionó los datos, que incluye Ficha de identificación, Antecedentes de importancia y el Padecimiento actual. Los datos encontrados en estos puntos servirán al profesional de Enfermería a conocer más al paciente que va atender y a estructurar el plan de intervenciones con el fin de restablecer la salud en el individuo.

Dentro de la misma historia se incluyó la Guía para Valoración de las Necesidades Básicas del Adulto en Estado Crítico (ver Anexo 1), elaborada por Enfermería

La Historia Clínica incluye también la exploración física con sus cuatro técnicas de valoración: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Laboratorio

El apoyo del Departamento de Laboratorio y análisis clínicos fue para conocer la biometría hemática, la química sanguínea, electrolitos séricos, el examen general de orina, así como las gasometrías arterial y venosa, entre otros

³⁰ UNAM-ENEO Atención a la Salud en México. Antología, Unidad 1 México 1992

Diagnósticos iniciales

Los Diagnósticos iniciales que el personal médico dio a conocer fueron Enfermedad Vasculare Cerebral embólico, diabetes mellitus, neumonía basal y estado epiléptico

Evolución

La Evolución del paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos neurológicos fue: el inicio del padecimiento de manera súbita con una serie de signos y síntomas característicos, como son disminución de la agudeza visual y de la fuerza muscular, astenia, adinamia, disartria. Horas después presenta paresia del miembro inferior izquierdo y hemiplejía homónima. Más tarde el paciente desarrolla crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas seguido de un periodo posictal caracterizado por desorientación y somnolencia, posteriormente las crisis son aproximadamente cada 30 minutos sin recuperación del estado de despierto, durando en esta situación alrededor de 5-6 horas. Es ingresado al servicio de urgencias del Hospital General de México.

Del servicio de urgencias es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neurológicos (UCIN), con diagnóstico de Estado Epiléptico Al paso de unas horas se reporta al paciente con datos de acidosis metabólica con hiperoxemia, retención azoada de tipo prerrenal y electrolitos séricos normales.

Bajo efectos de sedación el paciente presenta pupilas mióticas conservándole reflejo oculocefálico y corneal bilateral; los campos pulmonares con rudeza respiratoria y estertores. Debido a la nula respuesta a la difenilhidantoína (DFH) y diazepam se inició manejo con xilocaína como segunda opción para el manejo de las crisis convulsivas

En el segundo día de estancia en la UCIN el paciente presento oliguria, hipotermia, hipotensión arterial, bradicardia y ventilación agónica. Los gases arteriales mostraron acidosis metabólica severa

Se inicia manejo de coma barbitúrico con tiopental. Con disminución del reflejo corneal y oculocefálico. Patrón respiratorio irregular y por momentos agónico. Estertores crepitantes basales, peristalsis abolida. Miembro pélvico izquierdo presenta necrosis hasta la rodilla. Miembros superiores arreflécticos con edema moderado del derecho.

Es en esta etapa donde Enfermería llevó a cabo sus intervenciones para restablecer la salud del individuo o mantenerla lo mejor posible (ver capítulo IV letra C referente al Plan de Intervenciones de Enfermería)

Estudios específicos

Se le realizaron al paciente estudios de gabinete como son: radiografía de tórax y de abdomen, electrocardiograma (EKG), y tomografía axial computarizada (TAC) Y todos los estudios de laboratorio antes mencionados

Diagnósticos finales

Los diagnósticos finales encontrados en el paciente fueron: enfermedad vascular cerebral de origen embólico, estado epiléptico, insuficiencia renal aguda, diabetes mellitus tipo II descompensada, insuficiencia arterial aguda, acidosis metabólica y disfunción orgánica múltiple

Alta

El paciente egresa del servicio por defunción

4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es la forma científica en que el personal de Enfermería debe estructurar su trabajo, la manera de cómo aplicar sus conocimientos recibidos durante su formación, utilizando una estructura metodológica y sistemática para la correcta aplicación de los cuidados enfermeros a todo individuo, familia o comunidad que así lo requiera.

La práctica de la profesión de Enfermería ha progresado, ha aplicado acciones particulares de razonamiento científico como es la técnica de asepsia y antisepsia, el aprendizaje de principios éticos, hasta acciones tales como la aplicación de planteamientos científicos al Proceso de Atención de Enfermería. De esta forma, en la época actual Enfermería esta usando sistemas teóricos y modelos conceptuales para organizar el conocimiento, comprender y analizar el estado de salud del paciente y tener una guía en su práctica profesional.

Nancy Roper menciona en su libro Proceso Atención Enfermería: “El proceso –por lo general considerado de cuatro fases valoración inicial, planeación, realización y valoración final (esta autora incluye el diagnóstico en la valoración inicial) No es nuevo en enfermería; la “buena enfermera” siempre lo ha usado”. Sin embargo, con frecuencia no analizaba lo que hacía ni verbalizaba las fases del proceso al realizar cada actividad, por lo que algunas estudiantes les resultaba difícil apreciar los aspectos cognoscitivos de tareas que veían ejecutar rápidamente.³¹

La Enfermería es una ciencia que requiere destreza intelectual, interpersonal y técnica a través del proceso de atención de Enfermería para ayudar a cualquier individuo o paciente a obtener su potencial máximo de salud. Con ello se esperaría que Enfermería se de cuenta del importante trabajo que tiene a su cargo, de sus acciones, de las responsabilidades tan grandes que tiene, y así evalúe la eficacia de su atención, esta evaluación es una forma de demostrar el

³¹ ROPER, N. LOGAN, W. TIERNEY, A. Proceso Atención de Enfermería Modelos de Aplicación Edit. Interamericana. México 1983. pag. 1

interés y responsabilidad en sus acciones hacia el paciente El PAE es un medio, un instrumento para evaluar la eficiencia en la intervención de Enfermería y demostrar su interés

Así todo el personal de Enfermería esta obligado a conocer el PAE, pero sobre todo aplicarlo Debe darse cuenta que mediante el uso de éste su finalidad última, que es el cuidado oportuno y eficiente al individuo mejorará contribuyendo con esto a elevar la calidad de vida de la población.

ALGUNOS CONCEPTOS:

El proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales ³²

“La Enfermería utiliza estructuras teóricas y modelos conceptuales, como la jerarquía de necesidades de Maslow o las etapas evolutivas de Erickson para establecer un marco de referencia y comprender al paciente y su ambiente. Estos sistemas nos guían en la observación y clasificación de los individuos y las situaciones ya que como enfermeras utilizamos estos sistemas o enfoques teóricos como nuestro marco teórico de referencia en cada componente del proceso de atención de enfermería”, dice J W. GRIGGITH ³³

En su práctica profesional Enfermería, realiza acciones independientes, interdependientes y dependientes. Entre las independientes sus actividades son: valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar, las interdependientes incluyen

³² ALFARO R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Doyma Barcelona 1988. pág. 6.

³³ CHRISTENSON P. Proceso Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, guías y modelos
Manual Moderno México 1993. pág 1

llevar a cabo actividades en coordinación con otros miembros del equipo de salud, y finalmente las dependientes son las indicaciones dadas por el médico para el tratamiento del paciente

El papel aquí del PAE es ampliar estas actividades en beneficio del paciente, ya que es el instrumento de que dispone la enfermera (o) para demostrar el interés y responsabilidad hacia los pacientes

El proceso enfermero es un método de identificación y resolución de problemas. Aunque derivado del método científico el proceso enfermero no se aplica de una forma objetiva y libre de valores. Los valores humanos influyen tanto en la identificación de problemas como en su resolución.³⁴

LAS ETAPAS DEL PROCESO:

El PAE consta de cinco etapas, que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Con esta estructura el profesional de Enfermería deberá realizar acciones encaminadas a lograr sus objetivos:

1. Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar al paciente a bien morir, cuando se encuentra en un estado terminal
2. Dejar al individuo, familia o comunidad, tomar el mando de sus propios cuidados de salud hasta donde su capacidad les permita
3. Proporcionar cuidados de enfermería con la mejor calidad y eficiencia posible

³⁴ GORDON M Diagnóstico Enfermero, Mosby-Doyma 3era. Edición. Madrid. 1996 págs 10 11

VALORACIÓN:

La valoración es la primera fase del PAE y durante ella la enfermera(o) deberá reunir y examinar todos los datos concentrados con el objetivo de tener a su alcance toda la información y hechos necesarios para determinar las condiciones de salud en las que se encuentra el individuo y hacer un análisis y descripción de sus capacidades y problemas

En esta etapa la enfermera deberá echar mano de la observación directa e indirecta, como instrumento para la recolección de datos, así como la entrevista al paciente y familiares. Así la historia clínica de Enfermería deberá ser un medio idóneo para conocer el diagnóstico y tratamiento del paciente, conocer los síntomas que presenta (si es que tiene enfermedad), valorar los signos vitales y la condición física del paciente mediante una exploración física, aspectos nutricionales y dietéticos, características y hábitos de eliminación, posturas y movimientos corporales, patrones de descanso y sueño, características del vestido, hábitos higiénicos, formas de comunicarse y relacionarse con los demás, creencias religiosas, educación y estado socioeconómico. Mediante la obtención de toda esta información se tendrán las bases para valorar los problemas reales y potenciales del paciente

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de Enfermería se basa en deducciones obtenidas de datos confusos o incompletos. Una vez que la enfermera logra reunir toda la información necesaria, tendrá los elementos esenciales para poder determinar las capacidades con las que cuenta el individuo y los problemas reales y potenciales de salud que éste presente. Aquí también se mencionarán cuales problemas deberán resolverlos las enfermeras(os) mismas(os). Cuales en

coordinación con otros profesionales de la salud y en donde recibir indicaciones del médico o de otro profesional para poder resolverlos³⁵

PLANEACIÓN

De acuerdo a la información recopilada acerca del paciente, la enfermera(o) deberá establecer prioridades de atención, decidiendo cuáles intervendrá primero. Deberá plantearse sus objetivos a corto, mediano y largo plazo, y en cuáles tendrá que esforzarse más. Enfermería no trabajará sola en los problemas independientes, deberá incluir al paciente y familiares en la construcción de los objetivos y en la aplicación de éstos.

Como menciona Rosalinda Alfaro, el profesional de Enfermería tendrá que hacer anotaciones del plan de cuidados hacia el paciente, familia o comunidad, tendrá que informarles a sus compañeras el plan prescrito y los objetivos que pretende lograr

EJECUCIÓN

Ya en la Ejecución, cuarta etapa del proceso, Enfermería pondrá en marcha el plan de cuidados que estructuró en la fase anterior. Pero mientras ejecuta su plan, deberá seguir buscando y recogiendo información para determinar la respuesta del paciente a las acciones aplicadas y buscar nuevos problemas. Realizará las intervenciones de Enfermería marcadas en la planeación y, tendrá que registrar y comunicar la respuesta del paciente a éstas.

³⁵ MARRINER A El Proceso de Atención de Enfermería Un Enfoque Científico. Manual moderno 2da Edición México 1983. pág. 2

EVALUACIÓN:

Durante la etapa final, Enfermería evaluará si la atención que requería el paciente fue realmente la que otorgó durante la ejecución de su plan de cuidados, si la atención fue efectiva y si es necesario hacer cambios en el plan

Aunque la evaluación esta considerada en la fase final del proceso de enfermería, ésta no termina aquí. La evaluación solo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y reevaluados. El proceso de enfermería es por ello, un ciclo continuo.

En Base al texto de Rosalinda Alfaro "Aplicación del Proceso de Enfermería"³⁶ se enlistan una serie de beneficios del uso del proceso para el profesional de Enfermería

- Proporciona un método organizado para asignar cuidados de enfermería
- Previene omisiones y repeticiones innecesarias
- Permite al profesional de Enfermería adoptar las intervenciones al individuo que lo requiere, no a la enfermedad que éste presenta
- Invita a los pacientes y familiares a colaborar en el plan de intervenciones y darse cuenta de la importancia que esto traerá en la recuperación del individuo
- Fomenta el pensamiento crítico y la práctica independiente.
- Fomenta una mejor relación enfermera-paciente, enfermera-familiares y con el resto del equipo de salud.
- Invita a la Enfermera a proporcionar una atención más cálida y humana
- Promueve la aplicación de un enfoque holístico
- Ayuda a la enfermera a tener la satisfacción de obtener mejores resultados

³⁶ Op. cit pag 44-cit.1

IV. ESQUEMA METODOLÓGICO

A. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

De las necesidades básicas

Para llevar a cabo la valoración de las necesidades básicas en este paciente con Enfermedad Vascul ar Cerebral se le realizó un examen físico aplicando las técnicas como son: la inspección, la palpación la percusión y la auscultación, se revisaron además los estudios especiales o de gabinete realizados al paciente.

Con lo anterior y de acuerdo al modelo de Henderson se encontraron las siguientes necesidades, especificando su grado de dependencia

a) Variables e indicadores a evaluar

1. DE OXIGENACIÓN:

Datos de independencia (D I): No se observan

Datos de dependencia (D D.): Cianosis, periodos de apnea, respiración acidótica y desaturación de oxígeno, estertores crepitantes basales Manejo continuo del ventilador

DE CIRCULACIÓN:

D.I : No se observan (mecanismos de compensación)

D D : Ritmo cardíaco lento y poco audible, hipotensión e insuficiencia arterial del miembro pélvico izquierdo

2. DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

D.I.: No se observan.

D D.: Desde su ingreso se ha mantenido en ayuno y con hidratación parenteral. Se han administrado medicamentos por sonda nasogástrica

3 DE ELIMINACIÓN:

D I No ha presentado evacuaciones. La diuresis horaria ha sido de 50cc.

