



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ADULTO EN
ESTADO CRÍTICO

**ESTUDIO DE CASO:
CUIDADOS SUSTITUTOS A UNA MUJER ADULTA
CON DEPENDENCIA EN SUS NECESIDADES
FUNDAMENTALES POR FALTA DE FUERZA;
OCASIONADA POR UNA ALTERACIÓN
INFECCIOSA GENERALIZADA. APLICANDO LA
FILOSOFIA DE VIRGINIA A. HENDERSON.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA:
“ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO “**

P R E S E N T A:

**LIC ENF. IRAIS ITZEL MARTINEZ
MURRIETA**

ASESORIA

E.E.A.E.C. CRISTINA BALAN GLEAVES
DRA. IRMA JUSTINA DAVILA BARRIENTOS
E. E. A. E. C. CLAUDIA HERNANDEZ VAZQUEZ



XALAPA VER.

SEPTIEMBRE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

GRACIAS A DIOS POR LA VIDA, POR PERMITIRME DISFRUTAR ESTOS LOGROS A LADO DE MIS SERES QUERIDOS.

*A MIS PADRES QUE GRACIAS
A SU ESFUERZO ESTOY LOGRANDO
UNA MÁS DE MIS METAS EN LA VIDA*

*LUIS, ARMANDO, GLADYS Y LALITO MIS HERMANOS
QUE TOLERARON MIS ARRANQUES, Y COMPRENDIERON
LOS POCOS RATOS QUE LES DEDIQUE DURANTE
MIS ESTUDIOS.*

*A MI ESPOSO EDUARDO: EL CAMINO FUE DIFÍCIL PERO GRACIAS A TU
APOYO INCONDICIONAL, PACIENCIA, COMPRENSIÓN, ANIMO Y SOBRE TODO
ENSEÑANZA EL TRIUNFO ES NUESTRO.*

*A MIS MAESTRAS(OS) 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
LAS PERSONAS.*

*FINALMENTE A MIS COMPAÑEROS DE LA ESPECIALIDAD GRACIAS POR
COMPARTIR CONMIGO ESOS MOMENTOS DE TENSION EMOCIONAL, DE LO
BUENO Y MALO ME LLEVO UNA ENSEÑANZA.*

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN	2
II.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	3
III.-FUNDAMENTACIÓN	4
IV.-MARCO CONCEPTUAL	5
4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERIA	5
4.2. PARADIGMAS DE VIRGINIA HENDERSON	12
4.3. TEORIA DE ENFERMERIA	15
4.3.1 PRINCIPALES SUPUESTOS DE LA FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON	20
4.4. PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA	24
4.5. CHOQUE SEPTICO	26
4.6. HERNIAS UMBILICALES	38
V.-METODOLOGIA	40
5.1. ESTUDIO DE CASO	40
5.2. SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	40
5.3. CONSIDERACIONES ETICAS	41
5.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	42
VI.-PRESENTACIÓN DEL CASO	44
6.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO	44
6.2. ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA	45
VII.-APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	46
7.1. VALORACIÓN GENERAL	
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LAS NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON	47
7.1.1 PRIMERA VALORACIÓN FOCALIZADA	50
7.1.2 ANALISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	51
7.1.3 JERAQUIZACIÓN DE PROBLEMAS	51
7.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	51
7.3. PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES	51
7.4. PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	52
7.1.1.1 SEGUNDA VALORACIÓN FOCALIZADA	56
7.1.2.1 ANALISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	57
7.1.3.1 JERAQUIZACIÓN DE PROBLEMAS	57
7.2.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	57
7.3.1 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES	57
7.4.1 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	57
7.1.1.2 TERCERA VALORACIÓN FOCALIZADA	60
7.1.2.2 ANALISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	61
7.1.3.2 JERAQUIZACIÓN DE PROBLEMAS	61
7.2.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	61
7.3.2 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES	62
7.4.2 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	62
7.1.1.3 CUARTA VALORACIÓN FOCALIZADA	65
7.1.2.3 ANALISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	65
7.1.3.3 JERAQUIZACIÓN DE PROBLEMAS	66
7.2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	66
7.4.3 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	65
7.5. EJECUCIÓN GENERAL	68
7.6. EVALUACIÓN GENERAL DEL PROCESO	68
VIII. PLAN DE ALTA	69
IX. CONCLUSIONES	70
X. BIBLIOGRAFIA	71
XI. ANEXOS	

I. 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.

Los modelos de atención deben implementarse en la planificación, en las acciones y en la evaluación que realiza el profesional de enfermería; con base a esto en el desarrollo del presente estudio de caso se utilizó la filosofía de Virginia Henderson con sus catorce necesidades básicas en una persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos, la cual fue operada de hernia abdominal complicada con choque séptico; los cuidados de enfermería actúan sobre las respuestas humanas o problemas que ponen en peligro la vida de la persona y requiere una valoración constante, intensiva y multidisciplinaria, así como actuaciones para restablecer su estabilidad, prevenir complicaciones o lograr mantener unas respuestas óptimas.

Por ello el método que por excelencia es elegido para ordenar y priorizar las intervenciones del profesional de enfermería es sin duda el Proceso Atención Enfermería (PAE) ; En este caso es la herramienta metodológica básica y sistematizada que guía nuestros pasos de manera oportuna y humanitaria; que para asegurar la calidad de cuidados de enfermería se encuentra enmarcado en el modelo de Henderson y orienta a valorar y cubrir individualmente las necesidades reales o potenciales de la persona, familia y comunidad.

La enfermera de cuidados críticos debe tener como objetivo principal, brindar cuidados *“cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades que representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles perpetuar la vida”* (Colliere, 1993).

II.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Realizar un Estudio de Caso a una persona con alteración infecciosa generalizada; aplicando el modelo de Virginia A. Henderson basado en sus catorce necesidades.
- Establecer los cuidados generales y específicos de Enfermería en una persona con choque séptico.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Contribuir en el proceso de enseñanza aprendizaje de la Filosofía de Virginia Henderson
- Fomentar la elaboración de valoraciones de Enfermería aplicando las catorce necesidades básicas de Virginia A. Henderson
- Realizar diagnósticos de Enfermería de acuerdo a las necesidades alteradas obtenidas en la valoración
- Ejecutar intervenciones propias de Enfermería, fundamentando cada una de ellas

III.-FUNDAMENTACIÓN

El profesional de Enfermería hoy en día requiere de una constante actualización científica y humanista, y es la Enfermera, la encargada de cumplir estos principios fundamentales en el arte de cuidar. Entendiendo como cuidar *“el acto individual que uno se da a si mismo, cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo es un acto de reciprocidad, que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales”* (Colliere 1993).

En el presente estudio de caso, los cuidados proporcionados a una persona con alteración infecciosa generalizada están dirigidos a asistirle cuando carece de fuerza, voluntad, o conocimiento

Virginia Henderson identificó tres niveles de relación entre enfermera y la persona; En estado de enfermedad grave. La enfermera puede considerarse como un **sustituto** de lo que le hace falta para sentirse “completo” o “independiente” (naturaleza de la Enfermería, 1994)¹. Como **ayudante** da apoyo para recuperar su estado de independencia. Como **compañera** y orientadora, imparte educación sobre la salud, la persona y familia, formulan juntos el plan de cuidados, los ejecutan y evalúan.

¹ HENDERSON VIRGINIA. La Naturaleza de la Enfermería interamericana McGraw-Hill, Madrid 1994

IV.- MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Siendo la Enfermería una profesión que presta cuidado al ser humano debe tener dentro de su concepción filosófica una idea clara de lo que es el hombre como individuo receptor de sus servicios y cuál es el papel que como profesión desempeña ante las personas y ante la sociedad.

Igualmente son muchos y muy variados los conceptos que desde la filosofía se aplican perfectamente a la Enfermería, lo importante es el conocimiento que se tiene de ellos y la habilidad para manejarlos y emplearlos en cada una de las acciones y decisiones dentro del marco de actuación de la Enfermera

En un tiempo en que la ciencia no tiene la respuesta a todas las situaciones que se presentan, y que la cultura, según establece Echeverría (1993) “ha entrado (...) en una profunda crisis de sentido que compromete (...) nuestros supuestos filosóficos esenciales (...) los hombres vuelven (...) inevitablemente la mirada hacia la filosofía”¹ esto sucede con la enfermería, profesión que busca sustento en la filosofía en un intento por encontrar soluciones a los conflictos de su existencia y que la justifiquen como disciplina que ofrece un servicio necesario para la sociedad.

Según el mismo autor mencionado, el debate filosófico “ha consistido en entender que éste no es exclusivamente de los filósofos, sino que nos compromete a todos”, por ello la Enfermería, como profesión que cuida al ser humano, bien puede participar en este debate y hacerlo parte constante de su disciplina.

En este sentido, Marriner (1996) aporta que “la filosofía es el conjunto de creencias y valores que rigen la conducta”². Es decir, la filosofía articula una visión, el propósito y los sueños y reúne una serie de creencias y valores que rigen la conducta de cada persona.

Es oportuno destacar que el fenómeno de la mundialización, aunque ha propiciado un ambiente social y personal rápidamente cambiante e inestable, ha fomentado una sociedad pluralista y culturalmente diversa.

Debido a ello, actualmente vivimos una época en que se procura valorar la vida, la naturaleza, la persona integral, las culturas de los diferentes grupos, la

¹ ECHEVERRÍA, Rafael (1993). *El Búho de Minerva. Introducción a la Filosofía Moderna*. Ediciones Pedagógicas Chilenas. Chile.

² MARRINER, Ann (1996). *Administración y liderazgo en Enfermería*. Quinta Edición. Editorial Mosby. Barcelona. España

relación afectiva, el mundo simbólico, las causas concretas e inmediatas, la emergencia de la mujer como sujeto social y sexual, la comunicación con todo el cuerpo, el respeto a la individualidad y a la subjetividad, al misticismo, a lo esotérico, al deseo, a lo imaginario y a lo irracional.

Así mismo, se transita de la persona cartesiana- racional del paradigma positivista a la persona emocionalmente vibrante. Se substituye el lenguaje conceptual lógico, abstracto, secuencial, por lo ambiguo, lo incierto, la comunicación global a través de la imagen, del gesto, de la luz, de los colores, de los sonidos, de la música, del movimiento, todo al mismo tiempo.

Los avances tecnológicos y las condiciones económicas, sociales y culturales han creado un clima de cambio para el cuidado de la salud y de la vida, en el cual, como indica Zohar y Marshall (2000), “nos volvemos impacientes con las estructuras sociales y políticas de arriba para abajo, estructuras impuestas por la tradición, la autoridad externa, porque necesitamos articular una nueva visión a partir de lo que la persona individual piensa, siente y obra”³

En el reto que significa hoy día ejercer la enfermería, y lo que esta significará en el futuro, la misma desempeña una significativa función en una sociedad que valora el mantenimiento y la mejora de la salud de un modo continuado para individuos y grupos. Este papel compete a las diversas funciones de enfermería de modo dependiente, interdependiente e independiente en su relación con otros proveedores de atención sanitaria. De tal modo, que se reconocen el valor, la dignidad y la autonomía de los individuos, al igual que el derecho de cada individuo a su autodirección y responsabilidad por su propia vida. Aunque es sabido que los individuos difieren entre sí en lo que se refiere a su capacidad para adaptarse a las tensiones que se producen en un entorno dinámico, cada uno posee la capacidad potencial de aprender a adaptarse de una manera más constructiva. Además cada individuo cuenta con necesidades básicas de carácter físico, social, emocional y espiritual, que se expresan en el entorno en el cual el individuo vive, y a éste debe responderse sobre la base de su carácter único como individuo y de su entorno, necesidades y experiencias previas.

La Enfermería, en el rápido mundo actual, no puede estar ajena a estos cambios. Su compromiso social para cuidar a la persona, a la familia o a los grupos requiere que, además del conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento de ese otro, en una relación de alteridad. Toda la dinámica social actual contribuye para que las personas, más que en épocas anteriores, contengan una mezcla de tradiciones, valores y sentimientos que, fundidos y cambiantes en el cotidiano, hacen que el cuidado de Enfermería se convierta en un desafío permanente, pues

³ ZOHAR, Danah & MARSHALL, Ian. *Sociedade cuántica*. Editora Best Seller. São Paulo. 2000.

debe considerar los valores, creencias y prácticas de los sujetos de cuidado y al mismo tiempo debe manifestar el respeto por la diferencia cuando ofrece dicho cuidado. En esto consiste el reto actual y seguramente futuro de la Enfermería.

Cuando el papel de la Enfermería se define claramente, la práctica, la educación y la investigación adquieren unas bases teóricas firmes, cualquier concepto relativo al ser humano y su salud se hace ahora útil para la enfermera por que tiene un marco conceptual preciso en el que fijarse.

Siendo el cuidado el tema central en Enfermería, aunque ha tenido diferentes y numerosos significados en la disciplina, posee como tema común en todas las interpretaciones, su carácter de interacción con el otro u otra. Ello implica, de un lado, un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud. De otro lado, tal como lo expresa Boff (1999) una preocupación y una inquietud por parte de la persona que provee el cuidado haciendo que ella se sienta envuelta y ligada al otro afectivamente.

En razón de ello cuidar, implica así mismo comprender, y ello necesariamente incluye un proceso de empatía, de identificación y de proyección, además, como fenómeno humano, el cuidado tiene la dimensión de la inter subjetividad la cual precisa de apertura, simpatía y generosidad.