D.D Desde su ingreso ha tenido una sonda vesical, y una sonda nasogástrica a derivación con drenaje de contenido biliar

4 DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

D.I. Se movía de un lugar a otro utilizando silla de ruedas debido a que estaba amputado de un miembro inferior. Hasta antes de presentar el E.V.C era independiente

D D. Debido al evento cerebral y a su estado de conciencia se moviliza por el personal de enfermería y se proporciona alineación corporal.

5 DESCANSO Y SUEÑO

D I.: Dormía de 5-6hrs por la noche

D.D Se han ministrado relajantes musculares, anticonvulsivantes. Se ha llevado al paciente a coma barbitúrico para no lesionar más el encéfalo por las convulsiones

6. DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

D I.: No están presentes

D D.: Enfermería lo asiste en ponerle el camisón (bata)

7. TERMORREGULACIÓN

D I.: Temperatura corporal en límites normales

D D.: En su miembro pélvico izquierdo hay hipotermia, por lo que se coloca vendaje con algodón y lámpara de calor

8 DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

D.I: No se observan. Hasta antes de la enfermedad el trataba de proporcionarse estos cuidados

D D : Desde el ingreso del paciente a la UCIN se le ha proporcionado baño de esponja en su cama, lubricación de la piel para mantenerla íntegra y se han evitado zonas de presión ósea

9 DE EVITAR LOS PELIGROS

D.I : No se observan

D D : El paciente se encuentra inconsciente, incapaz de protegerse por sí mismo y en una cama con barandales Escala de Coma de Glasgow de 7 puntos

10 DE COMUNICARSE

D I : La comunicación con su familia es adecuada. han acudido a visitarlo por lo menos un integrante por día

D D : El paciente no se comunica de ninguna forma.

11 DE REALIZAR PRÁCTICAS RELIGIOSAS

D I : Acudirá regularmente a ceremonias religiosas.

D D : No los manifiesta

12 DE TRABAJAR Y REALIZARSE

D I : Actualmente es desempleado

D D : Debido a su incapacidad física a la amputación del miembro pélvico derecho. Depende económicamente de sus hijos

13 DE JUGAR O PRACTICAR ALGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA

D I : No se observan

D D : Por el momento el no puede realizar ninguna actividad por sí solo.

14 DE APRENDIZAJE

D.I : No se observan

D.D : Desconoce por el momento cómo compensar sus problemas de salud, así como el tratamiento a seguir

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE

Los datos de la siguiente valoración fueron obtenidos mediante la exploración, observación, auscultación y palpación; y algunos de ellos de la Guía para valoración de las necesidades básicas del adulto en estado crítico (ver Anexo 1)

Paciente masculino de 76 años de edad, que ingresa a la UCIN con diagnóstico de estado epiléptico y en malas condiciones generales. Presenta facies de angustia y dolor. Conciente pero no responde a preguntas. El color de la piel es uniforme a excepción del miembro pélvico izquierdo, es húmeda y pegajosa

Sus medidas antropométricas son: peso de 80 kg y 170 m de estatura aproximadamente.

Al valorar la Escala de Coma de Glasgow al ingreso del paciente se encontró lo siguiente:

La apertura de ojos era solo al hablarle, se le hablaba al paciente y éste abría los ojos, en cambio si se le pedía que los abriera, no lo hacía; obteniendo calificación de 3

La respuesta verbal era mediante sonidos incomprensibles (quejidos, gruñidos y murmullos); calificando con 2 puntos

En la respuesta motora, el paciente localiza el dolor y evita el estímulo; obteniendo 5 puntos.

Obtiene una calificación total de 10 puntos.

Los días siguientes a ésta valoración, el paciente se deterioró obteniendo el siguiente puntaje en esta escala:

La apertura de ojos es nula a pesar de estímulos al paciente; se le da un punto

Su respuesta verbal: ninguna a pesar de estimulación; un punto

En la respuesta motora: ausencia de manifestación alguna a pesar de estímulos dolorosos; un punto.

Obteniendo una calificación de 3 puntos.

Como se observa el paciente curso con un franco deterioro de su estado neurológico

Cráneo sin endostosis ni exostosis, simétrico y con tamaño en límites normales. El pelo es castaño oscuro, de aspecto opaco, grueso y áspero; su distribución es uniforme. En el cuero cabelludo se observa resequeidad, no se aprecian nódulos, lesiones o parásitos

La cara es asimétrica por la parálisis facial derecha caracterizada por desviación de la lengua y de la comisura labial hacia la izquierda

Los ojos están colocados simétricamente, en tamaño y forma normales. Su mirada es fija, con anisocoria y mínima respuesta a la luz. El reflejo corneal se encuentra disminuido, así como el oculocefálico. El paciente se encuentra bajo efectos de sedación. La esclerótica es blanca; la conjuntiva es rosada, con algunos vasos rojos, sin secreciones, ictericia ni enrojecimiento.

Las narinas son simétricas, secas y permeables, con presencia de sonda nasogástrica en fosa nasal izquierda drenando contenido líquido café espeso (pozos de café). El intercambio aéreo por esta vía es disminuido debido a la presencia de secreciones.

Los labios son de color rosa, suaves y resacos. Con el paso de los días y la necesidad de colocarle cánula endotraqueal se fueron deteriorando hasta presentar fisuras. Hay desviación de la comisura labial y de la lengua hacia la izquierda. Sin úlceras o nódulos.

La lengua presenta desviación a la izquierda, es de color rosa con leves lesiones abrasivas por la presencia de cánula endotraqueal, su superficie es tersa; hay presencia de frenillo. Hay sialorrea de aspecto blanquecino. Las encías son rosadas, poco inflamadas. Hay 29 dientes, faltando 2 muelas inferiores, una de

cada lado, y el canino superior derecho; presenta higiene deficiente con caries en la mayoría de las piezas y placa de sarro.

El cuello es simétrico al igual que la tráquea (central), presenta pulsos carotídeos lentos y rítmicos con una frecuencia de 60 por minuto. No se palpa glándula tiroidea crecida (su posición es central), ni masas o ganglios linfáticos. No se logra examinar la amplitud de movimiento del cuello.

El tórax anterior se encuentra simétrico sin deformidades. A la auscultación pulmonar se escucha rudeza respiratoria y estertores crepitantes en las bases. La expansión pulmonar es simétrica. En la placa de tórax se observan datos de densidad pulmonar bilateral. Al inicio de su estancia en la UCIN el manejo de la vía aérea es con mascarilla de oxígeno y FiO₂ al 40%, pero debido a su patrón respiratorio irregular y por momentos agónico, el paciente es intubado con cánula de Rush y conectado a ventilador mecánico de volumen en modalidad asistido-controlado con una frecuencia respiratoria de 14 por minuto, FiO₂ al 60%, volumen corriente de 650 cc. Los gases arteriales muestran acidosis metabólica severa: pH 6.8, pCO₂ 22, pO₂ 51 y HCO₃ no detectable (consultar anexo 2 Resultados de Laboratorio y Gasometrías). Se realiza fisioterapia pulmonar y aspiración de secreciones, las cuales son de blanquecinas a amarillentas, de consistencia espesa y olor fétido.

Con catéter subclavio izquierdo de tres vías

La parte posterior del tórax con coloración normal. No se observan lesiones, masas ni hipersensibilidad; hay simetría respiratoria.

La región precordial se observa normal. En un inicio el ritmo cardíaco es sinusal con frecuencia cardíaca de 88 por minuto, no se escuchan soplos cardíacos. En la placa de tórax se observa cardiomegalia grado II a expensas del ventrículo izquierdo. En el segundo día de estancia en la UCIN el paciente presentó ritmo cardíaco nodal con bradicardia de 48 por minuto, que no respondió al uso de

atropina, por lo que se aumenta la dosis de dopamina. lográndose mejorar la f c pero no la tensión arterial.

Brazos y manos simétricas, sin deformidades. Lechos ungueales rosas, bases de las uñas firmes, grosor uniforme. Bordes ungueales lisos y redondeados. La piel se mueve fácilmente y regresa de inmediato a su lugar al soltarla. Pulsos radial y braquial palpables pero disminuidos en intensidad, con frecuencia de 88 por minuto. Presenta amplitud total de movimientos en codo, muñeca y metacarpianos, movimiento normal en ambos lados. Reflejos reducidos.

El abdomen se encuentra globoso a expensas de panículo adiposo. La piel de esta región es lisa y suave, de coloración normal. No se observan cicatrices quirúrgicas, erupciones o vasos dilatados. El ombligo está en el centro y hundido, no se palpan hernias. La peristalsis está presente pero disminuida. A la palpación no se sienten visceromegalias y a la percusión el timpanismo es generalizado en todo el abdomen.

En cuanto a los genitales, el orificio uretral está localizado en el extremo distal del pene, sin lesiones, edema o inflamaciones. Mantiene sonda Foley a derivación con diuresis horaria de 50cc. La orina es de color amarillo pálido. El olor es normal.

El área rectal se encuentra sin lesiones, hemorroides o masas; con buen tono del esfínter. Durante sus días hospitalizado no presentó evacuaciones.

En las extremidades inferiores, la derecha se encuentra con muñón supracondíleo teniendo buen llenado capilar y pulso femoral presente. La izquierda es simétrica sin deformidades o inflamaciones; la pierna homónima presenta cianosis distal y piel marmórea, hipotérmica y ausencia de pulso pedial. Llenado capilar de 5 segundos. Evoluciona rápidamente hacia la gravedad hasta presentar necrosis.

b) Métodos para la recolección de datos

Registros clínicos. Se revisó la Historia Clínica del paciente contenida en el expediente clínico sustrayendo algunos datos de la misma

También incluye una entrevista indirecta a un familiar del enfermo para el llenado de la guía de valoración de las necesidades básicas del adulto en estado crítico, la cual contiene una Ficha de Identificación y 14 apartados sobre las necesidades del modelo de Virginia Henderson, cada uno de ellos con signos, síntomas y parámetros a evaluar para un mejor conocimiento del paciente

Los estudios de Laboratorio y Gabinete tomados al paciente, así como las notas médicas de evolución y el tratamiento a seguir de acuerdo a las indicaciones médicas para enfermería, fueron otros de los registros consultados para el análisis de este caso

Investigación documental. En cuanto a la investigación documental se revisaron diferentes fuentes bibliográficas que tratan al Modelo de Atención de Enfermería de Virginia Henderson, realizándose un análisis del mismo

El mismo procedimiento se aplicó en información referente al Proceso de Atención de Enfermería

También se recolectó bibliografía sobre la patología principal en este estudio de caso. De igual forma se consultaron libros de Diagnósticos de Enfermería con la Taxonomía de la NANDA.

Técnica de observación. Se aplicó una entrevista clínica indirecta a un hijo del paciente, para conocer más datos sobre éste y poder valorar con más especificidad las catorce necesidades presentes en el individuo

Se llevó a cabo una valoración física al enfermo, el cual dio como resultado los datos de Independencia y dependencia mencionados en el capítulo anterior llamado Valoración de las Necesidades Básicas

Instrumento para el registro de datos. La recolección de información de libros y revistas, se fue registrando en fichas de trabajo para posteriormente ser capturadas en computadora en el paquete Word de Windows

Utilizando la técnica de entrevista se llenó la "Guía para valoración de las necesidades básicas del Adulto en Estado Crítico", dicho método fue indirecto ya que los datos los proporcionó el familiar del paciente

B. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

La elaboración de los diagnósticos aquí expuestos fue con base a la Taxonomía Diagnóstica de la NANDA, y al formato PES definido por Gordon, en donde: la P es el problema de salud, E es la etiología y la S es la serie de signos y síntomas manifestados en el problema

A continuación se mencionan los diagnósticos de enfermería encontrados en el paciente durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neurológicos, se han ordenado de acuerdo a prioridad de atención y por fecha de aparición

Algunos de ellos estuvieron presentes en más de un día pero no se exponen nuevamente para no sonar repetitivas por el contrario se especifica en el plan de intervención cuando fueron o no resueltos. Se puntualiza la necesidad a atender.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

02/05/00

- 1 Incapacidad para mantener la respiración espontánea relacionada con crisis convulsivas manifestado por periodos de apnea, cianosis y desaturación de O₂
- 2 Limpieza inadecuada de las vías respiratorias relacionada con el proceso neumónico y manifestado por abundantes secreciones traqueobronqueales.
- 3 Alteración de la perfusión tisular relacionada con insuficiencia arterial del miembro pélvico izquierdo manifestada por piel marmórea, hipotermia y ausencia de pulsos periféricos.

NECESIDAD DE EVITAR LOS RIESGOS DEL ENTORNO:

- 4 Riesgo de lesión cerebral relacionado con las crisis convulsivas recurrentes.

- 5 Riesgo de lesión tisular relacionado con convulsiones

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN DESEADA:

- 6 Trastorno de la movilidad física relacionado con el evento cerebral manifestado por la dependencia para su movilización y cambio de posición

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR:

7. Alteración en el patrón de descanso relacionado con la inminente hospitalización manifestado por inquietud.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

03/05/00

- 8 Intercambio gaseoso ineficaz relacionado con las cifras bajas de hemoglobina manifestado por cianosis y periodos de apnea.

NECESIDAD DE COMER Y BEBER DE FORMA ADECUADA:

- 9 Disminución de volumen de líquidos relacionado con el estado hemodinámico bajo manifestado por hipotensión, oliguria y bradicardia
- 10 Alteración en la ingesta de alimentos relacionado con el ayuno, manifestado por sangrado de tubo digestivo (pozos de café)

NECESIDAD DE ELIMINAR LOS RESIDUOS CORPORALES:

- 11 Alteración en la eliminación urinaria relacionado con la hipoperfusión renal manifestad por oliguria.

NECESIDAD DE EVITAR LOS RIESGOS DEL ENTORNO:

- 12 Riesgo de úlceras en la mucosa bucal y/o labial relacionado con la presencia de cánula endotraqueal.

NECESIDAD DE ELEGIR LAS PRENDAS DE VESTIR:

- 13. Deterioro del autocuidado relacionado con el estado de inconciencia manifestado por incapacidad para vestirse y desvestirse

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL:

- 14. Hipotermia relacionada con el estado hemodinámico bajo.
- 15. Termorregulación ineficaz relacionada con el estado patológico manifestado por fluctuaciones de la temperatura.

NECESIDAD DE MANTENER EL CUERPO LIMPIO Y CUIDADO Y LOS TEGUMENTOS PROTEGIDOS:

- 16. Incapacidad total para la higiene corporal relacionado con el estado de despierto abolido manifestado por la dependencia para su aseo personal

NECESIDAD DE EVITAR LOS RIESGOS DEL ENTORNO:

- 17. Deterioro potencial del estado neurológico relacionado con la evolución de la enfermedad.

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS:

- 18. Trastorno de la comunicación verbal relacionado con el coma barbitúrico y la presencia de cánula endotraqueal, manifestado por no expresar sus necesidades.

NECESIDAD VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

- 19. Sufrimiento espiritual relacionado con la inminente hospitalización manifestado por los familiares (los cuales refieren que el paciente se negaba a ser atendido en un hospital).

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

20. Deterioro de la interacción social relacionado con el internamiento en el hospital, manifestado por la incapacidad para llevar a cabo interacciones sociales con familiares y amigos.

C. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO 1: Incapacidad para mantener la respiración espontánea relacionada con crisis convulsivas manifestado por periodos de apnea, cianosis y desaturación de O₂

- **OBJETIVO:** Proporcionar una vía aérea artificial durante la etapa aguda de la enfermedad.

INTERVENCIONES:

- Controlar las crisis convulsivas para mantener una respiración espontánea y evitar isquemia cerebral, mediante fármacos anticonvulsivantes (DFH), sedantes y relajantes musculares (Diacepam)
- Proporcionar oxígeno suplementario mediante mascarilla según prescripción (con una FiO₂ al 40%), en un inicio el paciente se mantuvo con esta vía debido a que su estado neurológico no era tan grave
- Mantener al paciente en posición de semifowler estricto para fomentar el descenso del diafragma y una inhalación máxima
- Auscultar campos pulmonares para verificar la adecuada entrada y salida del aire, características de la respiración y presencia de estertores, sibilancias o crepitaciones.
- Debido al daño que se provoca durante la aspiración de secreciones a la capa íntima del árbol traqueobronqueal, ésta debe de realizarse cuando se indique y no como procedimiento sistemático; en este caso al paciente se le aspiraban secreciones cada 2 horas o por razón necesaria cuando la producción de las mismas fuera excesiva, previa fisioterapia pulmonar mediante palmopercusión

- Vigilar datos de dificultad respiratoria como son cianosis, uso de músculos accesorios de la respiración y desaturación de oxígeno entre otros.
- Debido a la tendencia del estado de salud del paciente hacia la gravedad se tuvo que asistir a colocar cánula endotraqueal como vía artificial de ministración de oxígeno y conectarlo a ventilador mecánico
- El propósito principal de la ventilación mecánica es optimizar el intercambio de gases al mantener ventilados a los alvéolos y liderando el oxígeno
- Ya intubado el enfermo, se le tiene que auscultar la adecuada entrada y salida de aire, y vigilar signos y síntomas de hipoxia y su respuesta al tratamiento
- Llevar un equilibrio estricto de líquidos valorando la presencia de edema periférico, calculando los ingresos y egresos diarios y vigilando el peso corporal
- Valorar la respuesta de apoyo ventilatorio por medio de gasometrías arteriales y venosas
- Ministran oportunamente los fármacos broncodilatadores para prevenir el broncoespasmo y facilitar la expectoración del moco
- Vigilar la correcta colocación de la cánula de Rush así como del tubo del ventilador, corroborando que la tracción que ejerza ésta sobre la primera sea mínima
- Hay que realizar periódicamente higiene bucal debido a que esta cavidad es una fuente básica de contaminación a los pulmones en los pacientes intubados
- Valorar al paciente encamado en busca de signos de trombosis o embolismo pulmonar, incluyendo dolor torácico, falta de aire, dolor de pantorrilla o enrojecimiento e hinchazón en una extremidad
- Corregir la acidosis metabólica que se presente

- Buscar métodos opcionales de comunicación, como son: lectura de labios, papel y lápiz, gestos, entre otros
- Reducir los factores de estrés que giren alrededor del paciente, esto por que de por si el hecho de estar intubado le provoca ansiedad, tensión y miedo

EVALUACIÓN:

El Paciente se mantuvo con saturaciones de oxígeno por arriba del 95% hasta que empezó con datos de dificultad respiratoria: taquipnea, desaturación de oxígeno, acidosis respiratoria, cianosis. Además, el problema neumónico ya presente no cedió y las secreciones orotraqueales y bronqueales que producía el paciente fueron en aumento

Valorar las respiraciones del paciente, incluyendo la frecuencia y características de las respiraciones

DIAGNÓSTICO 2: Limpieza inadecuada de las vías respiratorias relacionada con el proceso neumónico, manifestado por rudeza respiratoria y estertores crepitantes en las bases

- **OBJETIVO:** Mantener un adecuado intercambio de aire por las vías respiratorias

INTERVENCIONES:

- Auscultar campos pulmonares para saber donde hay cúmulo de secreciones y enfocar ahí la fisioterapia.
- Realizar percusión torácica para remover las secreciones contenidas en el árbol traqueobronqueal. Se coloca al paciente en posición apropiada para drenar el pulmón afectado y después se percute y se aplica vibración al tórax con la palma o con el puño
- Ministran nebulizaciones y medicamentos mucolíticos para fomentar la movilización y eliminación de secreciones
- Hacer aspiración de secreciones con sondas de aspiración en la boca, en narinas y en el tubo endotraqueal, una para cada vía, verificando la permeabilidad de cada una de ellas. Realizar la aspiración cada 2 horas o en caso que sea necesario, si es que hay producción excesiva de éstas
- Tomar muestras para gasometrías arteriales y venosas y con ello verificar si las acciones realizadas para mantener parametros del ventilador son correctos
- Mantener al paciente en una postura correcta para facilitar el drenaje de las secreciones y cambiarlo de posición con frecuencia.
- Revisar las radiografías de tórax tomadas al paciente para conocer su evolución y eficacia del tratamiento
- Ministran oportunamente los antibióticos en los horarios indicados.

EVALUACIÓN:

El libre paso del aire por las vías respiratorias mejoraba sólo inmediatamente después de la aspiración de secreciones, esto porque la producción de las mismas era abundante. Desde su ingreso a la UCIN las secreciones fueron blanquecino-amarillentas y no evolucionaron a hialinas, esto debido en parte a lo avanzado de la neumonía y por otra a los pocos días del tratamiento con antibiótico.

DIAGNÓSTICO 3: Alteración de la perfusión tisular relacionada con insuficiencia arterial del miembro pélvico izquierdo manifestada por piel marmórea, hipotermia y ausencia de pulsos periféricos

- **OBJETIVO:** Conservar al miembro pélvico izquierdo aplicando medidas contra la insuficiencia arterial

INTERVENCIONES:

- Mantener al paciente en posición semifowler estricto para así mejorar el riego sanguíneo al miembro pélvico izquierdo
- Valorar pulsos periféricos y sus características cualitativas. La ausencia de alguno de ellos estaría indicando que el lugar de la obstrucción se encuentra cerca de su localización
- Se tiene que observar datos de disminución crónica del aporte de nutrimentos, como son: caída del vello, fragilidad de la uñas, sequedad o descamación de la piel, atrofia y úlceras, además checar presencia de edema
- Colocar una lámpara de calor, para fomentar el flujo sanguíneo arterial y con ello evitar la vasoconstricción relacionada con la exposición al frío.
- Colocar en todo el miembro un vendaje de algodón, no compresivo, para mantener una temperatura adecuada
- Colocar bolsas con agua tibia
- Higiene diaria e hidratación del pie afectado
- Revisión diaria con especial atención en los espacios interdigitales y las zonas que son menos visibles
- Evitar el uso de prendas compresivas de cualquier tipo
- Evitar compresiones en el hueco poplíteo principalmente o en cualquier otro lugar del miembro

- Proporcionar un ambiente de tranquilidad al paciente ya que las emociones intensas estimulan el sistema nervioso simpático, provocando vasoconstricción periférica.

EVALUACIÓN:

Aún con la aplicación de las medidas anteriores el miembro afectado avanzó rápidamente hacia el deterioro, hasta llegar el momento en que los pulsos estuvieron ausentes, la temperatura no mejoró y se presentó necrosis

DIAGNÓSTICO 4: Riesgo de lesión cerebral relacionado con las crisis convulsivas recurrentes

- **OBJETIVO:** Brindar protección al cerebro para reducir secuelas
Por indicación médica llevar al paciente a coma barbitúrico con tiopental, para evitar más daño cerebral.

INTERVENCIONES:

- Administrar medicamentos anticonvulsivantes y sedantes de manera oportuna para disminuir la presencia de convulsiones
- Vigilar su estado de despertar, así como la escala de coma de Glasgow.
- Examinar el fondo de ojo del paciente, la respuesta pupilar y diámetro de las mismas para identificar oportunamente algún tipo de lesión o grado de deterioro cerebral
- Valorar el reflejo corneal, para valorar el nivel del estado de despertar
No es valorable en el coma profundo
- En lo posible, no sujetar al paciente ya que esto le generaría más estrés y tensión
- Verificar que la vía aérea esté permeable, esto para estar seguros de que el oxígeno está llegando al cerebro. Vigilar que la cánula no salga o se mueva, al momento de las crisis
- Tomar medidas de protección hacia el paciente, como son: colocar cánula de guedel, elevar los barandales, poner almohadas o sábanas a los lados de la cabeza del enfermo, entre otros
- Colocar sonda nasogástrica a derivación para disminuir el riesgo de aspiración de secreciones o regurgitación del contenido gástrico.
- Valorar los reflejos tendinosos profundos (rotuliano y bicipital) La respuesta rápida puede tener utilidad como signo de localización; la

respuesta es asimétrica en la parálisis y está ausente en el coma profundo

EVALUACIÓN:

Se trata de limitar el daño producido por el estado epiléptico, sin embargo, el estado tan avanzado y la evolución rápida de la patología llevó al deceso al paciente

DIAGNÓSTICO 5: Riesgo de lesión tisular relacionado con las convulsiones

- **OBJETIVO:** Brindar protección al máximo para evitar lesiones

INTERVENCIONES:

- Colocar cánula de Guedel para evitar lesión por mordedura en la lengua. Durante la convulsión los músculos de la mandíbula se contraen a tal grado que pueden incluso cortar la lengua.
- Poner los barandales de la cama, y asegurarse de que cuando se bajen sean colocados nuevamente. Si es posible acojinar los barandales.
- Proteger la cabeza con almohadas o sábanas dobladas a sus lados.
- Sujetar al paciente a la cama solo si es estrictamente necesario, ya que esto le produce mayor estrés.
- Mantener alejados equipo de venoclisis, cables o cualquier objeto que pueda jalar o enredarse con el enfermo y le pueda provocar algún daño.
- Verificar la permeabilidad de la vía aérea. Es importante tener siempre al alcance un equipo de aspiración de secreciones.
- Ministrar oportunamente los fármacos anticonvulsivantes.
- Identificar el tipo de convulsiones y vigilar el estado general del paciente.

EVALUACIÓN:

Durante su estancia en la UCIN, el paciente conservo su integridad física y no sufrió daño a sus tejidos, salvo los que irremediabilmente ya estaban presentes.

DIAGNÓSTICO 6: Trastorno de la movilidad física relacionado con el evento cerebral manifestado por la dependencia para su movilización y cambio de posición

- **OBJETIVO:** Dar movilización al cuerpo del paciente, reducir los efectos de la inmovilización y evitar complicaciones asociadas.

INTERVENCIONES:

- Mantener al paciente con el cuerpo estirado y correctamente alineado mientras esté postrado en cama.
- Realizar cambios frecuentes de posición al cuerpo del paciente para evitar la formación de úlceras por presión. Las posiciones más frecuentes que puede asumir el individuo en la cama son la supina, decubito lateral y prona, siempre y cuando no este contraindicada
- Hacer ejercicios de flexión y extensión, así como de rotación en las extremidades del enfermo con la finalidad de prevenir contracturas musculares y atrofia. Con frecuencia, los problemas relacionados con la inmovilidad incluyen debilidad muscular, contracción de articulaciones y deformidad
- Los ejercicios realizados al paciente, si son llevados a cabo correctamente servirán para: conservar y mejorar la potencia muscular, conservar la función articular, prevenir las deformidades, estimular la circulación, obtener fuerza y resistencia, y estimular la relajación
- Proporcionar masajes a las zonas de presión ósea para favorecer la circulación de dichas áreas.
- Colocar colchón de agua en la cama, o bolsas de solución en las salientes óseas para evitar presión en estas zonas.

EVALUACIÓN:

El paciente mantendrá una posición alineada que le evitará sufrir de contracturas y malformaciones así como de formación de úlceras por presión.

DIAGNÓSTICO 7: Alteración en el patrón de descanso relacionado con la inminente hospitalización manifestado por inquietud

- **OBJETIVO:** Proporcionar formas de descanso al paciente.