De este modo, en Enfermería se ha venido trabajando el concepto de ser humano integral indicando que la condición humana es a la vez física, biológica, síquica, cultural, social, espiritual e histórica. Por ello, la diversidad, entendida como la yuxtaposición de personas, culturas, tradiciones, estilos de vida y diferencias políticas y religiosas, caracterizan la sociedad de hoy como nunca en el pasado. Como se puede deducir, los procesos relacionados con la salud y la enfermedad no se pueden abstraer de esta pluralidad. La diversidad, como fuerza positiva, nos desafía a abrazar nuestras diferencias como personas, mientras reconocemos nuestras similitudes en los valores y necesidades humanas.

En tal sentido, la Enfermería debe identificar, en los sujetos a quien cuida, aquellas prácticas y valores dignas de mantener porque ellas promueven el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la conservación de la salud; ya que, la prioridad de la Enfermería es la atención al cliente, por lo que para ello mantiene su pericia clínica y un alto nivel de la práctica de Enfermería. Sobre la base de lo anterior, Boff (1999) indica que “más importante que saber, es no perder nunca la capacidad de aprender más. Más que poder, necesitamos sabiduría, pues sólo ésta mantendrá el poder en su carácter instrumental, haciéndolo un medio de potenciación de la vida”⁵

⁵ BOFF, Leonardo. Saber Cuidar. Ética pelo humano- compaixão pela terra. Editora Voces. 3o Edição. Petrópolis. 1999

Es en esta perspectiva, para alcanzar el nivel profesional deseado, donde el personal debe desarrollar unas relaciones respetuosas y comprensivas y emplear sistemas de resolución de problemas y procesos de toma de decisión basados en apreciaciones exactas, conocimiento apropiado y juicios sólidos.

La Enfermería es un servicio valioso y generalmente considerado importante por la mayoría de las sociedades; esto debido a que las enfermeras tienen también una función social independiente que realizar.

El objetivo de la profesión es el fin por el que los profesionales se esfuerzan. El objetivo es ideal y al mismo tiempo limitado. Es ideal porque representa la meta a la que toda profesión le gustaría llegar y es limitado por que define los parámetros de la profesión. Los miembros tienden hacia un ideal, incluso pensando que no siempre se alcanza. Al mismo tiempo, reconocen realmente las limitaciones de su servicio, ya que no pueden ser todo para todo el mundo.

De la misma manera, el objetivo de la Enfermería es específicamente uno, y debe ser congruente al menos con el objetivo común de todos los miembros del equipo de salud. El objetivo específico de la enfermería justifica la presencia de la enfermería entre los demás profesionales de la salud. La enfermera también persigue un objetivo ideal de gran alcance en sus actividades profesionales. Para las profesiones de servicio, el blanco de la acción es el beneficiario; esa persona o grupo de personas hacia las que el profesional dirige su atención. La enfermera debe tener una imagen mental clara del paciente, si está sano o enfermo.

Dentro de este orden de ideas, el papel de la profesión es el papel jugado en la sociedad por los miembros de la disciplina en cuestión. El papel debe ser reconocido y aceptado necesariamente por la mayoría de la sociedad, porque si no el servicio probablemente desapareciese, ya que las profesiones de servicio existen generalmente como respuesta a las necesidades de la sociedad. En una conceptualización de la enfermería, este elemento fundamental clarifica el papel de la enfermera.

Según Henderson, el objetivo de Enfermería es mantener o restaurar las necesidades fundamentales del ser humano. El paciente o beneficiario de los servicios de la enfermera es un ser total. La enfermera debe ver a cada paciente como un individuo complejo, cuya independencia le hace muy diferente de los demás en cuanto a la satisfacción de esas necesidades.

En este sentido, el papel de la enfermera es pues, según esta teorizante, complementario - suplementario. Este papel consiste en suplir lo que al paciente le hace falta para hacerlo completo, total, independiente. En forma de ejemplo la enfermera es, temporalmente, la conciencia del inconsciente, el amor de la vida para el suicida, la pierna del amputado, los ojos del que ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y confianza para la madre joven,

un portavoz para los demasiados débiles o introvertidos, y desde la intención más humilde un instrumento de la voluntad divina.

La intervención o el foco de atención de la actuación de la enfermera es el área de dependencia del paciente. Cuando él no puede resolver por si mismo una necesidad, reclama la intervención de la enfermera que, concentrando su atención sobre lo que le falta, trata de completar su totalidad.

De este modo, las formas de intervención asequibles a la Enfermera son: reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar, aumentar. La acción concreta que deriva de estos términos abstractos pretende hacer al paciente total y completo, es decir, independiente. Por supuesto, puede decirse que la enfermería emplea la ética y la moral para esta intervención, es decir durante su ejercicio. Así mismo se fundamenta en otras concepciones filosóficas que le dan sentido humano y no meramente científico.

Con respecto a lo anterior, Aristóteles fue el primero que escribió tratados sobre ética y empleó el término tanto para referirse a la ética como a la moral. Habló del bien supremo de la felicidad, de la virtud y de cómo debían practicarse las virtudes, es decir, hizo ética y moral a la vez. En tal sentido la ética representa el conocimiento teórico mientras que la moral representa la práctica; así Aristóteles enfatiza la diferencia que existe entre la ciencia teórica y la práctica; la cual estriba en que la teoría es contemplación, definición, conocimiento, mientras que la práctica es hacer, construir; involucra hábitos, habilidades y destrezas, las cuales pueden ser adquiridas por la práctica y sus cambios afectan el cumplimiento del fin moral.

Habida cuenta de ello, Kant estableció “obra de tal manera que tus acciones puedan servir de ley universal para todos los hombres”. Este imperativo propuesto como norma significa que cada uno de nosotros debe ser un modelo edificante para la sociedad, un dechado para la humanidad. Obrar por conciencia ante la conciencia de cada uno, pero hacerlo de tal manera que nuestras acciones sean normas para todos los hombres, ejemplos que legar para la historia. ¿Esto no es quizás parte de lo que nos indujo a ser enfermeras?, o tal vez es la forma en la que esperamos sea reconocida socialmente la profesión.

Otro aspecto a considerar, es la teoría del utilitarismo o teoría de la felicidad, sostiene que el hombre debería hacer aquello que propone el máximo bien para cada uno. En otras palabras propender al bien general. Esto se relaciona en gran medida a lo expresado anteriormente.

La doctrina utilitarista establece que la felicidad es la única cosa deseable como fin y que todas las otras cosas son deseables como medios para lograr ese fin. Si es así, la felicidad es el único fin de los actos humanos, y su promoción es

la única prueba por la cual se juzga la conducta humana. El objetivo de toda moral es entonces, la felicidad, en la cual hay que tender al aumento del placer y la disminución del dolor. Esta doctrina encuentra en la norma áurea de Jesús de Nazaret, el espíritu de la ética utilitaria: “Haz como quisieras que hicieran contigo y ama a tu prójimo como a ti mismo”. Sin embargo hay quienes opinan que esta norma es demasiado elevada para ser cumplida por la humanidad y que la mayoría de nuestros actos se realizan por motivos personales. En contraposición a esta afirmación, seguramente en cada enfermera hay una necesidad de hacer el bien a los demás, un placer en ello, una satisfacción, una manifestación del amor por el prójimo, y por el amor a Dios, indistintamente de su nombre, o ¿es que hay otra explicación aparte del amor y la vocación para decidir ejercer esta profesión?

De igual manera, es en la referencia a Dios, tal como lo expresa Echeverría (1993) que *“los problemas de la totalidad, de lo infinito, de la unidad, de la verdad, son resueltos”*. De todos modos cualquier sistema moral ordena abstenerse de cualquier cosa que sea perjudicial a la sociedad.³

Así mismo, la cosmovisión medieval tal como lo afirma el mismo autor, se caracteriza por su carácter teocéntrico, por hacer la afirmación de la fe en Dios el elemento central en el ordenamiento del mundo. Las cosas ocupan el lugar de su relación y referencia con Dios les confiere y, de esta forma, adquieren sentido y valor. Siendo parte integral del hombre su necesidad espiritual, el practicar la fe incluye la práctica de cualquier ideología o espiritualidad importante para una persona. El respeto de esta necesidad fundamental, tan cierta como las demás, requiere que las enfermeras desarrollen sus habilidades en este sentido.

Sin embargo, es oportuno considerar lo planteado en la modernidad donde se conocerá a través de la duda, poniendo en tela de juicio sus propias certezas o lo dado por cierto o cualquier concepción. Un rasgo característico de la modernidad es el desarrollo del pensamiento científico; y que tal como ocurrió a partir de Galileo, la ciencia no solo se apoyará en la observación directa, sino en una observación enmarcada bajo condiciones que contribuyen muy decisivamente a la validez y al rigor de sus conclusiones; por ello es un reto de la enfermería actual y del futuro buscar respuestas a sus problemas cotidianos, pero estas respuestas quizás no estén siempre en la ciencia.

Algunos principios sobre los que basa su actuación la enfermería con respecto a las demás personas derivan de varias teorías, algunas ya mencionadas, otros proceden de normas tan antiguas como la humanidad misma, otros de los derechos del paciente, de los códigos de ética, de las promesas profesionales y de las ciencias humanas que integran el ejercicio profesional. Con todos estos

³ ECHEVERRIA, Rafael (1993). *El Búho de Minerva. Introducción a la Filosofía Moderna*. Ediciones Pedagógicas Chilenas. Chile.

recurso, las enfermeras tienen una guía o marco de referencia en que basar sus acciones en el momento de tomar una decisión.

El hombre es considerado como un ser humano de naturaleza integral, un ser finito con variadas capacidades para funcionar socialmente. Un ser único con un sistema propio de vida, con valores, creencias, que reflejan sus motivos y estilo de vida. Ello es necesario para mostrar respeto a la persona y para dar cuidado acorde con su estilo de vida. Existen una serie de virtudes que la enfermería debe cultivar entre quienes la ejercen: Perseverancia, es decir, tener el valor de ser constante y no desmayar en las situaciones difíciles; Interés por el bien público, interesarse por el bien común y las necesidades de los demás tanto como por las propias; Integridad, ser equitativa, firme, rehusando declinar ante los poderosos; Veracidad, demostrando la verdad más que diciéndola; Fidelidad, siendo sincero; Lealtad, discreción, guardando confidencias; Humildad, aceptando las propias limitaciones y deficiencias inevitables.³

En razón de ello, indistintamente del nombre que se le dé al ser humano como objeto de nuestros cuidados, llámese beneficiario, usuario, cliente, paciente, etc., lo importante es la persona humana como ser viviente y el respeto y preservación de su dignidad como persona, lo cual reviste la más alta responsabilidad en la atención de enfermería.

Siendo el deber fundamental de la enfermería mantener la salud, evitar las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, se afirma que los principios supremos que orientan la práctica son los de inviolabilidad de la vida, beneficencia, evitación de la maleficencia y autonomía. En tal sentido es importante para la enfermería identificar qué valores y que pensamiento de la enfermería existe en cada contexto en el que actúa. Que prioridad se da a conceptos como altruismo, solicitud, equidad, eficiencia, respeto a la persona, humanidad, libertad, eficacia y metas sanitarias.

Aunque los ideales de atención y solicitud han sido siempre los conceptos morales centrales para la enfermería, se crea la obligación moral de mostrar solicitud e interés humano. Aun en el tumulto en que se encuentra la enfermería debido a la reestructuración de la atención sanitaria, las enfermeras (os) no pueden olvidar la empresa en la que están: la solicitud humana. En tal sentido los avances más interesantes, según Naisbitt (1990), en el siglo XXI se producirán no por la tecnología sino por la ampliación del concepto de lo que significa ser humano. Siendo esto cierto, entonces los cambios que introduce la reestructuración de la atención sanitaria ofrecen a la enfermería una oportunidad para reafirmar un valor humano capital de la profesión, el de la solicitud, y su

³ ZUBIRI, Xavier (1982). *Siete ensayos de antropología filosófica*. Universidad Santo Tomás. Bogotá. Colombia

función exclusiva de dispensadoras de cuidados que salvaguardan el carácter humano del paciente.

Ninguna de estas concepciones de Enfermería es perfecta, ni correcta. Cada una es el trabajo de un ser humano y como tal demuestra que la perfección no está en este mundo. Nada es menos cierto que cada concepto ofrece claridad y precisión sobre la razón de ser de la enfermería.