INTERVENCIONES:

- Hablar con el paciente explicándole la importancia de su estancia en el hospital para la recuperación de su salud.
- Brindar confianza al paciente informándole de todo lo que se le esta haciendo y la importancia que tiene cada procedimiento
- Disminuir todos los ruidos posibles que rodean al enfermo como son alarmas de monitores, hablar del personal, etc.
- Tratar en lo posible que las acciones de enfermería sean más espaciadas y del menor tiempo posible.
- Bañar al paciente con agua caliente para favorecer la relajación de éste

EVALUACIÓN:

En la medida de lo posible se han disminuido los factores condicionantes de ruido, así como las intervenciones de enfermería han sido sólo las necesarias sin descuidar el tratamiento, logrando así que el paciente este menos inquieto

DIAGNÓSTICO 8: Intercambio gaseoso ineficaz relacionado con las cifras bajas de hemoglobina manifestado por cianosis y periodos de apnea

- **OBJETIVO:** Mejorar la saturación de oxígeno en el paciente

INTERVENCIONES:

- Realizar fisioterapia pulmonar y aspiración de secreciones manteniendo las vías aéreas limpias.
- Corregir las cifras de hemoglobina mediante la trasfusión de concentrados eritrocitarios, según prescripción médica.
- Monitorizar la saturación de oxígeno y signos de dificultad respiratoria
- Se tienen que aminorar las actividades y estímulos que causen aumento de la frecuencia cardíaca y del gasto homónimo. La disminución crónica de la oxihemoglobina hace que el corazón empiece a perder su capacidad de soportar el esfuerzo adicional de irrigar tejidos hipoxicos.
- Medir los signos vitales con frecuencia y buscar en el paciente datos de retención hídrica como edema periférico, disminución del gasto urinario y dilatación venosa cervical.

EVALUACIÓN:

La hemoglobina aumenta sus cifras corrigiéndose con ello el intercambio de gases.

DIAGNÓSTICO 9: Disminución de volumen de líquidos relacionado con el estado hemodinámico bajo manifestado por hipotensión, oliguria y bradicardia

- **OBJETIVO:** Restablecer el estado hemodinámico.

INTERVENCIONES:

- Infusión de líquidos parenterales de acuerdo a la talla y peso y prescripción médica. Además, del equilibrio hemodinámico por el que curse el paciente
- Manejo adecuado de aminas (dopamina y dobutamina) para regular el gasto cardiaco y la presión arterial.
- Monitorizar la presión venosa central En sujetos con función cardiopulmonar relativamente normal, la presión venosa central baja es indicativa de hipovolemia.
- Medir y analizar la ingestión y excreción de líquidos por las diferentes vías cada hora (control de líquidos).
- Medir la diuresis cada hora y observar las características de la misma
- Realizar mediciones diarias de peso corporal en la medida de lo posible.
- Monitorizar la frecuencia cardiaca, pulso y presión arterial. La disminución conjunta de éstos estaría hablando de un gasto cardiaco bajo que puede estar relacionado con volumen deficiente de líquidos o daño renal.
- Registrar curva térmica Es frecuente que la disminución de volumen de líquidos se acompañe de una baja en la temperatura corporal
- Checar turgencia de la piel así como el estado de hidratación de las mucosas orales en forma periódica.

EVALUACIÓN:

Inicialmente se logró el reestablecimiento de las constantes vitales y gasto cardiaco, pero con la progresión de la enfermedad fue inevitable mantenerlos estables; así el paciente presentó oliguria, hipotensión arterial y bradicardia

DIAGNÓSTICO 10: Alteración en la ingesta de alimentos relacionado con el ayuno, manifestado por sangrado de tubo digestivo (pozos de café)

- **OBJETIVO:** Reducir los daños producidos por el ayuno prolongado

INTERVENCIONES:

- Colocar sonda nasogástrica a derivación y observar las características de lo drenado.
- Realizar lavado gástrico hasta negativizar los pozos de café.
- Ministran puntualmente los medicamentos protectores de la mucosa gástrica (ranitidina). La acidez gástrica se controla con sedación apropiada y neutralización del jugo gástrico a intervalos frecuentes y regulares con fármacos, alimentos no irritantes y antiácidos.
- En lo posible reducir los factores de estrés hacia el paciente. Los altos niveles de estrés provocan un aumento en la secreción de los jugos gástricos provocando daño a la mucosa.
- Si se considera importante la pérdida de sangre se deberá corregir de inmediato.
- En lo posible iniciar dieta adecuada por gastroclisis.

EVALUACIÓN:

Se logró detener el sangrado gástrico, los subsecuentes vaciamientos fueron negativos.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DIAGNÓSTICO 11: Alteración en la eliminación urinaria relacionada con la hipoperfusión renal manifestada por oliguria

- **OBJETIVO:** Limitar al máximo el daño renal

INTERVENCIONES:

- Administrar diuréticos para favorecer la eliminación urinaria, y el funcionamiento renal
- Tomar muestras sanguíneas para controles gasométricos y observar los niveles de CO₂ y HCO₃. y poder mantener en condiciones óptimas el funcionamiento renal
- Llevar un control estricto de líquidos verificando que las soluciones parenterales no se adelanten o atrasen y medir correctamente los ingresos y egresos
- Medir la diuresis cada hora
- Tomar un examen general de orina y depuración de creatinina de 24 horas para saber si el riñón esta eliminando productos que indiquen falla del mismo e identificar posibles procesos infecciosos
- Verificar si no hay presencia de globo vesical
- Calcular las pérdidas insensibles
- Vigilar presencia de edema, crepitaciones húmedas en los pulmones, edema parpebral y disnea; signos que estarían indicando un exceso volumétrico
- Valorar caída de la temperatura corporal, sequedad de piel y mucosas, arrugas o surcos en la lengua y oliguria o anuria que indicarían disminución en el volumen de líquidos

EVALUACIÓN:

Aún con las medidas tomadas para atender esta necesidad, la eliminación urinaria del enfermo fue en decremento hasta llegar a la anuria

DIAGNÓSTICO 12: Riesgo de úlceras en la mucosa bucal y/o labial relacionado con la presencia de cánula endotraqueal.

- **OBJETIVO:** Mantener íntegra la mucosa oral y lo labial el paciente durante su estancia en la UCIN.

INTERVENCIONES:

- Aspirar frecuentemente las secreciones acumuladas en la cavidad bucal, evitando lesionar con la sonda.
- Hacer lavados de la mucosa oral con agua bicarbonatada cuando menos dos veces por turno.
- Mantener limpia la cánula de Rush y evitar que se le adhieran secreciones.
- Colocar el tubo del ventilador de manera que ejerza tracción o deforme al mínimo la cánula de Rush.
- Lubricar la mucosa oral, evitando con ello que la resequeidad provoque más lesiones.

EVALUACIÓN:

El paciente mantuvo íntegra su mucosa oral y libre de infección.

DIAGNÓSTICO 13: Deterioro en el autocuidado relacionado con el estado de inconciencia manifestado por incapacidad para vestirse y desvestirse

- **OBJETIVO:** Asistir al enfermo en sus necesidades de autocuidado e imagen corporal.

INTERVENCIONES:

- Realizar cuidados personales al enfermo: baño e higiene, vestido alimentación y limpieza de genitales después de orinar o evacuar
- Mantener limpia y seca la ropa de cama del paciente, esto disminuirá su estrés
- Vestir y desvestir al paciente cuando sea necesario
- Mantener la individualidad y privacidad del paciente
- Realizar cambio de pañal cuando así se requiera

EVALUACIÓN:

El paciente se mantuvo con la ropa de cama limpia y seca y su imagen corporal se trato de que siempre fuera estética

DIAGNÓSTICO 14: Hipotermia relacionada con el estado hipodinámico

- **OBJETIVO:** Incrementar la temperatura del paciente hasta lograr la normotermia.

INTERVENCIONES:

- Mantener seca la ropa de cama que se utilice con el paciente
- Cubrir el cuerpo del paciente con cobertores para evitar el enfriamiento
- Colocar lámpara de calor al enfermo de forma permanente, protegiendo la piel para evitar quemaduras (deberá colocarse una sabana cobertor sobre el paciente para que el calor de la lámpara no sea directo y vaya a ocasionar causar lesiones)
- Ministran líquidos endovenosos a la temperatura corporal para corregir la hipotensión y conservar la diuresis
- Reducir los factores generadores de estrés que provoquen alto consumo de energía
- Corregir la deficiencia en los líquidos corporales lo que mejoraría el estado hemodinámico. Ministran solución fisiológica o mixta acorde al peso del paciente, 1000 cc y 1500 cc para 24 hrs, respectivamente.

EVALUACIÓN:

A pesar de las medidas, no se logró incrementar la temperatura del paciente, se hizo sólo por algunas horas pero regresaba a la hipotermia.

NOTA: Durante su primer día de estancia en la UCIN (02-05-00) cursó con hipotermia durante 12 horas

DIAGNÓSTICO 15: Termorregulación ineficaz relacionada con el estado patológico manifestado por fluctuaciones de la temperatura (hipotermia e hipertermia, con predominio de la segunda)

- **OBJETIVO:** Mantener la normotermia en el enfermo

INTERVENCIONES:

- Monitorizar la temperatura mediante una curva térmica.
- Lograr la normotermia mediante la utilización de medios físicos tanto para elevar como para disminuir la temperatura
- Ministrar los medicamentos antipiréticos a tiempo y verificar su efecto
- Verificar la acción de los antibióticos al cuadro infeccioso, mediante el monitoreo de biometrias hemáticas, hemocultivos y antibiogramas.

EVALUACIÓN:

Las fluctuaciones de la temperatura continuaron pese a las medidas aplicadas pero en los últimos días la que predominó fue la hipertermia

NOTA. La fluctuación de la temperatura empezó desde el primer día de estancia hospitalaria (02-05-00), iniciando con hipotermia y continuando con hipertermia que no remitía y normotermia.

DIAGNÓSTICO 16: Incapacidad total para la higiene corporal relacionado con el estado de despierto abolido manifestado por la dependencia para su aseo personal

- **OBJETIVO:** Asistir al paciente en todo lo relacionado a su aseo personal y cuidado de tegumentos

INTERVENCIONES:

- Proporcionar un baño de esponja diario al paciente
- Mantener la piel del enfermo limpia y seca, además lubricarla después del baño y/o las veces que sea necesario.
- Realizar aseos bucales al individuo con agua bicarbonatada
- Mantener los genitales del paciente limpios, así como la sonda vesical. Deberán darse baños de esponja al paciente todos los días o en su caso aseo de genitales para evitar infección. En cuanto a la sonda foley, no debe permitirse que se acumule orina en el tubo, ya que es preciso mantener su flujo libre para prevenir infecciones. La bolsa de drenaje no deberá tocar el suelo, ni deberá desconectarse para obtener muestras de orina
- Evitar que el paciente permanezca mucho tiempo con la materia fecal, ya que esto le provocaría lesiones en la piel (dermatitis) aumentando el riesgo de infección. Para ello el enfermero (a) deberá revisar continuamente si el paciente no ha defecado

EVALUACIÓN:

El paciente mantuvo su cuerpo limpio y fue asistido en sus necesidades de aseo cuando así lo requirió

DIAGNÓSTICO 17: Deterioro potencial del estado neurológico relacionado con la permanencia de las crisis convulsivas

- **OBJETIVO:** Limitar al máximo el daño neurológico provocado por la enfermedad.

INTERVENCIONES:

- Observar al paciente en cuanto a movimientos anormales que llegue a presentar, registrando sus características, duración y condiciones finales
- Ministrar con oportunidad, según el horario prescrito, los medicamentos anticonvulsivantes
- Verificar la reacción del paciente al tratamiento del coma barbitúrico con tiopental sódico e informar cualquier cambio para que se ajusten las dosis de acuerdo al peso, condiciones y respuesta del paciente. Se debe iniciar con una dosis de prueba de 25 – 75 mg (1 a 3 ml de la solución al 2.5%), para valorar la tolerancia y susceptibilidad del paciente y observar durante 1 minuto cuando menos. Se obtendrá una inducción moderadamente lenta inyectando 50 a 75 mg (2 – 3 ml de la solución al 2.5%), a intervalos de 20 – 40 s, según sea la respuesta del paciente. Para una inducción rápida en el adulto de 70 kg de peso corporal, usualmente se requiere de 3 – 4 mg/kg de peso como dosis inicial
- No sobreestimar al paciente, manteniendo las alarmas de monitores apagadas, hablarle lo necesario y de forma pausada, intervenir solo lo necesario, entre otras, esto con la finalidad de no aumentar el estrés del paciente
- Apoyarse de la familia para orientar al paciente y ayudarlo a recordar quien es y por que esta ahí. Explicar a la familia que aún en el estado en que se encuentra su familiar él puede comprender lo que le digan

Además, el estado de orientación del paciente forma parte importante de la rehabilitación de su estado neurológico

EVALUACIÓN:

Las acciones encaminadas a limitar el daño se llevaron a cabo, sin embargo no se logró evaluar que tanto resultaron positivas ya que el paciente se fue deteriorando día a día hasta fallecer.

DIAGNÓSTICO 18: Trastorno de la comunicación verbal relacionado con el coma barbitúrico y la presencia de cánula endotraqueal, manifestado por imposibilidad para expresar sus necesidades

- **OBJETIVO:** Establecer una comunicación con el paciente observando sus expresiones faciales y corporales, así como consultar información en su expediente con la finalidad de cubrir necesidades

INTERVENCIONES:

- Debido a que el paciente no puede exteriorizar sus necesidades el personal de enfermería debe anticiparse a ello y cubrirlas
- Explicarle al enfermo lo que se le va hacer antes de iniciar un procedimiento de enfermería en su persona para satisfacer una necesidad
- Tratar de establecer una comunicación con el paciente e interpretar incluso señas o gesticulaciones que haga.
- Preguntar a la familia como es que el individuo, ahora hospitalizado, cubría ciertas actividades y/o necesidades en su vida cotidiana y tratar en lo posible de hacerlas semejantes.
- Explicar a los familiares del paciente la importancia de mantener una comunicación constante con él, recomendarles que se hable tranquila y pausadamente y que traten de interpretar sus expresiones faciales y/o corporales

EVALUACIÓN:

No se logro una comunicación efectiva (verbal) con el paciente, ya que no estuvo en estado de despierto, sin embargo se cubrieron las necesidades básicas del individuo y siempre se trato de interpretar sus expresiones faciales y corporales para brindarle el cuidado

DIAGNÓSTICO 19: Sufrimiento espiritual relacionado con la inminente hospitalización manifestado por los familiares (los cuales refieren que el paciente se negaba a ser atendido en un hospital).

- **OBJETIVO:** Disminuir el sufrimiento producido por la hospitalización

INTERVENCIONES:

- Explicarle al paciente la importancia, de que sea atendido en un hospital y la esperanza y de vida que pueda tener por esta situación
- Que la familia apoye en la tarea de convencer a su paciente, en relación a la importancia que tiene su tratamiento para su pronta recuperación
- De acuerdo a sus creencias, sugerir a la familia el que al paciente lo visite un representante de la religión que profesa
- Tratar de cubrir todas las necesidades del individuo a fin de disminuir su angustia por no poder realizarlas el mismo
- Solicitar la participación de la familia en la comunicación y confort

EVALUACIÓN:

No se pudo corroborar si el sufrimiento y estrés del paciente disminuyó ya que él no lo pudo comunicar, sin embargo siempre se trato de cubrir sus necesidades y darle un trato humano, para disminuir la angustia de la hospitalización.

DIAGNÓSTICO 20: Deterioro de la interacción social relacionado con el internamiento en el hospital, manifestado por la incapacidad para llevar a cabo interacciones sociales con familiares y amigos

- **OBJETIVO:** Promover las relaciones sociales del enfermo con familiares y amigos

INTERVENCIONES:

- Proponer e invitar a los familiares a que visiten al paciente y hagan la invitación a amigos de éste
- Explicar a los familiares la importancia de platicar con su enfermo de cosas que a él le agradan o de situaciones por las que el pasaba y le causaba regocijo.
- Si el paciente pide ver a alguien en especial (familiar o amigo), hacer lo posible por que así sea

EVALUACIÓN:

Las visitas recibidas por el paciente son mínimas, han acudido a verlo pocos familiares y amigos aún así la familia ha respondido a las indicaciones.

V. RESULTADOS

En un inicio la necesidad de oxígeno suplementario por parte del paciente fue de FiO₂ al 40% mediante mascarilla. Sin embargo, debido a la gravedad del padecimiento: presencia de taquipnea, desaturación de oxígeno, acidosis respiratoria y cianosis, fue necesario colocar cánula endotraqueal (Rush), con apoyo de ventilador mecánico, modo asisto-controlado, frecuencia respiratoria de 14 por min, FiO₂ al 60%, volumen corriente de 650cc. Además, la producción de secreciones traqueobronquiales (blanquecino-amarillentas), era abundante y sólo disminuía posterior a la aspiración.

Aún con las intervenciones realizadas a la insuficiencia arterial del miembro pélvico izquierdo del paciente, éste evoluciona torpidamente hacia el deterioro, no pudiéndose salvar la integridad y funcionalidad del mismo.

El estado neurológico del paciente, valorado mediante la Escala de Coma de Glasgow, fue a su ingreso de 10 puntos: apertura de ojos sólo al hablarle, la respuesta verbal era con sonidos incomprensibles (quejidos, gruñidos y murmullos), y la respuesta motora, el paciente localiza el dolor y evita el estímulo. Al siguiente día y hasta momentos antes de su deceso el paciente obtuvo un puntaje de 3 puntos: apertura de ojos nula, al igual que la verbal y motora.

Se ministraron al paciente medicamentos anticonvulsivantes, sin lograr que los eventos convulsivos remitieran, por esto se tuvo que llevar al paciente a coma barbitúrico con tiopental para evitar mayor daño cerebral.

La integridad física del enfermo se logró conservar, sin presentarse más daños de los que ya estaban presentes.

Aún que la movilidad física del paciente estaba limitada, debido a su daño neurológico, no se presentaron úlceras por presión o contracturas musculares.

Se logró corregir la cifra de hemoglobina con la que ingreso el paciente de 4.3mg con que se recibió, su último registro fue de 8.5mg. El tratamiento fue la transfusión de 4 unidades de concentrados eritrocitarios.

El manejo de dopamina y dobutamina logro mantener estables temporalmente el gasto cardiaco y la presión arterial, sin embargo, no fue posible mantenerlo por mucho tiempo ya que el paciente presento progresivamente oliguria, hipertensión arterial y bradicardia.

El sangrado de tubo digestivo presente en el enfermo y manifestado con pozos de café, no fue abundante, de hecho sólo dos días hubo manifestación franca, pero después del tratamiento con medicamentos protectores de la mucosa gástrica (ranitidina) y vaciamientos gástricos logro remitirse.

La cantidad mínima de orina en un adulto es de 0.5 a 1 cc/ kg/ hora, con base en esto, el paciente estaba eliminando orina en límites todavía normales a su ingreso a la UCIN, 50cc por hora teniendo un peso de 80kg aproximadamente; sin embargo, esta cantidad fue en decremento hasta 15-20 cc por hora y finalmente no excreto nada de orina aún con la ministración de diuréticos (furosemide).

La mucosa oral del paciente se mantuvo integra y sin datos de infección. De igual forma, su higiene e imagen corporal se trato de que siempre fuera lo mejor posible, manteniendo limpia, seca y lubricada la piel del enfermo, al igual que la boca y genitales.

La comunicación con el paciente no se realizó, ni con la ayuda de la familia. Es por ello que se trataron de cubrir sus necesidades básicas.

VI. CONCLUSIONES

El Modelo de Virginia Henderson por su sencillez y facilidad de aplicación es factible de llevarlo como patrón metodológico en la Especialidad de Enfermería del Adulto en Estado Crítico. Además, hay que tomar en cuenta que las 14 necesidades básicas que Henderson expone en su modelo son aplicables y valorables en cualquier individuo, incluso aquel que se encuentre en un estado crítico.

La utilización del Proceso de Atención de Enfermería en este estudio de caso fue una herramienta básica para llevar una secuencia lógica en su estructuración, pero sobre todo se muestra como el profesional de Enfermería cuenta con un esquema metodológico, sustentado en bases científicas, para poder aplicar sus conocimientos y poder dar una mejor intervención al individuo que así lo requiere.

El haber manejado Diagnósticos de Enfermería utilizando la Taxonomía de la NANDA, sirvió para dar a conocer como el profesional de Enfermería debe plasmar las condiciones en las que se muestran al o los individuos a quienes brinda atención en la unidad de Cuidados Intensivos, basándose en una serie de diagnósticos ya establecida intencionalmente.

Lo importante de haber utilizado en este estudio de caso el Modelo de Virginia Henderson, el Proceso de Atención de Enfermería y los Diagnósticos de Enfermería descritos por la NANDA, fue fusionar estos grandes complejos metodológicos a fin de sustentar con bases científicas el cuidado que otorga éste profesional, y además que su interrelación en la práctica de Enfermería constituye un todo que no se debe olvidar.

Los cuidados de Enfermería proporcionados al paciente lograron mantenerlo estable dentro de su gravedad, sin embargo el deterioro y progresión acelerada de

la patología inicial y los antecedentes de enfermedades crónico degenerativas fueron factores inevitables para que el estado de salud del paciente empeorara hasta su deceso. Así, los objetivos trazados con el paciente se cumplieron en los momentos críticos, pero no se lograron mantener por la evolución tan rápida de la enfermedad.

Finalmente el cuidado de Enfermería no está aislado de los demás integrantes del equipo de salud, por lo que no debo pasar por alto las notas y observaciones del personal médico, los resultados que proporciona el laboratorista y las impresiones diagnósticas que dan los radiólogos o técnicos dedicados a estudios de gabinete.

VII. SUGERENCIAS

El modelo de Enfermería seleccionado es factible de llevarse a la práctica en la atención del adulto en estado crítico, ya que las 14 necesidades básicas son valorables en cualquier individuo. Es por ello que se sugiere que en el cuidado de un paciente ingresado a UCI se realice su valoración y plan de cuidados basados en el modelo de Virginia Henderson.

Sin lugar a dudas para que el trabajo de Enfermería se realice en forma metódica es a través del Proceso de Atención de Enfermería, con su aplicación los integrantes de este gremio lograrían mejorar la calidad de los cuidados que proporcionan y afianzarían su profesión.

El personal de Enfermería, profesional y no profesional, debe de empezar a plasmar sus conocimientos e impresiones sobre el estado de salud de un individuo, a través de una estructura uniforme para todo el gremio y que mejor elección que la taxonomía de diagnósticos creados por la NANDA.

Los conceptos manejados en este estudio de caso, son los necesarios para que el especialista en enfermería planee y aplique una atención lo más completa posible e individualizada. Así, el Proceso de Atención de Enfermería, el Modelo de Virginia Henderson y los Diagnósticos de la NANDA serán fundamentales para la elaboración de planes de cuidados y de estudios de este tipo.

El profesional de esta área deberá buscar aquellos conceptos técnicos que formen parte de su lenguaje como especialista (términos de patologías, medicamentos, tratamientos, etc.).

La metodología diseñada para la elaboración de este estudio de caso, contiene los puntos esenciales que se requieren para tal fin siguiendo un orden lógico. Sólo faltaría agregar un apartado para los resultados encontrados

Los Instrumentos de Valoración de Enfermería, deben ser utilizados por el especialista para que su trabajo sea completo, confiable y profesional

La elaboración de este estudio de caso refuerza los conocimientos obtenidos en clase, a su integración y registro en un trabajo que incluye las actividades académicas, técnicas y asistenciales, de un especialista de enfermería capacitado para dar cuidados integrales a cualquier individuo

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. ALFARO, L Aplicación del Proceso de Enfermería: Guía Práctica Edit Doyma Barcelona, 1988 182 pags
2. ALSPACH, J.G. Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto Edit Mc Graw-Hill Interamericana 5ª edición México, 2000 947 pags P c 438-42, 453-57
3. ANTOLI, J. La enfermera de referencia, su satisfacción laboral y la del paciente Enfermería Clínica 1997 8(2): 71-76
4. ASOCIACIÓN DE MEDICINA INTERNA DE MÉXICO Temas de Medicina Interna. Cuidados Intensivos Vol III Núm 2 Edit Interamericana McGraw-Hill México, 1995 p c 383-396, 405-412
5. BARRIO, I. Carol Gilligan y la ética del cuidado. Un referente para la ética de enfermería Enfermería clínica 1998 9(2): 71-76
6. BERNAT, R GARCÍA, B TINAJEROS, L BARDAJÍ, D. Enfermo Crítico: Valoración global para identificar las necesidades Enfermería Clínica 1992 2(4): 32-36
7. BONGARD, F SUE, D Diagnóstico y Tratamiento en cuidados intensivos Edit El Manual Moderno México, 1995 978 pags P c 673-75
8. BUSQUETS, M Ejercicio profesional: responsabilidad ética y legal Enfermería Clínica 1997. 8(1):29-33
9. COLLIER, S La Sr. Isern era algo más que "la AVC de la 251" Nursing 93, marzo 11 (3):34-36
10. DAVIS, A Las dimensiones éticas del cuidar de enfermería Enfermería Clínica 1998 9(1): 21-28
11. DE HARO, S ORGILER, P NAVARRO. J VELAC. C ¿Cómo duermen los pacientes en una unidad de cuidados intensivos Enfermería Clínica 1998 9(6): 251-256
12. ENEO-UNAM Atención a la Salud en México, Antología México. 1992

- 13 ENEO-UNAM. Valoración del Estado de Salud individual Antología Fundamentos de Enfermería I México, 1994
14. ESTEBAN, A MARTÍN, C Manual de cuidados intensivos para enfermería. Edit. Springer- Verlag Ibérica 3a edición Barcelona, 1996 429 pags P c 379-80.
- 15 FAVC, A y Colbs. Harrisun. Principios de Medicina Interna Edit. Mc Graw Hill Interamericana. 14a edición. Vol. I y II P.c. 371, 372, 1535, 1760, 2358, 2364
16. FERNÁNDEZ, C. NOVEL, G. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos Edit. Masson, Barcelona 1999 p.c. 3-15, 72-93
17. FROZEK, CH. Ayude a la familia del paciente ingresado en una U.C.I. Nursing 91, noviembre 9(9): 18-22.
18. GARCÍA CARPINTERO, J. PIÑÓN, M. ¿Porqué no siempre funciona el PAE? Rol de Enfermería, noviembre 1994. 195: 63-66
- 19 GRIFFITH, J. CHISTENSON, P. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, guías y modelos Edit. Manual Moderno México 1993 406 pág. p.c. 1-4.
- 20 HAYN, FISHER T Rehabilitación del ictus Nursing 97, agosto-septiembre 15(7):14-20
- 21 HENDERSON, V La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Edit. Interamericana McGraw-Hill Madrid, 1994 115pags p.c. 9-45
22. HENDERSON, V. NITE, G. Enfermería teórica y práctica. Papel de la Enfermera en la atención del paciente. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana. 3a Edición México, 1987. 484 págs p.c. 31-32
23. ISLAS, S. LIFSHITZ, A Diabetes Mellitus. Interamericana McGraw-Hill México, 1994. 366 pags.
24. KANE CARLSEN P Tratamiento del enfermo con ataques isquémicos transitorios. Nursing 92, noviembre 10 (9): 12-17
25. KASCHAK, D. JAKIVAC, D. Planes de cuidados en Geriatría Edit. Mosby/Doyma Libros. Barcelona, 1995. p.c. 194-207.
26. LAKE, D. Acidosis Respiratoria Nursing 91, junio-julio 5(6):34,35
27. LEWIS, A M. Urgencia Neurológica Nursing 2000, Marzo 18 (3): 18-20.