4.2 PARADIGMAS DE VIRGINIA A. HENDERSON

Los cuidados de enfermería existen desde hace milenios. Conforme las sociedades han ido avanzando en su organización, las acciones que se encontraban dispersas o que eran desempeñadas por distintas personas e instituciones (familia, congregaciones religiosas, cofradías, etc.) se fueron diferenciando funcionalmente, circunscribiendo y especializando en un rol institucionalizado hacia fines del siglo XVIII y principios del XIX. Así la enfermería como profesión se hizo cada vez más importante con la fundación de escuelas de enfermería en Europa en el siglo XIX. El pensamiento y la obra de la enfermera inglesa Florence Nightingale resultó fundamental para que la enfermería fuera descrita y formalmente establecida en una obra titulada "Sick nursing and health nursing" que luego se difundió también en los Estados Unidos (Nightingale, 1893). Su desempeño durante la guerra de Crimea constituyó el hito fundamental para la profesionalización de la enfermería. Con esta experiencia, en 1860 Nightingale, fundó la primera escuela de enfermería con un programa de 3 años de duración que tenía como objetivo preparar enfermeras competentes y autónomas para el ejercicio de su profesión. Siguiendo el ejemplo de esta pionera, otras enfermeras han proseguido con su obra instituyendo clarificando teórica y prácticamente el rol de la enfermera, llevándola de una actividad práctica, a una técnica hasta consagrarla como actividad académica universitaria (Riopelle, 1997)

La enfermería como disciplina científica está determinada por lo que en filosofía de la ciencia se llama una matriz disciplinar o paradigma, es decir una estructura mental abstracta que sirva para clasificar el mundo. El termino Paradigma fue introducido por Thomas Jun en 1962 en su libro "Estructura de la Revoluciones Científicas", para explicar como se construía el conocimiento en las ciencias principalmente en la física, astronomía, biología y química (Jun, 1962). La importancia de sus aportes fue tal que revolucionó la comprensión de la historia de otros campos científicos y la epistemología. En cada campo científico Jun identificó un periodo de ciencia normal y un período de ciencia revolucionaria. Durante el tiempo de la ciencia normal o normada, los científicos de un campo disciplinario se sentían parte de una comunidad científica que compartía una teoría general de ese campo y un método de investigación científico, que les permitía trabajar eficazmente sobre un conjunto de problemas de investigación "típicos o normales", es decir existe un único paradigma.

El paradigma de cualquier disciplina deberá ser atendido como un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para esa disciplina. Esta autora rescata luego las principales notas del concepto propuesto por Jun en los años sesenta, pero acota que entre las académicas de enfermería hay una polémica si en la enfermería académica existe un único paradigma y fundamenta que “la mayoría de las enfermeras reconocen la existencia de objetos, fenómenos y eventos que requieren estudio en el área de conocimientos de enfermería” (Durán, 1998)⁴

En un sentido histórico, el paradigma de la enfermería se ha especificado en teorías y modelos que incorporan las corrientes de pensamiento y los problemas sociales más importantes en su momento.

Teniendo como referencia los siglos XIX y XX, Kérouac y colaboradores (1996) señalan tres grandes paradigmas históricamente predominantes: la categorización, la integración y la transformación.

Paradigma de la Categorización:

Fue el primero en surgir y tuvo su máxima expresión a mediados del siglo XIX.

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Este paradigma ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Paradigma de la integración:

Se conforma plenamente hacia 1950 y mantiene plena vigencia hasta mediados de los años setenta. El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Paradigma de la transformación:

A partir de mediados de los años setenta estará surgiendo este nuevo paradigma, denominado por Kérouac y colaboradores (1996).

⁴ DURÁN V: (1998) Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Santa Fé de Bogotá

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrón único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.

El espíritu de esta transformación ha sido establecido por ejemplo en la conferencia Internacional sobre Cuidados de Salud Primarios de 1978 donde la Organización Mundial de la Salud postuló que los hombres tienen el derecho y el deber de participar individualmente y colectivamente en la planificación y realización de las medidas de protección sanitarias que les son destinados. El paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, hacia una comprensión Inter.-disciplinaria de los problemas de atención de los pacientes.

También esta orientación influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El cuidado va dirigido al bienestar tal como la persona en uso de sus derechos y en su dignidad lo ha definido.

En lo que a Virginia Henderson corresponde siguió su interés en la búsqueda de una identidad propia para Enfermería, de lo que podemos obtener la cristalización de sus ideas que se recogen en una publicación de 1956 en el libro *the Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo sano, o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud a su recuperación (o una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de forma más rápida posible”

A partir de esta definición, se extraen sus paradigmas del modelo de Henderson:
Persona: ser humano único y complejo con un componente biológico, psicológico, sociocultural y espiritual, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

Salud: considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto

no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como “falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

Rol profesional: podemos entenderlo como el conjunto de acciones que el profesional de enfermería desarrolla, para llevar a cabo su propio quehacer, esto gracias a la elaboración de planes de enfermería por escrito, sin olvidar los criterios de suplencia o de ayuda; y esto íntimamente relacionado con los otros tres paradigmas.

Entorno: este paradigma no fue descrito explícitamente por Virginia Henderson pero en sus escritos hace referencia a él de manera explícita o implícita, tanto para la valoración así como para la planificación de los cuidados reafirmando así la interrelación con los otros tres paradigmas.

4.3.- TEORÍA DE ENFERMERÍA³

La teoría ayuda a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Las enfermeras han mejorado su capacidad a través del conocimiento teórico, ya que los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayores posibilidades de éxito. Además, las enfermeras sabrán en cada momento las razones de sus actos. La teoría facilita a los profesionales autonomía de acción, ya que sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales. Además, el estudio de la teoría ayuda a desarrollar las habilidades analíticas, estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que se aplican, y determina los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en enfermería.

El desarrollo de las teorías es un proceso definido sobre todo por métodos de inducción, deducción y retroducción.

Inducción.- la inducción es una forma de razonamiento que va de lo específico a lo general. En la lógica inductiva, se combinan series de detalles concretos en conjuntos más amplios de hechos u objetos. El razonamiento inductivo se basa en la observación y el análisis de los sucesos específicos como base para formular enunciados teóricos generales, denominados con frecuencia “teoría básica”. Se trata de un método que parte de la investigación para llegar a la teoría.

³ TEORIAS Y MODELO, PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA, D.R. DIVISIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. UNAM
ANTIGUO CAMINO A XOCHIMILCO- TLALPAN.
MEXICO D.F, REIMPRESIÓN JUNIO 2003 .

Deducción.- la deducción es una forma de razonamiento lógico que va de los generales a lo específico. Este proceso comprende una secuencia de enunciados teóricos deducidos de un limitado conjunto de axiomas o enunciados generales. Para extraer una conclusión, se manejan dos o más enunciados de relación de partida, de manera que para construir hipótesis empíricas específicas, se utilizan relaciones teóricas abstractas. Se trata de un enfoque que trata de aplicar los modelos teóricos a la investigación.

Retroducción.- la retroducción consiste en el uso combinado de la inducción y la deducción.

FORMAS DE LAS TEORÍAS

Atendiendo a su método, se clasifican en tres grandes categorías:

Normativas.- las teorías normativas utilizan conjuntos de leyes en un enfoque inductivo, a partir del cual tratan de descubrir patrones de comportamiento en los resultados de las investigaciones. Estos resultados se seleccionan y clasifican, según el grado de respaldo empírico que demuestran, en leyes, generalizaciones empíricas e hipótesis. En términos generales, la organización e interrelación de tales generalizaciones entrañan cierta dificultad. Al no existir interrelación entre enunciados, el fundamento de cada uno no sirve para sostener los restantes. Como consecuencia, este enfoque obliga a notables esfuerzos de investigación

Axiomáticas. El método axiomático se basa en un sistema lógico interrelacionado de conceptos, definiciones y enunciados de relaciones estructurados de forma jerárquica. En la cima de esta estructura se sitúan los axiomas abstractos, mientras que en los siguientes niveles se distribuyen las proposiciones deducidas a partir de los mismos. El esfuerzo de investigación que requiere este método es menos intenso, ya que el fundamento empírico de cada enunciado de relación sirve también como respaldo de la teoría en su conjunto.

Causal.- el proceso permite ampliar el conocimiento de los fenómenos a través de los enunciados que determinan las relaciones causales entre las variables y los independientes. Este método obliga también a manejar conceptos, definiciones y enunciados de relación, y explica de qué modo suceden las cosas.

Los primeros trabajos en enfermería se basan en el análisis, el razonamiento y los argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos. En las postrimerías de la década de 1980 y primeros años de la de 1990, resurgió una filosofía de la enfermería humanística. Su visión de la enfermería como una combinación de ciencia y arte nos ha llevado a agrupar en una misma sección a Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson y Benner

Florence Nightingale creía que todas las mujeres tendrían que cuidar de la salud de alguien en algún momento de su vida, lo que les llevaría a ejercer de enfermeras. También opinaba que la enfermedad era un proceso de reparación y que la función de la enfermera consistía en manipular el entorno del paciente para facilitar ese proceso. Sus instrucciones sobre ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido quedaron registradas en sus *Notes of Nursing*.

Ernestina Wiedenbach, una enfermera de maternidad, fue animada por Orlando a reflexionar sobre el valor del yo en enfermería y sobre la influencia de los pensamientos y los sentimientos en las acciones profesionales, recibiendo la influencia teórica de Dickoff y James. En su libro *Clinical Nursing: A Helping Art*, Wiedenbach señaló y definió numerosos conceptos y subconceptos de interés, entre los cuales cabe citar los de paciente, necesidad de ayuda, enfermera, objetivo, filosofía, práctica profesional (conocimiento, criterio, y técnicas), servicio, validación, coordinación (informes, consulta, concesión) y arte (estimulo, concepción previa, interpretación y acciones, clasificadas éstas como racionales, de reacción y deliberadas). La enfermera debe detectar la necesidad de ayuda del paciente: 1) observando su conducta en relación con el alivio de los síntomas, 2) examinando el comportamiento del paciente consigo mismo, 3) estableciendo las causas de la incapacitación o la falta de alivio y , 4) determinando si la persona puede resolver su problema por sí misma a si necesita asistencia. Después, la enfermera debe suministrar la ayuda necesaria y evaluar si se han cumplido los objetivos.

A Virginia Henderson hay que reconocer sus inmensas aportaciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, docente, escritora e investigadora, durante los cuales su actividad editorial fue muy prolífica. Su definición de enfermería apareció publicada por primera vez en 1955 en la quinta edición de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, de Hauner y Henderson. Afirma en este texto que “la única función de la enfermera es prestar asistencia a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que podría desarrollar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, siempre con el objetivo de ayudar a alcanzar la independencia con la mayor rapidez posible”

En *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research and Education* (1991), señala también las 14 necesidades básicas del paciente que comprende los elementos básicos de la atención de enfermería. En este contexto identificó tres niveles de relación con el paciente en los que la enfermera: 1) sustituye a alguien para cuidar al paciente, 2) lo ayuda y 3) lo acompaña. Henderson defiende la comprensión empática y afirma que las enfermeras “deben meterse en la piel de cada paciente para saber lo que necesita”. También opina que muchas de las funciones de los médicos y de las enfermeras se solapan. Sostiene que estas últimas trabajan en mutua

dependencia con otros profesionales sanitarios, y compara al equipo de estas profesionales con las porciones de un gráfico de tarta. El tamaño de cada porción varía en la medida que lo hacen las necesidades del paciente. El tamaño de cada porción varía en la medida que lo hacen las necesidades del paciente. El último objetivo de esta actuación es que el paciente ocupe el máximo de la tarta según vaya adquiriendo independencia.

En *the Nature of Nursing: Reflections After 25 Years* (1991), Henderson añadió apéndices a cada capítulo de su edición de 1966 para mostrar los cambios en sus puntos de vista y exponer sus opiniones.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas. A partir de la revisión de la bibliografía de aquellos tiempos, se dio cuenta de que los libros 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 podía establecer los principios de la profesión.

Lydia E. Hall aplicó su filosofía de la enfermería al diseño y desarrollo del Loeb Center for Nursing, en el Montefiore Hospital de Nueva Cork. Ocupó la dirección administrativa de este centro desde la fundación del mismo, en 1963, hasta su muerte, acaecida en 1969. Casi toda su obra se publicó en la década de 1960. Su modelo de enfermería fue presentado en 1964 en "Nursing: What is?", en *The Canadian Nurse*, y fue objeto de un estudio pormenorizado en 1969 en "The loeb center for Nursing and Rehabilitation", artículo publicado en *international journal of Nursing Studies*. En opinión de Hall, las funciones de enfermería se distribuyen en tres círculos superpuestos que reflejan los aspectos del paciente. Asignó a estos tres círculos los nombres de cuerpo (cuidados), enfermedad (curación) y persona (introspección). Las funciones de enfermería se extienden a los tres círculos, aunque compartidas en diferentes grados con otros profesionales. Hall sostenía que los cuidados de enfermería son más necesarios cuanto menor atención médica se recibe, y que la atención que realizan las enfermeras acelera la resuperación.³

³ TEORIAS Y MODELO, PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA, D.R. DIVISIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. UNAM ANTIGUO CAMINO A XOCHIMILCO- TLALPAN.MEXICO D.F, REIMPRESIÓN JUNIO 2003 .

Por su parte, Jean Watson empezó a publicar sus trabajos a mediados de la década de 1970. Su libro *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, editado en 1979, fue complementado en 1985 con *Nursing: Human Science and Health Care*. Watson cree que las enfermeras deben promover la salud por medio de acciones preventivas, reconociendo, por ejemplo, las habilidades del paciente y facilitando su adaptación a pérdidas de función, enseñándole métodos de resolución de problemas y ofreciéndole apoyo en situaciones concretas.

Patricia Benner avaló el modelo de Dreyfus de adquisición de técnicas para la práctica de la enfermería por medio de la descripción sistemática de cinco niveles profesionales: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. A partir de las descripciones de Benner, se construyó una teoría fenomenológica acerca de los cuidados de enfermería que fue presentada en un libro de Benner y Wrubel publicado en 1989 y en el cual examinan las relaciones entre la atención, el estrés, la superación y la salud.

Las grandes teóricas suelen incluir en sus modelos conceptuales de enfermería distintos aspectos del ser humano, el entorno y la salud. Su propuesta de modelos conceptuales enfocados al desarrollo directo de teorías al respecto justifica la agrupación en una misma unidad de los trabajos de Orem, Levine, Rogers, Jonson, Roy, Neuman, King y el grupo formado por Roper, Logan y Tierney.