- 28 LISE, R GRONDIN, M Cuidados de Enfermería, Un proceso centrado en las necesidades de la persona Edit. Mc Graw Hill Interamericana España 1993 p.c 1-26
- 29 LÓPEZ, MA. PARNAU MT Caso Clínico: Intento de trabajar con diagnósticos de enfermería Nursing 89, diciembre 7(10): 8-12
- 30 LUMLEY, W Controle la hipo e hiperglucemia Nursing 89, abril 7(4): 8-17.
31. MANUAL MERCK Diagnóstico y Tratamiento Edit. Océano. 9ª edición Barcelona. 1994.
- 32 MARINER. A El Proceso de Atención de Enfermería. Un Enfoque Científico. Edit. Manual Moderno, 2a Edición México, 1983 325 pág. p.c 1-5
- 33 MARINER, A Modelos y teorías en Enfermería Edit. Mosby-Doyma 3a edición España, 1994. 530 pág p.c 102-111
- 34 MORAN. A. MENDOZA. R. Modelos de Enfermería Edit. Trillas. México, 1993 194 págs. p.c 147-149
- 35 MOWER, D Ataque cerebral Nursing, 97 agosto-septiembre 15(7): 9-13
- 36 NET, A. MARRUECOS, L Neurología Crítica Edit. Springer-Verlag Ibérica Barcelona, 1994. 401 pags P.c 233-244.
- 37 NOTIVOL T. SANTOS, L. GARIBAI, G. POLLÁN R Ayudar a morir en UCI: Percepción de las necesidades de los profesionales. Enfermería Clínica 1995 3(2): 43-47
- 38 OZUNA J Emergencia, estado epiléptico Nursing 98, mayo 16 (5):7.
- 39 PETERSON, A Actuación frente a las complicaciones agudas de la Diabetes. Nursing 91, noviembre 9(9): 12-17.
- 40 RICE, K. WALSH, E Enfermedad arterial periférica oclusiva, Parte I. Concluir para un cuello de botella Nursing 98, junio-julio 16(6): 9-20.
- 41 ROPER, N. LOGAN, W. TIERNEY, A. Modelos de Enfermería. Edit. Mc Graw Hill, Interamericana 3a edición México, 1993 359 pág p.c.13-15.
- 42 ROPER, N. LOGAN, W. TIERNEY, A. Proceso Atención de Enfermería. Modelos de Aplicación Edit. Interamericana. México, 1983. 121pags
- 43 SANTO TOMÁS, M Proceso de Atención de Enfermería: ¿Sí o no?. Rol de Enfermería. diciembre 1994 196:33-36

- 44 SCHANTZ, D. SPITZ, M. Convulsiones Nursing 94, junio-julio, 12(5): 26-33
- 45 SEQUERA, O. GARCÍA E Enfermedad Vascular Cerebral. Desarrollo Científico de la Enfermera, agosto 1999. 7(7): 210-213.
- 46 SMITH, J. Virginia Henderson. Los primeros noventa años Edit. Masson, S A Barcelona, 1996 141 pags p.c. 81-88.
- 47 STAAB, A. Hodges, L.C. Enfermería Gerontológica. Edit Mc Graw Hill Interamericana. México 1999, p.c. 213-225
- 48 SUTHERLAND, J.M. TAIT, H. EADIE, M.J. Epilepsias, diagnóstico y tratamiento Edit El Manual Moderno 2ª edición México, 1982 164 pags P.c. 137-42
- 49 TIERNEY, L. MCPHEE, S. Papadakis, M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento Edit. Manual Moderno. 34ª edición. México 1999, p.c. 459, 512, 513, 797, 798
- 50 URDEN, L. LOUGH, M. STACY, K. Cuidados intensivos en Enfermería. Tomo II. Edit. Harcourt Brace. 2ª edición Barcelona, 1998 280 pags. P.c. 287-296.
- 51 VELEZ, H. BORRERO, J. RESTREPO, J. ROJAS, W. Fundamentos de medicina. El paciente en estado crítico Edit. Corporación para Investigaciones Biológicas. 2ª edición Colombia, 1997. 514 pags. P.c. 301-03.
- 52 WITEK, L. Acidosis Metabólica Nursing 91, mayo 9(5):46-47
- 53 WESLEY, R. Teorías y modelos de Enfermería Edit Mc Graw Hill Interamericana. 2ª edición, México, 1997. 179 pág p.c. 24-27

ANEXO 1

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO.
GUÍA PARA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL ADULTO EN
ESTADO CRÍTICO.

INTRUCCIONES:

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UTI LE RUEGA A BIEN RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON EL FIN DE PODER OFRECERLE UNOS CUIDADOS ADAPTADOS A SUS NECESIDADES

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: ALEJANDRO VERONA FERNANDEZ SEXO: M
EDAD: 76 años TALLA: 1 70 ESTADO CIVIL: Viudo
EXPEDIENTE: 653126 ESCOLARIDAD: Primaria Incompleta
OCUPACIÓN: Inactivo DOMICILIO: Calle Duna #77 Jardines de Morelos,
Ecatepec, Edo. Méx.
LUGAR DE PROCEDENCIA: México D F TELÉFONO:
FECHA DE INGRESO A LA UTI: 02/05/2000 FECHA DE REINGRESO A LA UTI:

LUGAR DE INGRESO:

URGENCIAS: X QUIRÓFANO: HOSPITALIZACIÓN:
TRASLADO DE OTRA INSTITUCIÓN:

INFORMACIÓN OBTENIDA

DE: PACIENTE: FAMILIAR (ESPECIFICAR): Hijo
OTROS (ESPECIFICAR)

RESPIRACIÓN/PERFUSIÓN:

☞ SIGNOS VITALES:

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 24x

FRECUENCIA CARDIACA: 90x TENSIÓN ARTERIAL: 110/60

SATURACIÓN DE OXIGENO: 95%

TEMPERATURA CORPORAL: 36

📁 ESTADO MENTAL:

ALERTA: CONFUSO: AGITADO: X

OTROS DATOS (ESPECIFICAR): COMA

📁 EFECTO FARMACOLÓGICO:

SEDACIÓN: ANALGESIA: RELAJANTES MUSCULARES: X

OTROS DATOS (ESPECIFICAR):

📁 VÍA AÉREA:

RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA: TUBO ENDOTRAQUEAL: X

TRAQUEOSTOMÍA:

📁 PATRÓN RESPIRATORIO:

SUPERFICIAL: PERIODOS DE APNEA: X PARADÓJICA:

KUSSMAUL: X CHEYNE-STOKES:

📁 DISNEA/TRABAJO RESPIRATORIO:

PRESENTE: X AUSENTE: USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS: X

OTROS DATOS (ESPECIFICAR):

📁 CIANOSIS:

CENTRAL: PERIFÉRICA: X

📁 TOS:

AUSENTE EL REFLEJO TUSÍGENO: PRODUCTIVA: X

DOLOROSA: SECA: ESTRIDENTE:

📁 ESPUTO:

¿COLOR? AMARILLO-HIALINO ¿CONSISTENCIA? ESPESA

¿OLOR?: FETIDO ¿CANTIDAD? ABUNDANTES

📁 RUIDOS RESPIRATORIOS (LADO DERECHO-IZQUIERDO)

DISMINUIDOS: AUSENTE: ESTERTORES: X
SIBILANCIAS: OTROS DATOS (ESPECIFICAR):

ESTUDIOS ESPECÍFICOS: (INTERPRETACIÓN)

¿RADIOGRAFÍA DE TÓRAX? Sin Datos de Condensación, Estertores Finos

¿GASES EN SANGRE: ARTERIAL/VENOSO? pH 6.8. PCO2 22, PO2 51 y HCO3 no detectable

VENTILACIÓN MECÁNICA:

¿PARÁMETROS DEL VENTILADOR? Modalidad Asisto controlada, respiraciones 14x, FIO2 al 60%. Volumen Corriente 650cc y saturación 100%.

COMENTARIOS: El problema respiratorio

NUTRICIÓN:

DÍAS DE ESTANCIA EN LA UTI: 5 DÍAS DE AYUNO: 5
PESO: 80Kgs TALLA: 1.70

ASPECTO:

MASA MUSCULAR: No desarrollada

DISTRIBUCIÓN DE LA GRASA: Acumulación en abdomen

PELO: Normal UÑAS: Normales PIEL: Pegajosa.

DENTADURA: Presente con caries CAPACIDAD PARA TRAGAR: Nula

MASTICAR: Nula NÁUSEA: No VÓMITO: No

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PLIEGUE DEL TRÍCEPS: CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO:

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

HEMOGLOBINA: 3.1 ALBUMINA SÉRICA:

TRANSFERRINA: RECUENTO DE LEUCOCITOS: 17,200

OTRO DATO (ESPECIFICAR):

ESTUDIOS ESPECÍFICOS:

¿CALORIMETRÍA?

ALIMENTACIÓN: Nula
ORAL: X SONDA NASOGÁSTRICA: SONDA NASOYUYENAL:
GASTROSTOMÍA: YEYUNOSTOMÍA: PARENTERAL:

DIETA: Ayuno
NADA VÍA ORAL: LÍQUIDA: BLANDA:
HIPOSÓDICA: CALÓRICO-PROTEÍNICA:

¿HÁBITOS ALIMENTICIOS?

¿ALGÚN ALIMENTO ESPECÍFICO? Ninguno refiere su hijo que le gustan todos los alimentos, ningún complemento.

¿ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO O BEBIDA? No

¿HAY ALGÚN ALIMENTO QUE LE DESAGRADE? No.

COMENTARIOS: Su alimentación no es balanceada.

HIDRATACIÓN:

ESTADO MENTAL.

IRRITABILIDAD: ANSIEDAD: CONFUSO: X DESORIENTADO: X

PIEL/MUCOSAS:

FRÍA: HUMEDAD: PEGAJOSA: X SECA:

PRESENCIA DE:

CALAMBRES: HORMIGUEOS: TEMBLOR MUSCULAR:

CONVULSIONES: X TETANIA:

DISMINUCIÓN DEL TONO MUSCULAR: SI ARRITMIAS CARDIACAS:

EXÁMENES DE LABORATORIO ESPECÍFICOS:

¿SODIO? 154.1 ¿CLORO? 126.5 ¿POTASIO? 7.45

¿MAGNESIO? ¿CALCIO? 8.6

BALANCE DE LÍQUIDOS (INGRESOS-EGRESOS): PARCIAL 1910
GLOBAL 3930

UTILIZACIÓN DE DIURÉTICOS: Furosemide

COMENTARIOS: Las crisis convulsivas son las más riesgosas en ese momento

ELIMINACIÓN:

UTILIZA: SONDA VESICAL: X FECHA DE COLOCACIÓN: 02/05/01
PAÑAL: BOLSA DE COLOSTOMÍA:

COLOSTOMÍA:

LOCALIZACIÓN: FRECUENCIA DEL DRENAJE FECAL:
CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES:

UTILIZACIÓN DE:

DIURÉTICOS: Furosemide LAXANTES: ENEMAS:

PRESENCIA DE:

DISTENSIÓN VESICAL: DISTENSIÓN ABDOMINAL:
PERISTALSIS: HEMORROIDES: METEORISMO:

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA:

AMARILLO: X CLARO: X TURBIO: PIURIA:
HEMATURIA MACROSCÓPICA: MICROSCÓPICA:
HEMATOQUESIA: MELENA:
OTROS DATOS (ESPECIFICAR):

CARACTERÍSTICAS DE ELIMINACIÓN (VESICAL-INTESTINAL):

POLIURIA: POLAQUIURIA: OLIGURIA: X
ANURIA: DISURIA: EXTREÑIMIENTO: DIARREA:

EXÁMENES ESPECÍFICOS:

TIRAS REACTIVAS: 250mg/dl ¿GENERAL DE ORINA? X UROCULTIVO:

¿CUÁLES SON SUS HÁBITOS INTESTINALES Y VESICGALES? Obra cada 24hrs. 5 veces orina

COMENTARIOS: Ha ido disminuyendo la diuresis horaria

POSTURA/MOVIMIENTO:

☞ CAPACIDAD PARA:

MOVERSE:	Nula	TRASLADARSE:	Nula
ESTAR SENTADO:	Nula	ESTAR DE PIE:	Nula

☞ MANO DOMINANTE:

DERECHA: X IZQUIERDA: AMBIDIESTRO:

☞ FUNCIÓN MOTORA:

EXTREMIDADES

SUPERIORES: No valorables ya que se encuentra sedado

EXTREMIDADES

INFERIORES: No valorable ya que se encuentra sedado

REPOSO: RELATIVO: ABSOLUTO: X

☞ POSICIÓN:

¿HAY CAMBIOS POSTURALES DURANTE EL TURNO? Si decúbito lateral y supina
 POSICIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA (ESPECIFICAR). Supina

DURANTE EL CAMBIO O MOVIMIENTO EXISTE ALINEACIÓN CORPORAL DE:

CABEZA: Si CUELLO: Si COLUMNA: Si
 EXTREMIDADES SUPERIORES: Si INFERIORES: Si

☞ UTILIZA AL CAMBIO DE POSICIÓN O MOVIMIENTO:

ALMOHADAS: X SÁBANAS: X DONAS:

OTRO DATO (ESPECIFICAR).

☞ ¿EXISTEN LIMITACIONES PARA REALIZAR UN CAMBIO POSTURAL O AL MOVIMIENTO?