Dorotea E. Orem tuvo una inspiración espontánea en 1958 cuando definió el concepto de enfermería. Desde los inicios de la década de 1950 había publicado diversas obras sobre la práctica y la enseñanza de la enfermería. Estableció entonces su teoría del déficit de auto cuidado como un modelo general compuesto por otros tres modelos teóricos relacionados. Estas teorías fueron desarrolladas en su libro *Nursing: Concepts of Practice*, en el que se considera que la enfermera comparte algunas de sus funciones con otros profesionales sanitarios.

Las primeras impulsoras de teorías sobre enfermería abordan como asuntos prioritarios la filosofía, la definición y las artes relacionadas con esta actividad. En la década de 1960, las comunicaciones interpersonales recibieron una considerable atención, si bien hacia el final del decenio el interés se desplazó hacia la ciencia de enfermería. Finalmente, en el humanismo y la concepción de la enfermería como una combinación de ciencia y arte cobraron popularidad durante la década de 1980.

Los trabajos publicados comparten algunos puntos comunes. También se resalta que las especialistas utilizan términos idénticos o semejantes con distintos significados, y que interpretan los conceptos de enfermería, entorno, salud y persona desde puntos de vista diferentes. Además, las autoras han modificado sus puntos de vista en la medida en que han cambiado su perspectiva histórica.

4.3.1.- PRINCIPALES SUPUESTOS DE LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson enfermera norteamericana. Nació en 1897, desarrolló su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingresó a la escuela de la Armada en Washington D.C. graduándose tres años más tarde.

Inició su trabajo profesional como enfermera visitadora y como docente de enfermería. Cinco años después regresó a la universidad, donde obtuvo el grado de Maestra en Artes con Especialización en Docencia de Enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica, volvió a la universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico y práctica clínica, por el período de 1930-1948.

Se dio a conocer en nuestro país por los años 60, al revisar el libro de Berta Harmer, que se publicó y que sirvió de libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería.

El modelo de Virginia Henderson dentro del contexto del paradigma de la integración.

Ante la necesidad de encontrar un modelo, para la enseñanza de enfermería que sea aplicable a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le puedan hacer las adaptaciones necesarias para ser aceptado, y puesto en práctica por las enfermeras clínicas, se seleccionó el Modelo de Virginia Henderson, que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano; Constituye una conceptualización de la disciplina que se desarrolló a partir de los años 50 en el contexto del paradigma de la integración. En éste se encuentran los cuatro conceptos centrales y una orientación hacia la actividad profesional en cuyo centro se enfatiza un concepto de la persona y sus necesidades.

Según esta orientación, **el cuidado** va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera avalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda (Meleis, 1991). Intervenir significa actuar con la persona, a fin de responder a sus necesidades. En la medida que **la persona** es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos.

Siempre según esta orientación a la persona, **la salud** y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.

Por último **el entorno** está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

Elementos del modelo:

En la interpretación que Virginia Henderson hace del paradigma de enfermería adopta un conjunto de definiciones particulares para cada uno de los cuatro elementos anteriormente citados.

La persona es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológicas y psicosociocultural. Las necesidades básicas son las mismas en todos los seres humanos, es decir son consustanciales a la naturaleza humana. Henderson acuerda que lo que varía entre culturas y épocas históricas son los satisfactores de dichas necesidades.

Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzar. La autora identifica un total de 14 necesidades que se pueden correlacionar con las cinco necesidades de Maslow. Las necesidades fundamentales planteados por Henderson son:

1. Oxigenación
2. Alimentación e hidratación
3. Eliminación de desechos corporales
4. Movimiento y postura adecuada
5. Descanso y sueño
6. Vestirse y desnudarse
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene y protección de la piel
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con otras personas
11. Vivir de acuerdo a sus creencias
12. Realización
13. Recreación
14. Aprendizaje

Las primeras siete necesidades están relacionadas con un primer grupo que Maslow denominara “fisiológicas”.

En segundo lugar, Henderson considera **la salud** un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción a la satisfacción inadecuada de las necesidades

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano, (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce necesidades).

En el modelo conceptual de Henderson, la existencia de una dificultad para satisfacer una necesidad es atribuida causalmente a tres posibles factores:

Fuerza:

La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no sólo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

Voluntad:

La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

Conocimiento:

Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

Entorno:

El medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo. Escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

Virginia Henderson, afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia. “La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente” y afirma con énfasis “La enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo.

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

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

En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente”. (Naturaleza de la Enfermería, 1994).

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

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

Ahora bien , la independencia es entonces la satisfacción de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo, y la dependencia sería la no satisfacción de dichas necesidades ya sea por que las necesidades son inadecuadas o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia. Pero según Phaneuf (1999) la dependencia debe ser medida en niveles que se expresa en el siguiente cuadro: Continuo dependencia/ independencia:

Nivel = 0 (Independencia)	La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.
Nivel = 1 (Dependencia)	La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasis para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.
Nivel = 2 (Dependencia)	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.
Nivel = 3 (Dependencia)	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, pero no puede participar mucho de ello.
Nivel = 4 (Dependencia)	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, y apenas puede participar en ello
Nivel = 5 (Dependencia)	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello.

Fuente: adaptado de Phaneuf 1999:17, cuadro 2.1

4.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de enfermería. El proceso promueve cuidados humanistas, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo.

El proceso enfermero es:

- Sistemático.- Como el método de solución de problemas, consta de cinco de cinco pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.
- Dinámico.- A medida que adquiere más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.
- Humanístico.- Se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad). Como enfermeras, debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu.

Centrado en los objetivos (resultados).- Los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar.

El proceso consta de cinco pasos:

- VALORACIÓN.- Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud (p.ej; tabaquismo). También puede buscar evidencias de los recursos con que cuenta la persona.
- DIAGNOSTICO.- (identificación de los problemas) analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que contribuyen a la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.
- PLANEACIÓN.- Aquí hay que realizar cuatro cosas claves, que son:
 - Determinar las prioridades inmediatas
 - Fijar los objetivos esperados (resultados)
 - Determinar las intervenciones
 - Anotar o individualizar el plan de cuidados.

- **EJECUCIÓN.**- Puesta en práctica del plan - pero sólo actuar-. Piense y reflexione sobre lo que está haciendo:
Valorar el estado actual de la persona antes de actuar
Llevar a cabo las intervenciones y volver a valorar para determinar la respuesta inicial
Informar y registrar.
- **EVALUACIÓN.**- Es la última fase del proceso enfermero. Es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales. La enfermera valora el progreso de la persona y establece medidas correctoras si es necesario y revisa el plan de cuidados de enfermería.

4.5 CHOQUE SÉPTICO

La agresión al organismo humano por cualquier cosa externa (incluyendo infección y trauma por ejemplo), origina como respuesta, la activación de mecanismos inmunológicos defensores, tendientes a limitar los daños y restablecer la Homeostasis.

El conjunto de éstos mecanismos constituye lo que se conoce con el nombre de "Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica" (SIRS, por sus siglas en ingles).

En el caso particular de una Infección importante, la respuesta en cuestión, es dada por la primera línea defensiva de componentes inmunológicos que son atacados por el agresor bacteriano G (-) o G (+) y sus Endo o Exotoxinas. Esta línea, está constituida por el sistema Monocito/Macrofágico, Leucocitos PMN y Linfocitos, los que responden al estímulo con la producción de un gran espectro de mediadores endógenos inflamatorios (citocinas) los que, dependiendo de su actividad y dirección tendrán los efectos benéficos esperados de destruir a las bacterias y reparar los daños.

Sin embargo y desafortunadamente, ésta respuesta de mediadores se establece, y es lo más frecuente, de manera exagerada y no controlada y termina por revertirse, auto agredir y lesionar, principalmente a los endotelios vasculares alterando su funcionalidad, produciendo vasodilatación y modificando su permeabilidad, tanto en los endotelios locales, como (lo que es grave), en los lejanos, de una manera generalizada (SIRS).

Ante esta situación coyuntural, el organismo está demostrando que no es un simple hospedero pasivo, cuyos tejidos están siendo lesionados por las bacterias invasoras, sino que él mismo, es un activo participante en éste proceso agresivo, con la producción de citocinas proinflamatorias y de una disonancia inmunológica que se automagnifica progresivamente, creando un estado de anarquía metabólica que no puede controlar y que se revierte contra si mismo, conduciéndolo a la Disfunción Orgánica Múltiple (DOM) y finalmente a la Falla Orgánica Múltiple (FOM).

INFECCIÓN

Cuando los gérmenes logran traspasar las primeras barreras defensivas del organismo (piel y mucosas) y se alojan en tejidos considerados normalmente como estériles, tiene lugar la infección.

Dependiendo de la virulencia del inóculo, así como de la inmunocompetencia del paciente, las defensas inmunológicas locales pueden ser superadas, produciéndose entonces la irrupción de los gérmenes al torrente circulatorio, y el establecimiento de una bacteremia.

Las defensas del hospedero contra la infección, son de tres órdenes:

1.- LAS BARRERAS MECÁNICAS:

a) La piel intacta, queratinizada, con su ph específico, grasa y flora autóctona.

b) La capa mucosa, con sus secreciones, iGg, iGa, lisosomas, movimiento ciliar, ph.

2.- LAS DEFENSAS CELULARES:

Son los componentes celulares del sistema Inmunológico:

Sistema Monocito - macrofágico (quimiotaxis, fagocitosis).

Granulocitos PMN. (quimiotaxis, lisis, fagocitosis)

Linfocitos T;(Auxiliares, Supresores, Citotóxicos y NK)

3.-LAS DEFENSAS HUMORALES:

Linfocitos B (Cels. Plasmáticas, inmunoglobulinas, opsonización..)

Cascada de la Coagulación.(producción de fibrina limitante.)

Cascada del Complemento (opsonización, quimiotaxis, lisis, vasodilatación)

Sistema de Contacto (F.Hageman.HMK, calicreina.Cininas).

Cuando las defensas del organismo actúan armónica y controladamente, el resultado es la contención y resolución del proceso infeccioso.

Existen situaciones como la desnutrición y la presencia de trauma o de estrés intenso que pueden en un momento dado, bloquear la contención y resolución del proceso infeccioso, por producir, déficit de los mecanismos de defensa del propio organismo.

Nueva Terminología:

A partir de1992,un grupo de expertos, con el fin de unificar criterios clínicos y de investigación, definió los procesos patológicos relacionados con la respuesta inflamatoria del organismo a la invasión bacteriana o a la agresión por diferentes noxas. Se definen pacientes en varios estadios de infección, bacteremia, sepsis, sepsis severa, choque séptico y con Síndrome de Disfunción Orgánica múltiple (SDOM). Se propone un nuevo término: Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), para describir un estado de inflamación generalizada que ocurre a consecuencia de una amplia variedad de agresiones (bacterianas o no), tanto externas como endógenas al organismo humano, Así tenemos:

1.-BACTEREMIA.- Presencia de bacterias viables en la sangre. De la misma manera se describen: VIREMIA, FUNGEMIA y PARASITEMIA. Puede ser primaria y transitoria, pero habitualmente es secundaria a un foco de infección intra o extravascular.

2.-SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA (SIRS-por sus siglas en ingles). Expresa clínicamente, la presencia de una Inflamación Endotelial Sistémica Generalizada, independientemente de la causa productora. Cursa implícitamente con alteraciones y sintomatología locales y a distancia. Los criterios que se incluyen en el síndrome, son signos comunes a muchos padecimientos críticos.

SIRS se identifica clínicamente, por tres o más de las condiciones siguientes:

1. Fiebre o hipotermia: Temperatura = o > de 38°C o = o < de 36°C.
2. Taquicardia: Frecuencia cardiaca = o >de 90/min.
3. Taquipnea: Frecuencia Respiratoria= o > de 20/min. o Paco2 < de 32.
4. Conteo de leucocitos : Leucocitos o > de 12,000 o = o < de 4,000 o > 10% de "bandas", en la cuenta diferencial.

Agresiones no infecciosas que pueden producir SIRS: 1.-Pancreatitis 2.- Politrauma 3.-Isquemia,4.-Choque hemorrágico,5.-Lesión orgánica inmunológica o administración de mediadores de la inflamación, 6.-.cirugía electiva, etc.

3.-SEPSIS.-Se define como, Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica a la Infección, documentada por hemocultivo o por evidencia clínica de un foco séptico.

Se manifiesta clínicamente por tres o más de los siguientes criterios:

1. Fiebre o Hipotermia: Temperatura >de 38°C o < de 36°C
2. Taquicardia: Frecuencia cardiaca >de 90/min.
3. Taquipnea: Frecuencia respiratoria > de 20 o Pa CO2< de 32 .
4. Conteo de Leucocitos:-Leucocitos > de 12,000 o > de 4,000 o > de 10% de "bandas", en la cuenta diferencial.

4.-SEPSIS SEVERA.- Sepsis que se acompaña de:

- 1.-Disfunción Orgánica,
- 2.-Hipotensión, e
- 3.-Hipoperfusión, que incluye, pero no está limitada
 - a. acidosis láctica,
 - b. oliguria y
 - c. alteraciones en el estado mental.
- 4.-Alteraciones en la coagulación

5.-CHOQUE SÉPTICO.-Sepsis Severa que se acompaña de hipotensión refractaria a la correcta reposición de volúmenes. Es un estado hiperdinámico, con Índice Cardíaco y gasto altos y abatimiento de la resistencia vascular periférica.(

vasodilatación y fuga capilar) y abatimiento de la TA media.

.A lo que se agregan los siguientes criterios:

- 1.-Infección bacteriana documentada o evidencia clínica de ella
- 2.-TA sistólica >de 90mm/Hg.
- 3.-Requerimiento de drogas vaso activas durante más de 12 hrs.
- 4.-Fiebre (>38°C) o Hipotermia (>36°C).
- 5.-Oliguria
- 6.-Leucocitosis de >15,000 o leucopenia de > 4,000 .
- 7.-Lacto acidosis.
- 8.-Presencia de Dímero D.
- 9.-Alteraciones mentales agudas.
- 10.-Presencia de Marcadores Biológicos de la infección(PCR) y (PCT)

6.-SÍNDROME DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE (SDOM).-

Denota la presencia de una alteración funcional de un órgano o sistema (inducida por la sepsis), de tal magnitud que la homeostasis no puede ser mantenida sin intervención médica.

Puede tratarse de una disfunción mono/orgánica, pero habitualmente implica una disfunción órgano / sistémica secuencial ,que generalmente ocurre en el orden siguiente:

Disfunción:

- a. Pulmonar(SIRPA)
- b. Hepática (PFH alteradas, ictericia)
- c. Renal (oliguria de 0.5ml/gr/hr por una hora; hiperazohemia)
- d. Cardiovascular(TAM= o <60 mm Hg.)
- e. Hematológica (plaquetopenia.T.P de protrombina prolongado, CID)
- f. Digestiva (Íleo, sangrado)
- g. Neurológica (nivel de conciencia alterado)
- h. Acidosis metabólica inexplicable (ph<7.30)

7.-FALLA ORGÁNICA MULTIPLE (FOM).- Bloqueo funcional completo de uno o más órganos o sistemas, inducido por sepsis, premonitorio a defunción de ser dos o más, los órgano / sistemas "en Falla"

SEPSIS. SEPSIS SEVERA Y CHOQUE SEPTICO

Sepsis es la principal causa de morbimortalidad hospitalaria, especialmente en las unidades de terapia intensiva. Anualmente a nivel mundial afecta a un millón y medio de habitantes, siendo la incidencia anual en EU. de 750,000, con una mortalidad calculada en 600 pacientes diarios.

La sepsis se presenta cuando una agresión bacteriana (pero que puede ser también de otra naturaleza -pancreatitis, trauma, quemadura-) irrumpe en la economía y altera la homeostasis.

Tiene lugar entonces la Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), que el organismo orchestra para limitar y reparar el daño. Dependiendo de la intensidad del inóculo y de las condiciones inmunológicas propias, el daño puede ser controlado o bien, evolucionar a grados mayores de gravedad como son Sepsis Severa, Choque Séptico, MODS y FOM.

La Sepsis y la Sepsis Severa pueden ser consecutivas a una infección en cualquier parte del cuerpo incluyendo pulmón, abdomen, piel, tracto urinario, torrente sanguíneo (meningococemia), o de partes blandas.

Aunque las bacterias son los patógenos más comúnmente asociados con Sepsis, ésta puede ser producida también por hongos, virus o parásitos.

Fisiopatología de la Sepsis.-En el caso de patógenos bacterianos, la fisiopatología es iniciada por los componentes de la membrana externa de las bacterias G(-) (Endotoxinas) o de las bacterias G(+)(Exotoxinas), capaces de unirse por intermedio de una proteína transportadora al receptor CD14, en la superficie de los Monocitos, activándolos.

Como resultado de esta activación, los Monocitos secretan multitud de mediadores pro-inflamatorios (citocinas) como el Factor de Necrosis Tumoral alpha (FNT.alpha) , la Interleucina1(IL-1) y la Interleucina-6(IL-6), que tienen efectos lesionales directos sobre la superficie endotelial vascular. Algunas de estas citocinas (selectinas e integrinas) promueven la adherencia y penetración de los leucocitos al endotelio, y transmigración en el sitio donde fagocitan y matan a las bacterias, a la vez que inducen la producción de proteasas y radicales libres (O₂), de metabolitos del ácido araquidónico, como tromboxano A₂, prostacilina y PG-E₂, y finalmente entre otras, acciones al secretar tanto el Monocito, como el endotelio lesionado, al Factor Tisular, desencadenan la Cascada de la Coagulación .

Las acciones de las citocinas y derivados descritos, explican muchos de los signos y síntomas asociados con SIRS, como fiebre, taquicardia, taquipnea, anomalías de la ventilación perfusión y acidosis láctica.

Simultáneamente, citocinas contra reguladoras, anti-inflamatorias, como la Interleucina-10, y la IL-4, ofrecen un mecanismo compensador, modulador de estas acciones pro-inflamatorias y desencadenantes de la coagulación, el que por un lado, inhibe al FNT, a la IL-6, a los linfocitos T y a la función de los macrófagos y

por otro, promueve la acción de los reactantes de fase aguda y de las inmunoglobulinas.

Este mecanismo conforma el Síndrome de Respuesta Anti-inflamatoria Compensadora: CARS, por sus siglas en inglés-Compensatory Antiinflammatory Response Syndrome-.

Si tiene lugar un desequilibrio evidente entre SIRS y CARS, se ocasiona una violación de la homeostasis cuyas consecuencias no se hacen esperar:

Si predomina SIRS, el resultado puede ser Choque Séptico y Coagulación Intravascular Diseminada (CID) y SDOM, cuya mortalidad aumenta proporcionalmente al número de órganos afectados y a la duración de la disfunción de los mismos.

Si predomina CARS, el sistema inmune puede ser deprimido de tal manera que deja al paciente, a merced de infecciones potencialmente letales.

Es evidente que el amplio espectro de mediadores endógenos daña en un momento dado los propios tejidos, fundamentalmente en los endotelios, de lo que resulta que si bien en el ámbito local, la respuesta pudiera ser beneficiosa para combatir la infección, a escala general ocasiona daño a tejidos sanos que no estaban comprometidos previamente.

La activación de la coagulación por los Monocitos y endotelios lesionados (Ft), hace que ambos sistemas, la Coagulación y la Cascada Inflamatoria trabajen en concierto, potenciándose los efectos de una con los de la otra, de tal manera que el proceso de la coagulación está notablemente estimulado (CID) y caracterizado por un gran incremento en la formación de depósitos de fibrina en forma de microtrombos, en la vasculatura de la microcirculación, dando lugar a isquemia de órganos y tejidos.

Además, el último tiempo del proceso de la coagulación, que es la Fibrinólisis, queda bloqueado por la presencia del (PAI-1)Activador-Inhibidor del Plasminógeno Tipo-1, producido por el endotelio lesionado, que inhibe la transformación del Plasminógeno Tisular en Plasmina. -La Plasmina es el cimógeno que disuelve al coágulo y permite el restablecimiento de la circulación una vez que la coagulación normal ha cumplido su cometido-. A este proceso antifibrinolítico, se suma otro bloqueador más del mismo, dependiente de la Trombina: el TAFI (Inhibidor de la Fibrinólisis Derivado de la Trombina Activada).

De este modo, el proceso de desbalance homeostático, que implica la Sepsis, queda referido a la participación conjunta y mutuamente amplificada, de tres grupos de alteraciones metabólicas y sus consecuencias.

- a) La activación de la Cascada de la Inflamación.
- b) La activación de la Cascada de la Coagulación
- c) El bloqueo de la Vía de la Fibrinólisis

. El resultado, es la presentación sucesiva y en orden de gravedad, de Trombosis microvascular, hipoperfusión, isquemia y lesión tisular. Sepsis Severa, Choque Séptico, SDOM y FOM.

Se ha desarrollado un nuevo paradigma en la fisiopatología de la Sepsis, el cual ve a la Sepsis como una pérdida de la Homeostasis debida a una incontrolada cascada de Inflamación, Coagulación y Fibrinólisis bloqueada.

Estudios recientes han ubicado a la Proteína C Activada (PCA), como un elemento fisiopatológicamente clave para el manejo de la Sepsis Severa, dadas sus propiedades:

- a. Anti-coagulantes
- b. Anti-inflamatorias y
- c. Pro-fibrinolíticas

a) Propiedades Anticoagulantes.- La vía de la Proteína C (Proteína C/S), es un componente clave de la Anticoagulación en la Cascada de la Coagulación, ya que inactiva directamente a los Co-factores Va y VIIIa e impide la formación de la Trombina, limitando la formación de depósitos de fibrina en la microcirculación.

b) Propiedades Anti-inflamatorias.-Merced a sus propiedades anti-inflamatorias, proteína C Activada, es capaz de inhibir la activación de los neutrofilos y de bloquear la producción de Citoquinas a partir de los Macrófagos.

c) Propiedades Pro-fibrinolíticas.-Finalmente, expresa sus propiedades pro-fibrinolíticas, al bloquear tanto al Inhibidor-activador del plasminógeno-1, como al TAFI, liberando la vía de la Fibrinólisis y permitiendo la conversión del plasminógeno tisular en plasmina y a ésta, la licuefacción de los microtrombos obstructivos y el restablecimiento de la circulación órgano-tisular.

La Proteína C activada puede trabajar entonces, para reinstalar el balance, en los tres principales procesos que conducen a la Sepsis Grave: Coagulación, supresión de la Fibrinólisis y supresión de la Inflamación. Efectivamente estudios en grande escala, han demostrado una disminución del riesgo relativo de muerte en 28 días de tratamiento con Proteína C Recombinante humana, del 19.4%.

Es el primer agente que ha probado ser TERAPIA EFECTIVA para pacientes con Sepsis Severa.

La Fisiopatología del Choque Séptico

Los mediadores celulares y las toxinas bacterianas, causan inicialmente un choque circulatorio de tipo distributivo, en un ambiente hiperdinámico manifestado por:

- 1.-Disminución de la TA Media(<70-65).por hipovolemia relativa.
- 2.-Abatimiento de la resistencia vascular periférica (por acción del .ON, lo que implica zonas de lechos vasculares dilatados donde se secuestran volúmenes importantes de sangre.

3.-Fuga capilar consecutiva a las lesiones endoteliales sistémicas, que implica pérdida de volúmenes hacia el intersticio.

4.-Taquicardia, reducción de la post-carga e incremento del gasto cardíaco

5.-Índice Cardíaco elevado

6.-Vasoconstricción esplénica y pulmonar (Endotelina)

7.-Reducción de la diferencia de oxígeno arteriovenoso (en venas pulmonares), lo que revela un déficit celular de la captación de O₂(VO₂)

8.-La Vasodilatación periférica permite observar que la piel del paciente con choque séptico, esta rosada y caliente.

9.-La hipoperfusión tisular, se hace aparente en la oliguria y en el llenado capilar retardado, así como por la Hiper-lactacidemia (>2mleq/l) secundaria a metabolismo anaeróbico.

10.-Presencia del Dímero- D. Testigo de la Coagulación Intravascular subyacente que finalmente conducirá por trombosis microvascular generalizada (CID), al SDOM y finalmente a la FOM.

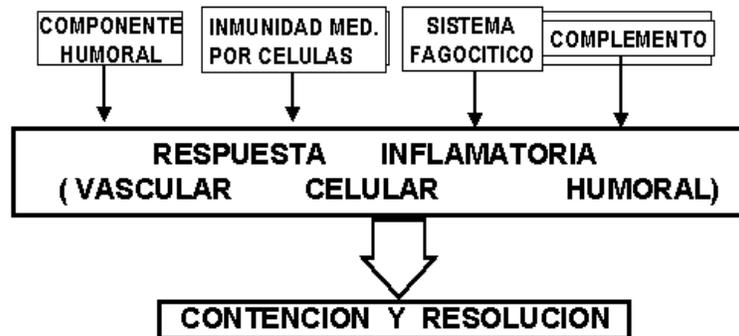
11.-La existencia de Marcadores Biológicos de la Infección, que atestiguan la presencia de infección en la Sepsis y en el Choque Séptico, como son la proteína C Reactiva (PCR) y la ProCalcitonina (PCT), sobre todo esta última cuyo niveles mayores de 5 ng/ml indican la presencia de Sepsis, pero sus niveles bajos o su no identificación, son un razonable parámetro para descartar la Infección como causa de disfunción orgánica o de Choque Séptico

12.-Los cambios clínicos que incluyen vasodilatación periférica importante con disfunción cardíaca, Síndrome de Insuficiencia respiratoria progresiva del adulto presuponen también reducción de la perfusión gastrointestinal (con translocación bacteriana a través de la pared intestinal) y deterioro de la función renal, hepática y endocrina

Debe hacerse notar que en la Sepsis, Sepsis Severa y Choque Séptico , se establece una línea de gravedad creciente, en la disfunción de mecanismos opuestos que normalmente mantienen la Homeostasis.

Por un lado un incremento no controlado de la Inflamación y de la Coagulación, consecutivas a la acción de los mediadores proinflamatorios, lesión de los tejidos endoteliales, expresión del Factor Tisular y producción de Trombina y fibrina. Por el otro lado se encuentra la Fibrinólisis suprimida por los niveles elevados de PAI-1 y el TAFI.,con niveles descendidos de Proteína C. En el punto más extremo de esta línea, se instala una coagulopatía diseminada, con trombosis microvascular. (CID), que bloquea el flujo de sangre a tejidos y órganos, produciendo SDOM y FOM.

MECANISMOS DE DEFENSA DEL HOSPEDERO



MANEJO DE LA SEPSIS SEVERA Y DEL CHOQUE SÉPTICO

El control y manejo de la Sepsis Severa y del Choque Séptico, esta basado en dos principios fundamentales:

A) Detección precoz y control del Foco séptico

B) Medidas de soporte Hemodinámico, con una adecuada reposición de volumen y el empleo circunstancial, de agentes vasopresores.