DRENAJE: Si SISTEMAS IV: Si SONDA FOLEY: Si
 TRACCIONES: FÉRULAS: TRAPECIO:

COMENTARIOS: La movilización depende de nosotros (se realizan ejercicios de flexión y extensión)

SUEÑO/DESCANSO:

☞ ÍNDICE DEL SUEÑO DEL 1 AL 10:

☞ DURANTE EL DÍA SE MANIFIESTA:

SOPOR: CABECEOS: BOSTEZOS: COMA:
OTRO DATO: COMA BARBITÚRICO

☞ ¿EXISTE PRESENCIA DE RUIDOS?

ALARMAS DEL VENTILADOR: Si ALARMAS DE BOMBAS DE INFUSIÓN: Si
ALARMAS DE MONITORES: Si
OTROS DATOS (ESPECIFICAR): El hablar del personal

☞ ¿EXISTEN PROCEDIMIENTOS FRECUENTES POR EL PERSONAL?

MÉDICO: Si ENFERMERÍA: Si
OTROS DATOS (ESPECIFICAR):

☞ ILUMINACIÓN PERMANENTE DE LA HABITACIÓN: Si

☞ HAY PRESENCIA DE:

DOLOR: Si FATIGA: DISNEA: INCOMODIDAD: Si

☞ SOLICITA EL APOYO DE FÁRMACOS PARA DORMIR: No

☞ SUS HÁBITOS PARA DORMIR SON: 6 horas durante la noche 1 siesta en la tarde

☞ SOLICITA DESCANSAR EN:

CAMA: No REPOSET: No

COMENTARIOS: El paciente se encuentra relajado para evitar las crisis convulsivos

VESTIRSE/DESNUDARSE:

¿EXISTE INDIVIDUALIDAD DURANTE?

EL BAÑO: Si CAMBIO DE ROPA: Si EXPLORACIÓN FÍSICA: Si

¿EXISTE PROTECCIÓN AL CUERPO/GENITALES?

BATA O CAMISÓN: Si MEDIAS ELÁSTICAS O VENDAJES: Si

PAÑALES: Si OTRO DATO (ESPECIFICAR):

COMENTARIOS: Es asistido de manera total por Enfermería

TEMPERATURA CORPORAL:

SIGNOS VITALES FC: 90 FR 24 T/A 110/60
TEMPERATURA CENTRAL: 36 TEMPERATURA PERIFÉRICA: 36%

¿LA PIEL Y EL TEJIDO SE ENCUENTRA?

INTACTA: Si QUEMADA (GRADO-LOCALIZACIÓN):

LESIONADA (ESPECIFICAR) No ECSEMA: No

CONGELACIÓN (ESPECIFICAR): No

UTILIZACIÓN DE ANESTÉSICOS: No OTRO (ESPECIFICAR):

¿EXISTE PROTECCIÓN DEL CUERPO?:

BATA O CAMISÓN: Si SÁBANAS: Si MANTAS: Si

¿LA ROPA DEL PACIENTE SE ENCUENTRA?

HÚMEDA: No MOJADA: No SECA: Si

¿LA ROPA DE LA CAMA SE ENCUENTRA?

HÚMEDA: X MOJADA: SECA:

¿LA SUPERFICIE CORPORAL DEL PACIENTE SE ENCUENTRA?

HÚMEDA: No MOJADA: No SECA: No

COMENTARIOS:

HIGIENE CORPORAL/PROTECCIÓN A TEGUMENTOS:

☞ ¿CUÁLES SON SUS HÁBITOS PARA BAÑARSE/AFEITARSE? Cada 3er. día

☞ ESTADO DE LA PIEL:

¿HIDRATACIÓN? Normal COLOR: Normal a excepción del
miembro pélvico izquierdo GROSOR: Normal

☞ ESTADO DE LA SUPERFICIE CORPORAL:

HIDRATACIÓN: Normal COLOR: Normal GROSOR: Normal

☞ ESTADO DE LA REGIÓN PERINEAL:

HIDRATACIÓN: Normal COLOR: Normal GROSOR: Normal

☞ ESTADO DE LA CAVIDAD ORAL (ENCÍAS-PALADAR):

COLOR: Rosado LESIONES: Ninguna
HEMORRAGIA: No TUMEFACCIÓN: No

☞ ESTADO DEL CABELLO-CUERO CABELLUDO:

LESIONES: No ALOPECIA: No PEDICULOSIS: No

☞ ESTADO DE OJOS-NARIZ-OÍDOS:

INFLAMACIÓN: No EDEMA: No LESIONES: Ninguna.

☞ EVALUAR EL RIESGO A DESARROLLAR ÚLCERAS DE DECUBITO. ESQUEMA PARA LOCALIZAR LAS ÚLCERAS DE DECUBITO. ESTADIO Y DESARROLLO DE LA ÚLCERA DE PRESIÓN (ANEXO ESCALA DE BRADEN).

COMENTARIOS: El riesgo a presentar escaras esta presente sin embargo en el paciente los cambios de posición son frecuentes y los cuidados en las zonas de presión

SEGURIDAD/PROTECCIÓN:

- PRESENCIA DE LESIONES HIPERSENSIBILIDAD-INFECCIÓN POR:
RETIRADA DE ESPARADRAPOS:
COLOCACIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL: X
CÁNULA DE GUEDEL: TRAQUEOSTOMÍA:
TUBOS TORÁVICOS: OSTOMÍAS:
COLOCACIÓN DE SONDA: NASOGÁSTRICA: Si
SONDA YEYUNAL: GASTROSTOMÍA:
ILEOSTOMÍA: CATÉTERES PERIFÉRICOS: Subclavio
CATÉTERES CENTRALES: Si OTROS DATOS (ESPECIFICAR):

- PRESENCIA DE LESIONES-QUEMADURAS POR:
SUSTANCIAS LÍQUIDAS (ANTISÉPTICOS): No
SUSTANCIAS TÓPICAS: No

- LÍQUIDOS CORPORALES:
SECRECIONES BRONQUIALES: Si SALIVA: Si PLASMA:
ELECTROLITOS: Si ORINA: Si HECEs: No
OTRO DATO (ESPECIFICAR)

- UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS UNIVERSALES-TÉCNICAS DE AISLAMIENTO:
Si,(cubre bocas, guantes y gorro)
EXISTE PROTECCIÓN CON BARANDALES: Si
UTILIZACIÓN DE AYUDA AL MOVILIZARLO O CAMBIARLO DE POSICIÓN: Si
COMENTARIOS: En cuanto a esta necesidad se ha tomado la mayor seguridad

COMUNICACIÓN:

- ESTADO PSÍQUICO:
CONCIENTE: ALERTA: ORIENTADO EN TIEMPO:
PERSONA: ESPACIO:
EFECTO DE MEDICAMENTOS: No

☞ ¿SOLICITA LA VISITA DE ALGUN REPRESENTANTE ESPIRITUAL?

SACERDOTE: Si PASTOR: RABINO.

☞ ¿SOLICITA LA PRESENCIA DE ARTÍCULOS ESPIRITUALES?

BIBLIA: No MEDALLAS: Si ESTAMPAS: CRUCIFIJO.

OTROS DATOS (ESPECIFICAR):

COMENTARIOS: la solicitud del sacerdote es expresada por el hijo

REALIZACIÓN:

COMENTARIOS: Por el momento el paciente no es capaz de realizarse como ser humano.

RECREACIÓN:

☞ ¿ESTADO DE CONCIENCIA? Inconsciente

EFFECTOS DE MEDICAMENTOS: Relajación y Estado de coma barbitúrico

☞ DÍAS DE ESTANCIA EN LA UTI: 5 FRECUENCIA DE VISITAS: 2

☞ ESTADO DE ÁNIMO:

MOTIVADO: HOSTIL:

OTROS DATOS (ESPECIFICAR): Tristeza

☞ LIMITACIONES FÍSICAS: Amputación del miembro pélvico derecho

☞ SOLICITA PARA EL ESPARCIMIENTO:

LIBROS: REVISTAS: MUSICA: T V.

RADIO: VISITA DE FAMILIARES Y AMIGOS: Si

☞ ACTIVIDAD PREFERIDA DURANTE EL ESPARCIMIENTO: Escuchar radio

COMENTARIOS: Hay que decir a los familiares la importancia de platicar con su paciente y recordarle donde está

APRENDIZAJE:

COMENTARIOS: Tendrá que estabilizarse y recobrar la conciencia para autocuidarse
REALIZADA POR : MARIO A CALDERÓN SANTOS 03/MAYO/2000

ANEXO 2
RESULTADOS DE LABORATORIO Y GASOMETRIAS

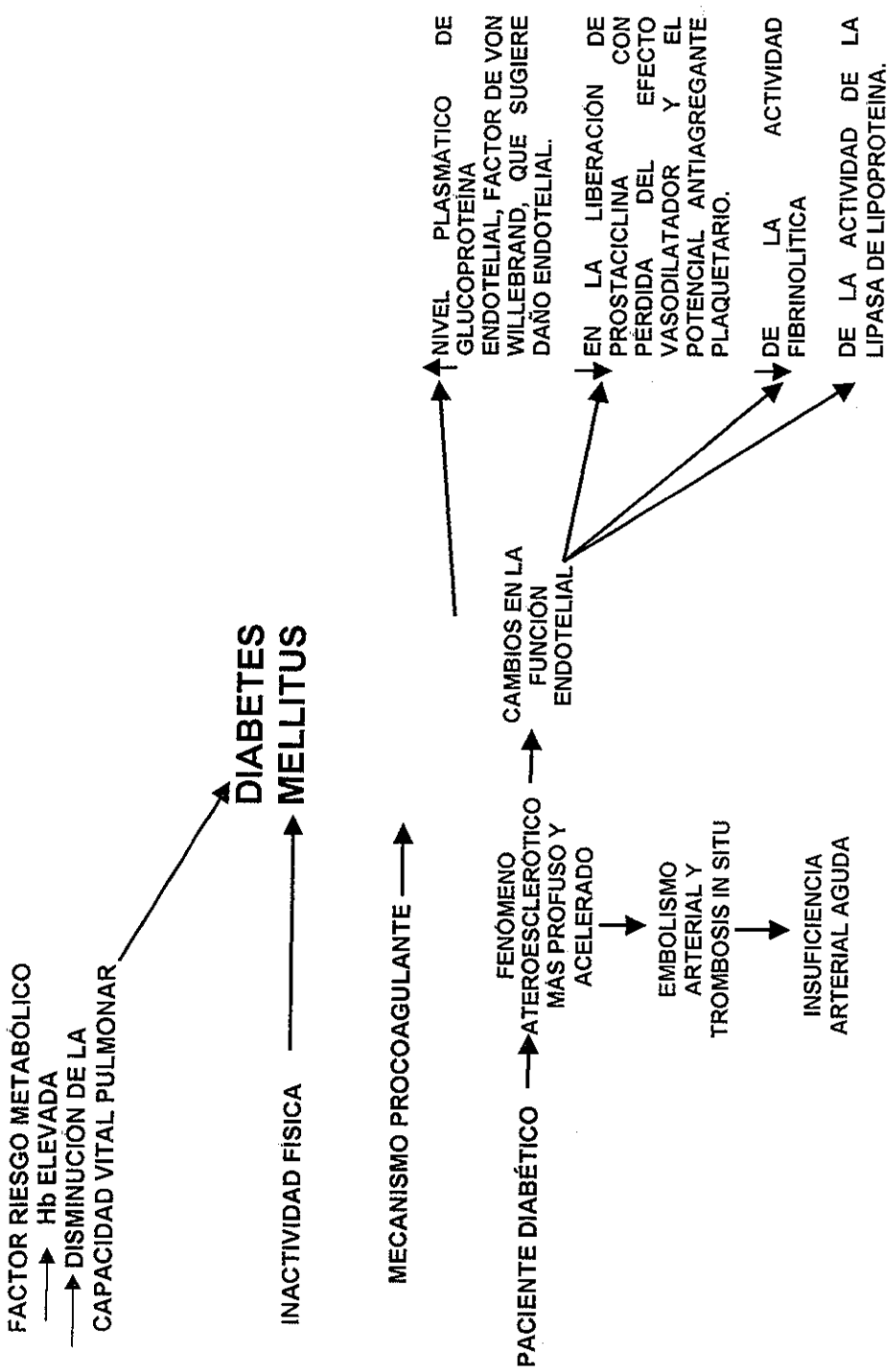
FECHA	Hb	Hto.	Leuc.	Pla.	Gluc.	Urea	Creat.	Albu m.	Bil.T	Bil.D	Na	K	Cl	Ca	pH	PCO2	PO2	HCO2	FB	SAT.	TIPO/Hr	
020500	4.3	14.3	17.2	421	183	73	1.59	3.3	0.29	0.12	134	4.85	103	12.3	7.21	17	119	6.8	-18.9	98%	Art./6:28	
															7.34	33	28	17.8	-7.5	48%	Art./12:29	
030500	3.1	10.4	17.2	380	271	80	2.9	2.3	0.2	0.0	154	7.45	126.	8.6	6.8	22	51				A-V/8:07	
											1		5		6.8	25	40					Ven./8:07
															7.18	23	154	8.6	-17.5	99	Art./10:08	
															7.17	28	44	10.2	-17.3	65	Ven./10:08	
															7.23	24	231	10.0	-15.5	100	A-V/11:00	
															7.19	30	47	11.4	-15.7	71	Ven./11:00	
															7.22	22	215	9	-16.5	100	Art./13:38	
															7.17	27	47	98	-17.6	69	Ven./13:41	
															7.39	28	194	15.7	-8	100	Art./15:01	
															7.35	42	36	23.2	-2.7	65	Ven./15:03	
040500	7.6	22.4	19.4	148	238	55.8	4.31	2.1	1.2	0.3	161.	4.42	115.	6.6	7.48	32	129	23.8	0.8	99	Art./1:24	
											1		9									
											158.	3.63	113.		7.53	33	87	27.5	4.9	98	Art./13:36	
											9	4			7.49	37	41	28.2	4.4	81	Ven./13:40	
050500	8.5	26	18.0	150	326	213	89	1.8		0.3	147	4.7	106	5.6	7.55	30	94	26	3.9	98	Art./10:00	
															7.50	42	34			72	Ven./10:00	
															7.42	52	73	33	9.3	95	Art./11:00	
															7.30	51	33			62	Ven./11:00	

FUENTE: Expediente clínico del paciente en estudio.