A. DETECCIÓN PRECOZ Y CONTROL DEL FOCO SÉPTICO.-

Que permiten por un lado un adecuado control de la fuente de infección y por el otro el empleo de una terapia antibacteriana apropiada.

1) Control de la Fuente de Contaminación.-Incluye tres grandes campos de acción como son: Drenaje de abscesos, Debridación de tejidos infectados desvitalizados y Remoción de cuerpos extraños (catéteres) colonizados.

a) El drenaje de los abscesos superficiales se hará a cielo abierto y el de los profundos abdominales, de preferencia por punción drenaje percutaneo bajo control ultrasonográfico o tomográfico.

b) La Debridación de los tejidos desvitalizados (que son campo propicio para la proliferación bacteriana), se hará de preferencia hasta que esté bien demarcada la línea de separación con los tejidos sanos a fin de evitar sangrados innecesarios durante el procedimiento.

c) Remoción de cuerpos extraños infectados como catéteres intra-vasculares, abdominales, urinarios, prótesis articulares o vasculares etc.

2) Terapia Antimicrobiana apropiada.-Cuando el medico se enfrenta por primera vez al paciente con Sepsis Severa o Choque Séptico, desconoce la bacteria causal, por lo que el tratamiento debe iniciarse de inmediato bajo

los criterios de manejo empírico. Estos criterios son guiados por el conocimiento del sitio más común de asiento del foco y por el de los gérmenes infectantes más comunes en ese tipo de foco. El pulmón es el sitio de infección más común (40%), seguido en frecuencia, por bacteriemia(20%), el abdomen(20%) y aparato urinario(15%), como los cuatro sitios más frecuentes.

En términos del tipo de germen, los Gram. (+) y los Gram. (-), causan Sepsis con igual frecuencia. Los gérmenes G (+), más frecuentes son: Estafilococos Áureos y Estreptococo Neumoniae y los más comunes G(-), son Escherichia coli, Klebsiella species, Pseudomona species y Enterobacter species. Por lo tanto el manejo empírico debe cubrir antibacterianos tanto para G (+), como para G(-), mientras se tienen los resultados del frotis de Gram. y sobre todo, el de los cultivos.

En términos generales un antibacteriano b-lactámico adicionado de un aminoglucosido, cubren el amplio rango de bacterias (G-) productoras de Sepsis Severa y de Choque Séptico.

Sin embargo desde el advenimiento de antibióticos bactericidas de amplio espectro como las Cefalosporinas de tercera y cuarta generación (Cefpirona y Ceftazidime) o los Carbapenemes (Imepenem-cilastatina o Meropenem), la Monoterapia tiende a sustituir a las combinaciones que incluyen aminoglucosidos(de oto y nefrotoxicidad comprobada), en el manejo empírico de los pacientes con Sepsis Severa o con Choque Séptico. Otros candidatos para Monoterapia en esta patología son: la Ticarsilina-clavulanato y la Piperacilina-tazobactam, que no solo han mostrado actividad contra G (-) y G (+), sino también contra Anaerobios. En los casos de G(+), la Vancomicina y la Eitcoplanina, cubren el espectro específico Anti-G(+).

Aunque con poca incidencia (5%), debe mencionarse que los casos de Candidiasis (y Fungosis en general) corresponde manejarlos ya sea con Fluconazol o con Amfotericina B

B. MEDIDAS DE APOYO HEMODINÁMICO.-

El Choque Séptico está asociado con hipovolemia relativa o absoluta, consecutiva a la pérdida de líquidos a un tercer espacio (peritonitis, pancreatitis), secuestro de líquidos en la vasodilatación sistémica (mala distribución), o por pérdida hacia el intersticio por fuga capilar. La primera medida en el manejo de este problema será entonces corregir el déficit del volumen intravascular con la infusión de soluciones de cristaloides o coloides.

La meta de la reanimación con líquidos de reposición en el Choque Séptico, es la restauración de la perfusión tisular efectiva y la normalización del metabolismo celular.

Los cristaloides son los líquidos de elección, para la reposición de volúmenes, requiriendo en ocasiones de 4 a 8 lts (20 a 30 ml /Kg./ Hora) para alcanzar una presión en cuña pulmonar de 12 a 15 mmHg. La que en caso necesario, puede dejarse elevar hasta 18 mmHg ,para recuperar con solo reinfusión de líquidos, la perfusión tisular, la estabilidad hemodinámica, el aumento del débito cardiaco y aumento del DO₂.

La hipotensión persistente, a pesar de una adecuada reposición de volúmenes, será manejada con el apoyo de fármacos vasopresores. El de elección es la Noradrenalina(NA), catecolamina de propiedades puramente a-adrenérgicas, que a la dosis de 0.5 a 5.0 Mcg,/kg/Min, revierte las anormalidades hemodinámicas y metabólicas del Choque Séptico, ya que mejora marcadamente la presión arterial media, el débito cardiaco , la perfusión tisular, la oxigenación y la filtración glomerular.

Debe por lo tanto, cuando se contempla su uso, utilizarse precozmente, con objeto de prevenir daño orgánico de manera oportuna y no utilizarla como último recurso.

Cuando el débito cardíaco sea bajo, en el paciente con Choque Séptico, la Dobutamina es el agente Inotrópico de elección.

Como medidas complementarias, deben mencionarse la administración suplementaria de O₂, para mantener una saturación oximétrica de 90%, con el uso de sistemas simples o con intubación endotraqueal para procurar entonces presión positiva al final de la inspiración, para reducir la concentración de O₂ por debajo de potenciales tóxicos (FIO₂ < 0.60).

De la misma manera tomando en cuenta que Sepsis es un estado hipercatabólico, se recomienda apoyo nutricional de preferencia por vía enteral, para prevenir la translocación bacteriana, con una ingesta d 25 a 30 kcal/kg del peso habitual.

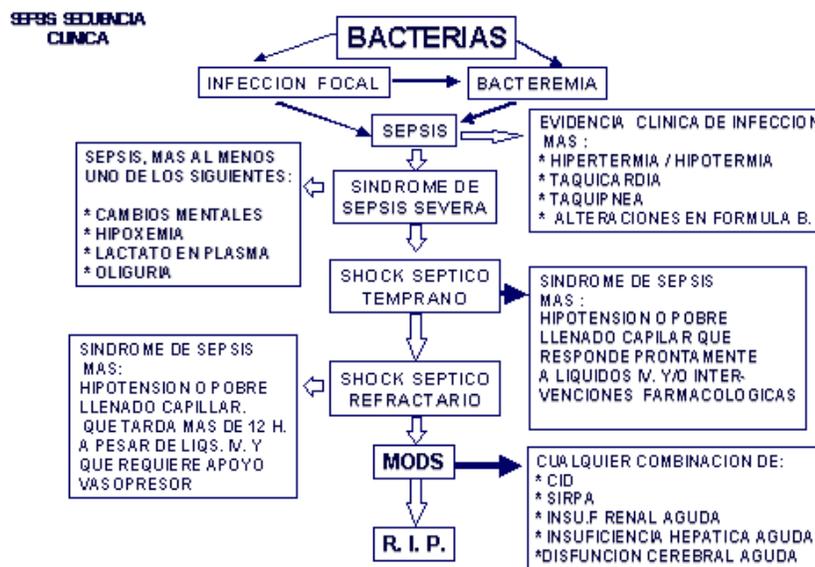
Es importante prevenir en estos pacientes el sangrado por úlcera de estrés, con bloqueadores de la bomba de protones.

Finalmente prevenir tromboflebitis, con medias elásticas y ejercicios. Las dosis profilácticas de heparina para estos fines están contraindicadas cuando exista trombocitopenia o hemorragias activas o recientes.

Desde e punto de vista histórico, se han propuesto muchas alternativas para el manejo de la Sepsis Severa y el Choque Séptico, casi todas dirigidas a la modulación inmunológica de los componentes fisiopatologicos del proceso o a su contrastación con antagonistas específicos, los cuales han proporcionado resultados decepcionantes hasta el momento. Sin embargo la observación de que en los casos de gravedad o mala evolución, siempre existía una disminución o abatimiento de la proteína C (junto con otros factores como la ATIII, por ejemplo), llevó a estudiar a fondo las funciones de esta proteína, llegándose al conocimiento de que la Proteína C activada es uno de los principales sistemas reguladores de la

hemostasia, la inflamación y la fibrinólisis, a través de sus propiedades antitrombóticas, profibrinolíticas y antiinflamatorias, de manera de que se ha logrado con su empleo a gran escala, una reducción de riesgo relativo de mortalidad en la Sepsis Severa y Choque Séptico de 19.4% y de un 6% de reducción absoluta en la mortalidad, en pacientes graves con dos o más fallas y con un Apache II de 25.

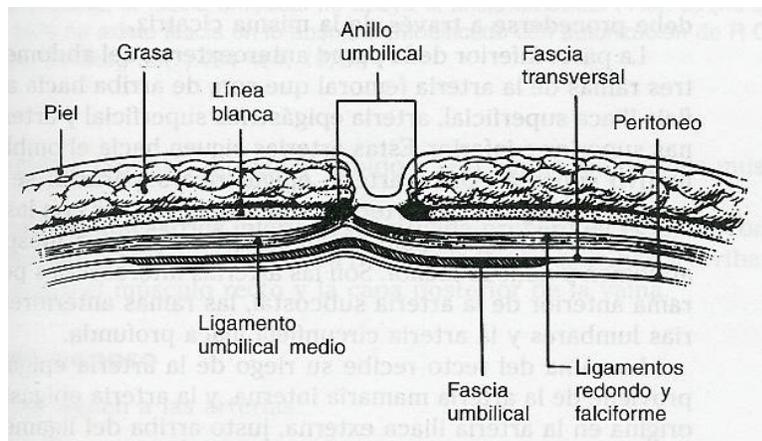
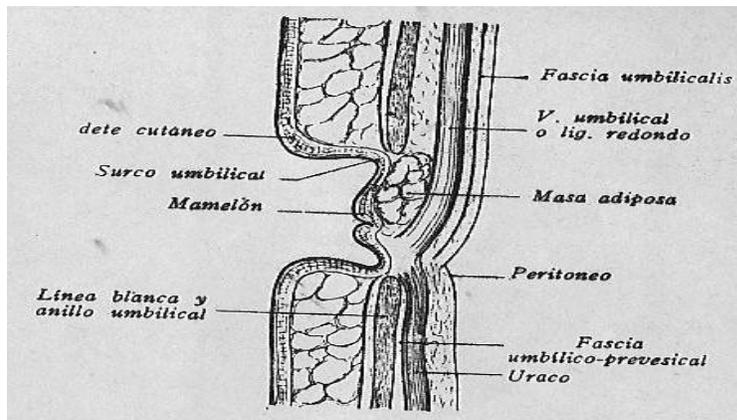
Es evidente que por primera vez se tiene un fármaco que muestra una acción realmente curativa en este problema de tan difícil manejo y que es el principio tal vez de nuevos enfoques terapéuticos que permitan el manejo cada vez más efectivo de la Sepsis Severa y del Choque Séptico



4.6. HERNIAS UMBILICALES

Son aquellas que hacen protrusión a través del anillo umbilical no obliterado en la vida embrionaria, que serían las hernias congénitas, o bien a través de un anillo umbilical abierto después del nacimiento, que serían las hernias adquiridas del niño y del adulto.

El anillo fibroso que queda después de la caída del cordón umbilical está cubierta por una fascia que va de lado a lado, fascia de Ricket, a este anillo llegan desde abajo: los restos fibrosos de las arterias umbilicales y el cordón fibroso del uraco, llegando desde arriba el cordón de la vena umbilical.



CAUSAS PREDISPONENTES

Obesidad, embarazos, partos repetidos, disminución brusca de peso en los obesos, tumores intracavitarios, esfuerzos en constipados, prostáticos y tosedores, además las aponeurosis de los músculos anchos del abdomen hacen tracción sobre las vainas de los rectos separándolos.

CUADRO CLINICO

Tumoración en cicatriz umbilical.
Rara estrangulación en infantes
Dolor al esfuerzo abdominal
Tumoración palpable

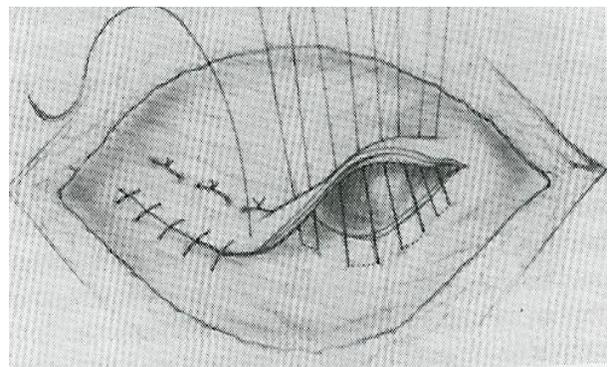
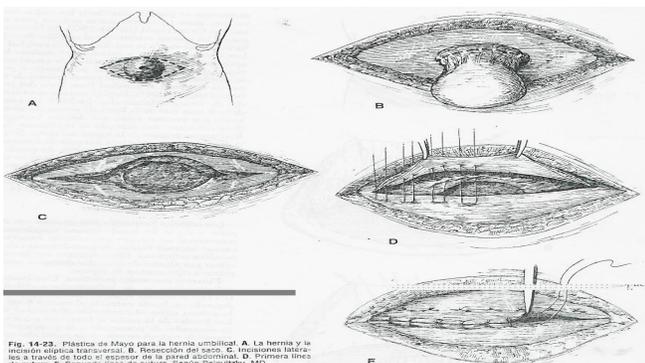
TRATAMIENTO

Técnica de Gross: Despegamiento.
Técnica de Grown: Embrocado hasta formar costra.
Técnica de Shuster: Plancha de Marlex cubierta con Silastic; haciendo tracciones sucesivas.
Intubación nasogátrica y probablemente respiratoria, nutrición parenteral

HERNIA UMBILICAL TAMAÑO GRANDE

Se reseca piel, ombligo y tejido graso en forma de elipse
Corte del saco herniario
Cierre del defecto en forma transversal
Cierre de línea blanca

Colocación de malla



V.-METODOLOGÍA

5.1 ESTUDIO DE CASO

Polit y Hungler (2000) definen al estudio de caso como investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades, siendo tales entidades un individuo, un grupo, instituciones, etc. El objetivo es describir y comprender en profundidad y con detalle, los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo y la atención del caso objeto de estudio.