Hb:hemoglobina Hto.:hematocrito Leuc.:leucocitos Pla.:plaquetas Gluc.:glucosa Creat.:creatinina Album.:albúmi
 Bil.T.:bilirrubina total Bil.D.:bilirrubina directa Na:sodio K:potasio Cl:cloro Ca:calcio pH:puentes de hidróge
 PCO2:presión parcial de bióxido de carbono PO2:presión parcial de oxígeno HCO3:bicarbonato EB:exceso de ba
 Sat.:saturación de oxígeno

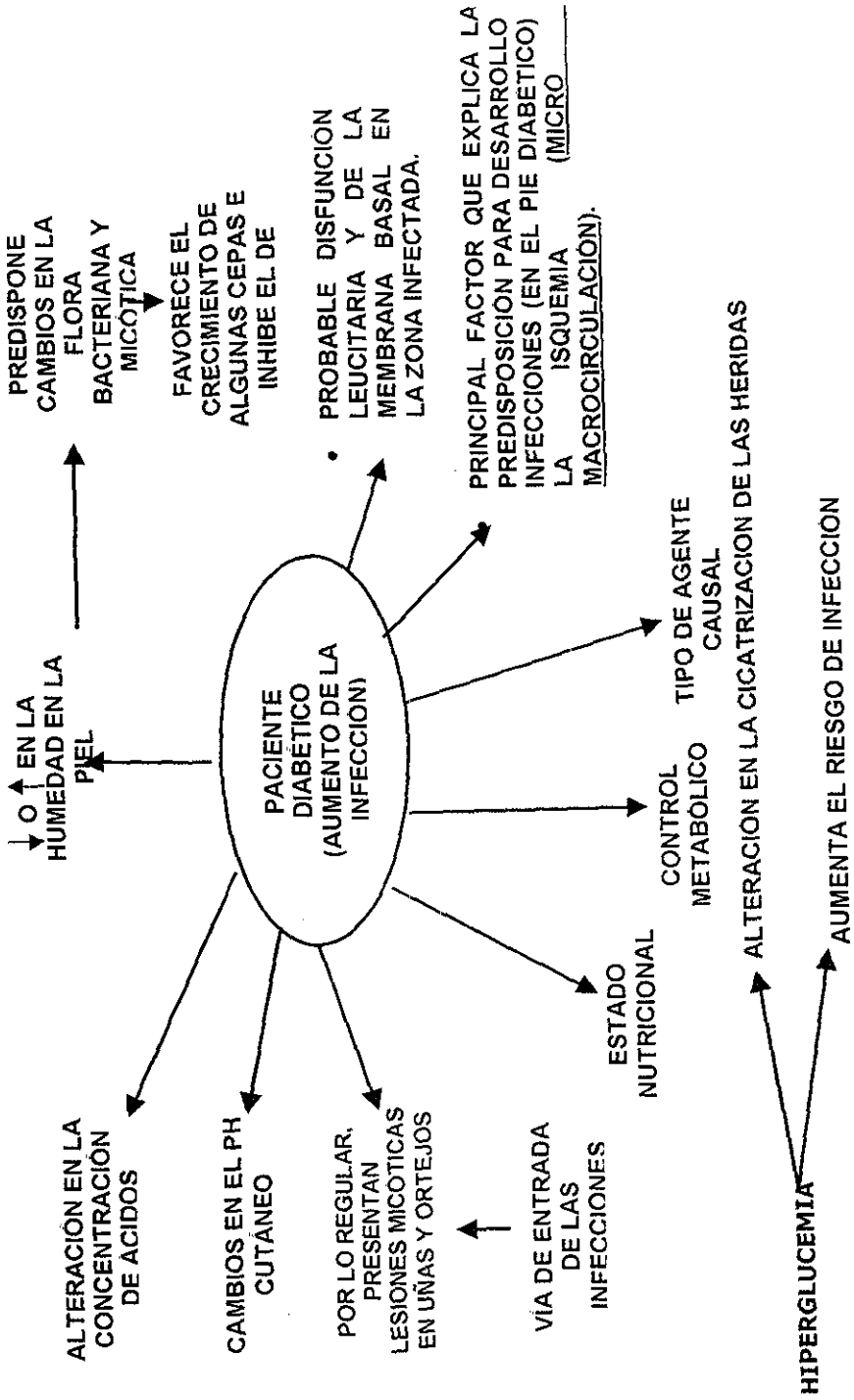
11

FACTORES PROCOAGULANTES EN LA DIABETES MELLITUS



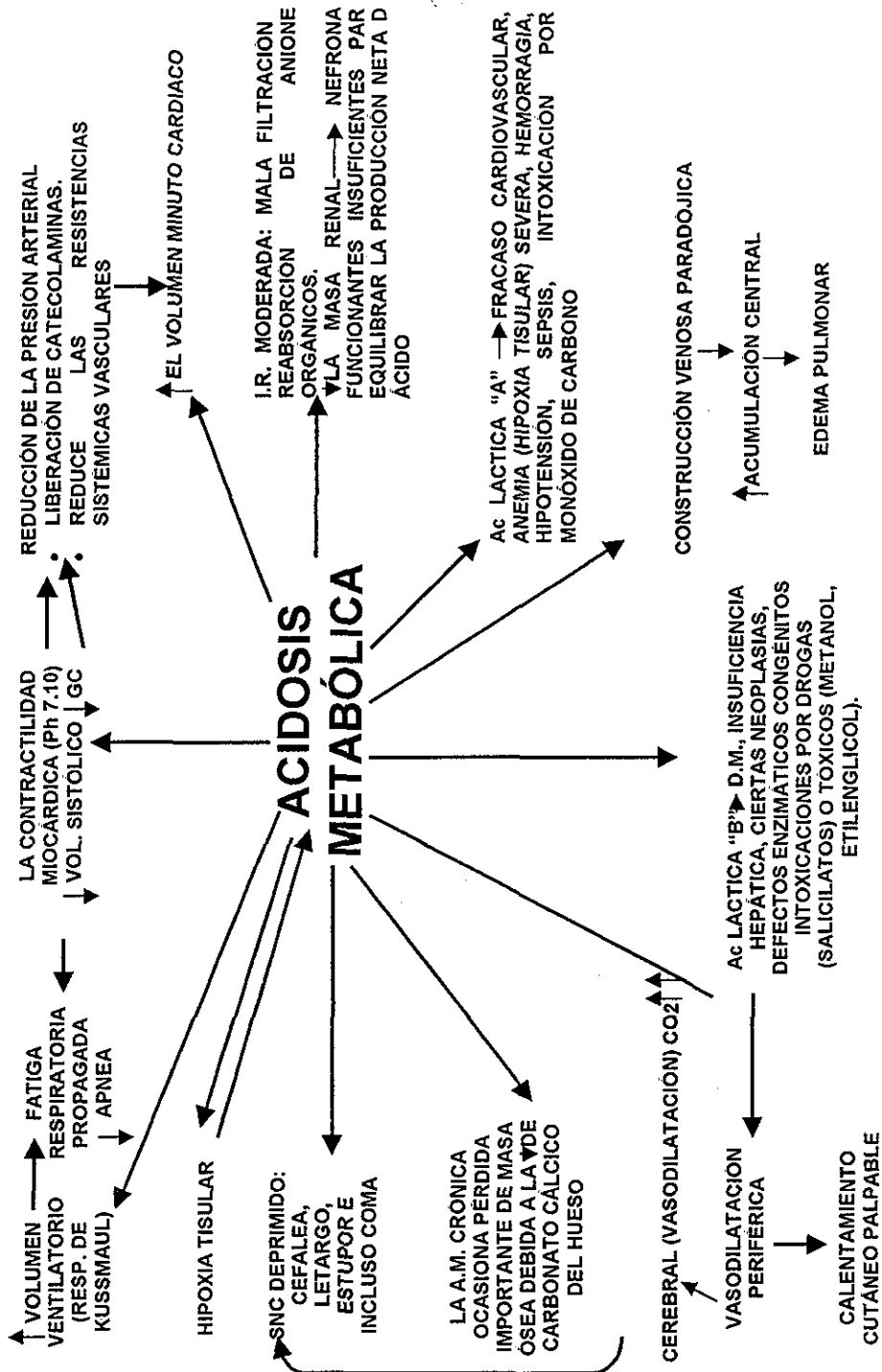
ELABORACION: DRA. ESTHELA GARCIA ELVIRA
LIC. MARIO A. CALDERON SANTOS
FUENTE: ISLAS, S. LIFSHTZ, A. Diabetes Mellitus. Interamericana. México, 1994.

MICROANGIOPATIA Y COMPLICACION EN LA DIABETES MELLITUS



ELABORACION: DRA. ESTHELA GARCIA ELVIRA
 LIC. MARIO A. CALDERON SANTOS
 FUENTE: ISLAS, S. LIFSHTIZ, A. Diabetes Mellitus. Interamericana. México. 1994.

LA ACIDOSIS METABÓLICA Y SUS COMPLICACIONES

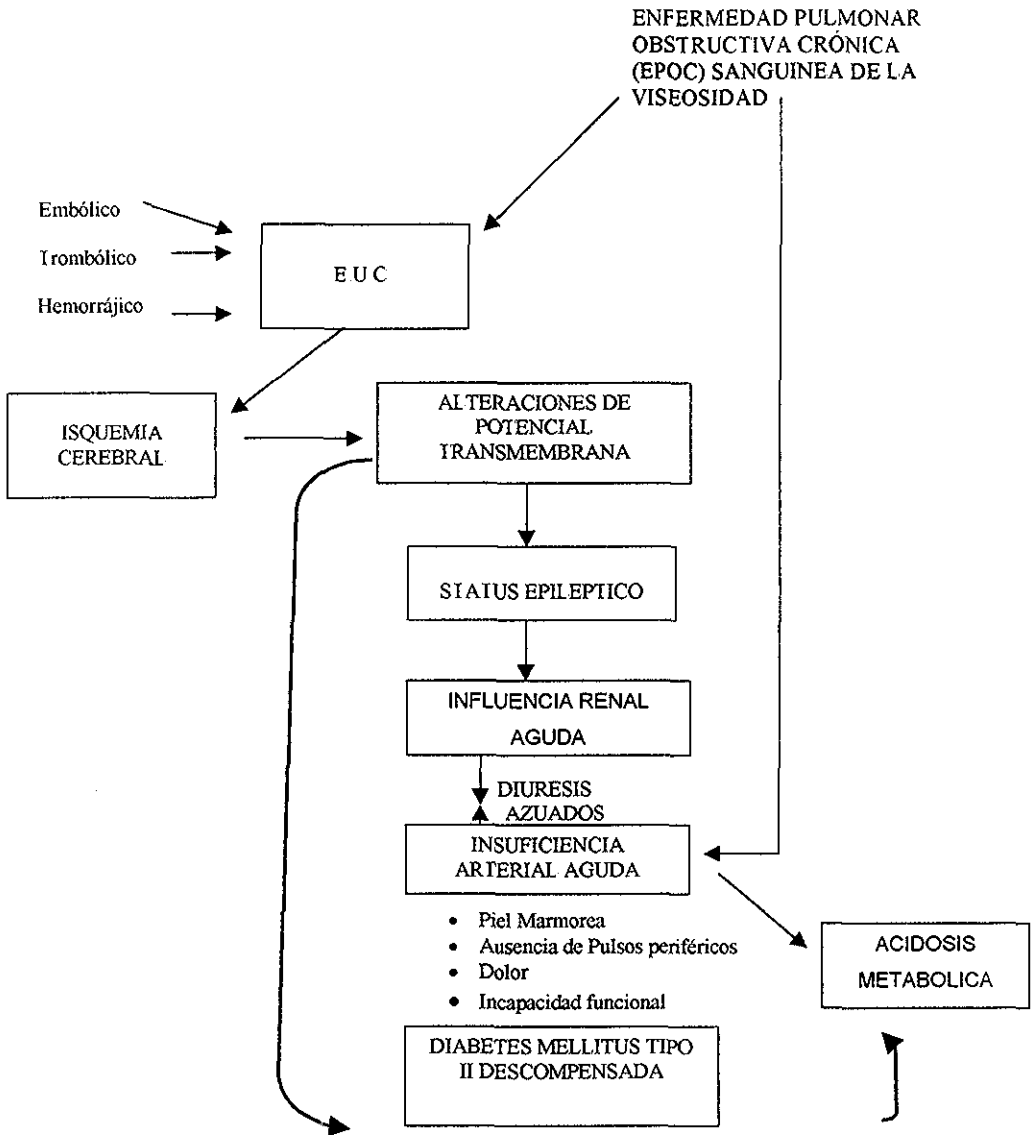


ELABORACION: DRA. ESTHELA GARCIA EL VIRA

LIC. MARIO A. CALDERON SANTOS

FUENTE: ESTEBAN, A. MARTIN, C. Manual de cuidados intensivos para enfermería. Springer-Verlag, Barcelona, 1996.

STATUS EPILEPTICO Y E.U.C., GENESIS



EL ABORACION: DRA. ESTHELA GARCIA ELVIRA

LIC. MARIO A. CALDERON SANTOS

FUENTE: ASOCIACIÓN DE MEDICINA INTERNA DE MÉXICO Temas de medicina interna Cuidados intensivos Vol III
Núm 2 Intramericana México. 1995