El caso mismo en su integralidad es fundamental para la investigación. Las técnicas que se utilizan para recolectar la información suelen ser predominantemente cualitativas (observación, documentos, entrevistas), aunque también se produce información cuantitativa (por ejemplo, registros de análisis paraclínicos). Otra característica importante en los estudios de caso es que las observaciones se realizan durante un largo periodo de tiempo, generando en ocasiones “series de tiempo”, en las cuales es posible mostrar como evoluciona en nuestro caso un usuario durante toda su estancia hospitalaria. En tanto estrategia de investigación, el estudio de casos presenta ventajas importantes: la más destacada es la amplitud, detalle y profundidad de las descripciones que son posibles de realizar respecto al caso estudiado. Las limitaciones que se señalan más frecuentemente tienen que ver con dos aspectos distintos. Por un lado, su reducida confiabilidad, si el estudio sólo se basa en técnicas de observación realizadas por un único investigador, un problema que puede considerarse aún más importante si como es nuestro caso, el sujeto que realiza la investigación es a la vez uno de los sujetos que tiene la responsabilidad de prestar la atención al usuario. Por otro lado, se cuestiona la generalización que pueda realizarse a partir de las explicaciones sugeridas para un único caso, en la medida en que por ejemplo, no se ha podido controlar esas mismas explicaciones en otro caso.

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACION

El estudio de caso que aquí se presenta fue realizado en la unidad de cuidados intensivos del centro de especialidades médicas del estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio”, en el mes de noviembre del año 2005, desarrollado dentro del marco de actividades programadas por el postgrado de Enfermería del Adulto en Estado Critico, desarrollado por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

El estudio de caso corresponde a una persona de 54 años de edad que se encuentra internada en la unidad de cuidados intensivos; con alteración infecciosa generalizada, que por el gran impacto que causa en la persona a nivel sistémico esta patología, se hace interesante el proceso patológico que con lleva a una recuperación lenta o a una complicación irreversible.

Se le hizo un seguimiento que constó de una valoración generalizada y cuatro focalizadas, se formularon diagnósticos de enfermería con sus respectivas acciones. Finalizando el estudio con la presentación de los resultados de las intervenciones desarrolladas y conclusiones obtenidas del desarrollo del seguimiento del estudio de caso.

Las fuentes secundarias utilizadas fueron el expediente clínico, la interacción con otros profesionales de salud, los familiares de la persona, así como fuentes bibliográficas y electrónicas

5.3 CONSIDERACIONES ETICAS

Durante los años noventa y en prácticamente todos los países del mundo, antes en los más desarrollados que en los subdesarrollados, tanto las autoridades como los colegios profesionales, se han ocupado de establecer un marco ético que regule las relaciones médico-enfermero-paciente. Este esfuerzo se ha cristalizado en Códigos de Ética (por ejemplo, México y Costa Rica). Leyes de atención y de acceso al expediente médico (por ejemplo, la Ley de la comunidad Autónoma de Galicia el 2001), Leyes Generales de salud (por ejemplo, la Ley Mexicana y reglamento), Declaraciones de Derechos del paciente (por ejemplo, de la American Hospital Association) y diversas comisiones de arbitraje y conciliación médicas instaladas para resolver extrajudicialmente los litigios surgidos en los tratamientos intra y extra-hospitalarios.

Este marco ético y jurídico tiene entre sus diversos motivos, el reconocimiento de que los usuarios de servicios de salud se encuentran en una relación muy particular con los prestadores de los servicios.

La particularidad de la relación se fija en dos características. Por un lado, los prestadores detectan un conocimiento privilegiado, de carácter científico, que les confiere autoridad psicológica sobre los usuarios y que respalda los diagnósticos, las prescripciones y sugerencias que puedan hacer. Por otro lado, los usuarios de los servicios acuden a éstos porque se auto-reconocen como "enfermos", estos es, disminuidos o carentes en la satisfacción de sus necesidades humanas por razones que, por lo general, desconocen más allá de la sintomatología. Una relación de este tipo tiene como consecuencia asimétrica.

De la anterior descripción tipificada surge la noción de que los usuarios de los servicios de salud conforman poblaciones con diferentes niveles de vulnerabilidad en la medida en que la realización de sus derechos humanos se encuentra supeditada a la rectitud del obrar de los prestadores, sin que en principio, puedan existir fuertes garantías. La sociedad espera que tal garantía pueda verificarse precisamente a través de la auto-regulación ética de los profesionales de la salud y las declaraciones de los derechos de los pacientes asegurados legalmente.

5.4 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Existen diferentes definiciones del consentimiento informado que por lo general son concordantes en distintos aspectos y planos en los que se aplica. En primer lugar, todos hacen acuerdo en distinguir el consentimiento de un mero “asentamiento del paciente”, mientras que el primero implica un acto de libre decisión sobre la participación del sujeto en los procedimientos médicos y por el cual se requiere de una información precisa, rigurosa y sencillamente comprensible, el segundo referiría a un procedimiento de notificación al paciente de los actos que se le practique sin margen significativo para una decisión contraria.

En segundo lugar, las definiciones de consentimiento informado han de aplicarse tanto a la terapéutica médica y de enfermería como a los procesos de investigación. Los autores marcan que se debe requerir de la decisión expresa de la persona para la realización de actos quirúrgicos o cualquier otro tratamiento, sean para sí o para realizarse en un menor de edad y para tal situación ya se han dispuesto varias formulas escritas a ser completadas. Este es el sentido por ejemplo con que se escribió el término en el Manual de Ética del colegio de médicos americanos de 1984:

El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y normalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometido a estos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica del paciente.

Ahora bien, el consentimiento informado debe ser requerido también a los efectos de realizar investigaciones en las cuales el paciente es el “objeto” de análisis.

En México estas consideraciones son tomadas en cuenta en la Ley General de Salud, sin embargo, existe un sesgo notorio que privilegia las actividades de investigación por encima de las meramente asistenciales. En el Título Quinto sobre Investigación para la Salud, en la Fracción IV del Artículo 100, se menciona la necesidad de contar con el “consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación.... Una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud”.³

³ REVISTA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA/Vol. 55,Núm 3/ Mayo-Junio,2003

Las anteriores consideraciones éticas si bien originalmente fueron desarrolladas para regular las acciones de los médicos, claramente se han extendido a la enfermería. En el Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México (SSA,2001), en el capítulo II, artículos 2º a 6º se establecen como deberes de las enfermeras:

“respetar el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado”

“conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona”

“comunicar a la persona los riesgos cuando existan”⁵

En atención a todo el marco anteriormente desarrollado, este estudio de caso tuvo presente la necesidad de realizar los pasos necesarios para obtener el consentimiento de la persona, aunque tal como había sido planteado el rol de la estudiante no supondría acción ni terapéutica alguna que la afectara en sus derechos humanos.

⁵ REVISTA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA/Vol. 55,Núm 3/ Mayo-Junio,2003

VI.- PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

NOMBRE: M. Z. G. **EDAD:** 54 años **SEXO:** FEMENINO
ORIGINARIA DE: JUCHIQUE DE FERRER **ESTADO CIVIL:** CASADA
OCUPACIÓN: LABORES DEL HOGAR **RELIGION:** CATOLICA
ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA
INGRESA ATRAVÉS DE: URGENCIAS
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
FECHA DE INGRESO: 02/XI/05 **NÚMERO DE CAMA O HABITACIÓN:** C.2
PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN: SU HIJA
ENFERMERA QUE REALIZA LA VALORACIÓN : L.E. I. ITZEL MARTINEZ MURRIETA
DIAGNÓSTICO MÉDICO: CHOQUE SÉPTICO

6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

Se presenta una recopilación de los antecedentes personales patológicos, no patológicos y heredo-familiares de la sra. Marcelina, tomando esto como punto de partida para su padecimiento y evolución del presente estudio de caso.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

La sra. M.Z.G de 54 años de edad residente del poblado de Juchique de Ferrer, casada. Estudios con primaria incompleta, se dedica a labores propias del hogar aunque le gusta el comercio y atiende una pequeña tienda en su hogar, ella es dinámica e hiperactiva, presenta enfermedades propias de la edad, no le gusta fumar y no ingiere alcohol.

Su vivienda es de concreto cuenta con los servicios básicos de luz, agua, gas y drenaje, consta de 4 habitaciones (2 recamaras, sala comedor y cocina), piso de azulejo.

Su alimentación es variada de acuerdo a lo mencionado por su hija en cantidad y calidad (pastas, carnes rojas, blancas, frutas y verduras), le gusta la comida copiosa. En cuanto a sus hábitos higiénicos se baña todos los días, duerme seis horas aproximadamente, le gusta salir a divertirse con su familia al parque del pueblo.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Sus padres de la sra. M.Z.G. vivos, su papá es cardiópata tiene 88 años ha padecido dos infartos que han sido atendidos a tiempo a un esta bajo tratamiento,

además de padecer colitis de tipo nervioso; su mama tienen la edad de 86 años ella es hipertensa con tratamiento permanente.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

La Sra. M.Z.G., nunca ha sido hospitalizada antes de su padecimiento actual, niega antecedentes quirúrgicos, traumáticos o alérgicos

ANTECEDENTES GINECO- OBSTETRICOS

Menarca a los 11 años, V.S.A. 17 años, Gesta 5, Para 5, Cesárea 0, abortos 0 ; nunca se ha realizado el papanicolao.

PADECIMIENTO ACTUAL

Persona en la quinta década de la vida inicia su padecimiento hace 3 meses por presentar Dx. hernia estrangulada efectuando resección intestinal con EEATT(Entero Entero Anastomosis Terminal Terminal) y colocación de malla, evolucionando con cuadro doloroso abdominal, siendo revalorada con datos de obstrucción intestinal, abdomen distendido, ante resultados obtenidos deciden someterla a laparotomía exploradora, encontrando intestino delgado con perforación a nivel del sitio de la anastomosis por obstrucción intestinal, peritonitis generalizada 4000ml. de material purulento fétido, se realiza lavado de cavidad, resección intestinal, colocación de drenajes bilateral, y cierre de la herida colocando puentes de contención.

Enviada de la ciudad de Martínez de la Torre, ante deterioro en el transoperatorio, cursando con inestabilidad hemodinámica requiriendo de atención en la unidad de cuidados intensivos. Ingresó intubada con ventilación asistida, inquieta, se conecta a ventilador volumétrico previa administración de sedante y relajante para acoplamiento de la ventilación mecánica. Es diagnosticada con alteración infecciosa generalizada de origen abdominal con peritonitis generalizada, con afección a sistemas fisiológicos mayores.

VII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

7.1 VALORACION CEFALOCAUDAL 07/NOV/05

Persona femenina, bajo efectos de sedación en infusión en una escala ramsay IV, a la observación presenta edema generalizado godete (+++), mucosas orales húmedas de color rozado presenta secreciones orofaríngeas, piezas dentales completas con presencia de caries, su piel es seca., cabello de color castaño seco con facilidad de desprendimiento, cabeza y cráneo simétrico, proporcional al resto de su cuerpo, al realizar la palpación no presencia de masas ni tumoraciones, su cuello es corto rotación adecuada se realiza con cuidado y no en su totalidad debido a la presencia del tubo endotraqueal, cejas con buena implantación, párpados íntegros, conjuntivas hidratadas, fondo de ojo normal, pupilas isocóricas normoreflexicas, pabellones auriculares con buena implantación no salida de liquido, colocación de sonda nasogastrica en narina derecha a derivación drenando material gastrobiliar, cavidad oral hidratada no se puede valorar completamente ya que tiene colocada cánula de guedel, no se palpan ganglios inflamados, traquea con buena posición anatómica, intubada con cánula endotraqueal #7 con los siguientes parámetros ventilatorios modalidad CMV(Ventilación Mecánica Controlada), volumen corriente 0.65, frecuencia respiratoria 18x', Fio2 (fracción Inspirada de oxígeno)60%, presión soporte de 16 cmh₂O; se observa tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, a la auscultación murmullo vesicular presente, movimientos torácicos con buena amplexión y amplexación; se observa en región subclavia derecha presencia de catéter doble lumen, por medio del cual se infunden solución mixta 500ml. Con 20meq. De cloruro de potasio, para 24 hrs. y midazolam 100mgs en 100ml de solución fisiológica. Abdomen globoso, (a expensas de panículo adiposo y edema) de consistencia dura a la palpación. A la auscultación peristálsis ausente, presenta una herida quirúrgica de aproximadamente 15centímetros de longitud producto de una hernia estrangulada complicada con dehiscencia de anastomosis. Además presenta dos saratogas bilateral drenando material seroso. Sus genitales íntegros en apariencia normal tiene colocada sonda foley #16 con fecha de instalación 02/XL/05 drenando orina de color amarillo, inholora, con un volumen de 2ccxkg de peso/x/hora. Miembros inferiores con presencia de edema, pies íntegros uñas cortas presencia de resequedad en la planta de los pies.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LAS NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

Oxigenación

Signos vitales del turno:

F.C. 80 X'	F.R. 18X'
T.A. 148/98mmHg	TEMP. AXILAR 36.9
T.A.M. 114	SAT. 97%

Su estado neurológico bajo efectos de sedación con una escala de Ramsay de IV, vía aérea con cánula endotraqueal # 7fr con globo insuflada con 5cc de aire a 20 mmHg con apoyo de ventilación mecánica, ventilador volumétrico con los siguientes parámetros:

Volumen corriente 0.65

Frecuencia respiratoria programada 18x'

Fracción inspirada de oxígeno 60%

Modalidad controlada

Presión soporte 16.

Se observa tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, a la auscultación murmullo vesicular presente, movimientos torácicos con buena amplexión y amplexación, se toma una gasometría obteniendo los siguientes resultados:

PH	7.39mmol/L
PCO ₂	26.6mmhg
PO ₂	102.2mmhg
HCO ₃ ACT	15.9mmol/L
BE	-9.0mmol/L
SATO ₂	98%

la presión de oxígeno por arriba de los parámetros normales (75-100 mmHg) encontrando un balance entre ácidos y álcalis Acidosis Metabólica Compensada, existe una retención de hidrogeniones producida por actividad metabólica y pérdida de bicarbonato originada de manera endógena.

Nutrición e Hidratación

Cursa con 5° día de estancia intra hospitalaria tiene colocada sonda nasogastrica en narina derecha a derivación drenando material gastrobiliar, en ayuno, su cabello de color castaño seco con facilidad de desprendimiento, mucosas orales húmedas de color rozado presenta secreciones orofaríngeas, piezas dentales completas con presencia de caries, su piel es seca.

Abdomen globoso, (a expensas de panículo adiposo y edema) de consistencia dura a la palpación. A la auscultación peristálsis ausente.

Medidas antropométricas:

Peso aproximado 85kgs Talla 1.46cmts, Presión venosa central (PVC) 12cmH₂O.

Resultados de Laboratorio:
Hemoglobina 14g/dl. Hematocrito 259.6% Glucosa central 102mg/dl

Se encuentra en AYUNO

Piel y mucosas

Se observa piel seca, la persona presenta edema generalizado godete (+++), siendo más visible en extremidades superiores e inferiores así como en zona periorbital.

Presión venosa central (PVC) 12cmh₂o.

Resultados de Laboratorio:

Na	142mmol/L	K	2.80mmol/L	Cl	110mmol/L
Ca	mg/dl	P	mg/dl	Mg	mg/dl
Creatinina	2.80mg/dl	Albúmina	1.50gr/dl		

Mantiene infusión de furosemide con un balance global negativo.

Eliminación

Sonda vesical # 16 de dos vías, 5° día de instalación drenando orina de color amarillo . aspecto claro en cantidad de 2cc/ Kg./ hora. El día de hoy no ha presentado evacuaciones, tiene colocado dos saratogas bilateral drenando material seroso

Postura y movimiento

Se encuentra en la cama #2 de UCI , en decúbito dorsal posición semifowler, con alineación y posición adecuada de cabeza, cuello, y columna. La capacidad para moverse, estar de pie o sentada esta alterada por el estado de sedación en que se encuentra

No le pueden realizar cambios de posición por posible eventración de la herida quirúrgica y los saratogas colocados lateralmente en el abdomen están activamente drenando.

Descanso y sueño

Tiene infusión de sedación, responde a estímulos externos con movimientos oculares, palpebrales y apertura ocular leve.

Vestirse y desnudarse

La persona presenta una fuerza muscular 2/5 como consecuencia del uso de la sedación en infusión a base de midazolam por lo cual depende totalmente del personal de enfermería para el cambio de ropa de cama y el de su propio uso, para protección corporal la persona utiliza pañal desechable bata de paciente, sabana estándar y si lo requiere cobertor, para la prevención de éstasis venosa la colocación de vendas o mallas elásticas

Termorregulación

Cursando con normotermia durante el turno vespertino, su superficie corporal se encuentra en óptimas condiciones.

Higiene corporal y protección de la piel

Por la mañana se realiza baño de esponja, la piel se encuentra seca, cabello de color castaño seco con facilidad de desprendimiento, cavidad oral ocupada por cánula endotraqueal.

La persona tiene instalado catéter doble lumen colocado (04/XL/05) en vena subclavia de lado izquierdo , tubo endotraqueal, sonda nasogastrica, sonda foley, a la observación no se encuentran datos de infección, se utilizan medidas universales de protección. Presenta herida quirúrgica producto de laparotomía exploradora- aproximadamente de 15ctms de longitud , en apariencia limpia cerrada con puntos de contención tensos , con dos saratogas bilateral drenando material seroso.

Presenta úlceras por presión en glúteo derecho y ambos talones, grado II según la escala de Norton. Se realiza evaluación y valoración de ambas lesiones:

Localización	Características
Glúteo derecho	Flictema de 6cm de diámetro
Talón izquierdo	Flictema de 2cm de diámetro
Talón derecho	Flictema de 4cm de diámetro

Seguridad

Se encuentra en cama eléctrica la cual tiene barandales para protección del paciente.

Comunicación

Se encuentra bajo sedación continua, pero tiene apertura palpebral al estímulo.

Valores /creencias/ religión

Religión católica

Realización

Solo se dedica a labores del hogar

Recreación(información proporcionada por su hija)

Salía con frecuencia a dar la vuelta al parque o de compras con su hija, por las tardes le gusta ver la televisión.

A la hora de visita en la unidad de cuidados intensivos, han asistido con frecuencia sus hijos.

Aprendizaje

No se puede valorar debido al estado de la persona

Su hija la que se encuentra a cargo de la persona esta informada de su estado actual y conoce las posibles complicaciones que pudieran presentarse

OXIGENACIÓN

Signos vitales durante el turno:

F.C. 85 X'	F.R. 28X'
T.A. 177/108mmHg	TEMP. AXILAR 37.3
T.A.M. 130 mmHg	SAT. 95%

La Sra. Marcelina se encuentra en posición fowler, en estado de sedación que de acuerdo a la escala ramsay III con respuesta solo a ordenes verbales.

La cavidad oral posee cánula orotraqueal permeable por medio de la cual recibe apoyo de ventilación mecánica hoy se ha avanzado a modalidad Ventilación Mecánica Sincronizada Intermitente (SIMV por su siglas en ingles) con los siguientes parámetros: Fio2 50%, Vol. Corriente 0.65, Fr. 14x' presión positiva al final de la espiración de 3 cm. h₂O. (PEEP por sus siglas en ingles), Presión soporte 10 cm. h₂O. En tórax anterior se observa expansión simétrica durante la inspiración, se auscultan campos pulmonares ventilados, se aspiran secreciones endotraqueales escasas, la gasometría reporta hiperoxemia.

Durante el turno presenta polipnea de 28 X', sus pulsos radial, cubital y humeral presentan buen ritmo e intensidad, su llenado capilar es de 2segundos.

PH	7.40mmol/L
PCO ₂	36.4mmhg
PO ₂	109.2mmhg
HCO ₃ ACT	28 mmol/L
BE	-3.4mmol/L
SATO ₂	95%

Interpretación: La presión de oxígeno por arriba de los parámetros normales (75-100 mmHg) encontrando un balance entre ácidos y álcalis

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Continua en ayuno, sonda nasogastrica a derivación con gasto de liquido gastrobiliar un total durante el turno de 100ml, su abdomen a la palpación es blando y depresible, a la auscultación ruidos peristálticos disminuidos; Hoy inicia nutrición parenteral total a 75ml/hr.

ELIMINACIÓN

Continua con sonda foley, drenando a bolsa cistoflow orina concentrada de 30 a 40ml por hora, hoy cursa con oliguria. Presenta edema generalizado +++ y un balance global positivo. Los saratogas drenan material seroso en menor cantidad durante el turno 10ml en total.

7.1.2 ANALISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Los exámenes del día reportan glucemia de 107 mg/dl, hiperazoemia BUN 99.00mg/dl, Urea 211.86 e hipoalbuminemia 1.50gr/dl. La gasometría se encuentra la presión de oxígeno por arriba de los parámetros normales (75-100 mmHg) encontrando un balance entre ácidos y álcalis. La placa de tórax muestra buena ventilación de ambos campos pulmonares

7.1.3 JERARQUIZACION DE PROBLEMAS

Polipnea
Gasometría con hiperoxemia
Oliguria
Edema +++
Hiperglucemia
Datos de íleo

7.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Necesidad temporal y parcialmente dependiente de oxigenación (falta de fuerza)

DX: Alteración de la función respiratoria relacionada con presencia de secreciones traqueobronquiales manifestado por hiperoxemia y polipnea

Necesidad temporal y parcialmente dependiente de nutrición (falta de fuerza)

DX: Riesgo de presentar elevación de la glucosa sérica por arriba de 120 mg/dl. Relacionado con presencia de nutrición parenteral total.

Necesidad temporal y parcialmente dependiente de eliminación (falta de fuerza)

DX: alteración en la eliminación urinaria relacionada con disminución de la filtración glomerular manifestado por edema generalizado +++, oliguria 0.3ml/kg/hr. y un balance global positivo

DX: riesgo de presentar íleo paralítico relacionada con estado post-operatorio de hernia estrangulada

7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

NECESIDAD DE OXIGENACION

Complicación Potencial.- Alcalosis Metabólica

NECESIDAD DE NUTRICIÓN

Complicación Potencial.- Hipovolemia

Complicación Potencial.- Hemorragia Gastrointestinal

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Complicación Potencial.- Edema Pulmonar

Complicación Potencial.- Hiperkalemia

7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DIAGNOSTICO:

Alteración de la función respiratoria relacionada con incremento del trabajo respiratorio manifestado por hiperoxemia y polipnea

Objetivo: Colaborar con el equipo multidisciplinario para corregir la hiperoxemia, mantener la frecuencia respiratoria en valores normales 12-16 x'

CUIDADOS INTERDEPENDIENTES DE ENFERMERIA:

Mantener vía aérea permeable. Las secreciones que se acumulan reducen la ventilación alveolar y contribuyen la hipoxemia y al aumento del trabajo respiratorio.

Colocar al paciente en posición que favorezca la respiración

Realizar cambios frecuentes de posición, los cambios de posición de la persona favorece el movimiento de las secreciones endotraqueales

Tomar gasometría arterial por turno y evaluar cambios en parámetros del ventilador

Evaluación: se comenta con medico de guardia resultado de gasometría quien sugiere se ajusten parámetros en el ventilador, logrando así que la persona ventile mejor y su ciclo inspiración- espiración es más profundo, en el turno se corrige polipnea

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN

DX: Riesgo de presentar elevación de la glucosa sérica por arriba de 120 mg/dl. relacionado con presencia de nutrición parenteral total.

Objetivo: Mantener los niveles de glucemia capilar entre los valores de 80-150mg/dl

Intervenciones:

- Control de la glucemia capilar cada 4 hrs.
- Control de la velocidad indicada en tiempo indicado
- Verificar resultados de laboratorio de BUN (nitrógeno ureico en sangre)
- Identificar oportunamente datos de diuresis osmótica
- Control estricto de líquidos

Evaluación: la persona en el transcurso del turno presenta glucemias capilares dentro del rango establecido, sin presentar datos de diuresis osmótica.

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DX: alteración en la eliminación urinaria relacionada con disminución de la filtración glomerular manifestado por edema generalizado +++, oliguria 0.3ml/kg/hr. y un balance global positivo

Objetivo: disminución del edema

Intervenciones:

- Realizar vigilancia estricta de ingresos y egresos de líquidos cada hora
- Medir PVC (presión venosa central) y registrar constantes vitales cada hora
- Posición semifowler
- Realizar balance global cada 24hrs
- Corroborar fovea para comparar si avanza o disminuye el edema.
- Colocar vendaje compresivo de miembros inferiores
- Evaluar la respuesta de diurético en infusión.

Evaluación: mejoran los niveles de diuresis horaria 50ml/hr. Pero no se logra disminuir el edema por el momento

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE EL PROBLEMA INTERDEPENDIENTE DE LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

COMPLICACIÓN POTENCIAL alcalosis metabólica

Objetivo: detectar y corregir las complicaciones de la alcalosis metabólica

CUIDADOS INTERDEPENDIENTES DE ENFERMERIA:

- Descartar los signos y síntomas tempranos de la alcalosis metabólica (hormigueo de los dedos de las manos, aumento del bicarbonato, aumento ligero del bióxido de carbono, disminución de los niveles séricos de cloruro, potasio y calcio) la disminución en el nivel de calcio iónico causa un incremento de los síntomas.
- Iniciar la fluidoterapia parenteral esto con la finalidad de corregir el déficit de los electrolitos alterados
- Controlar cuidadosamente la administración de cloruro de amonio, si se ha prescrito; el aumento de amonio incrementa la cantidad de iones hidrógeno circulantes, lo que da lugar a una disminución del Ph, la disminución del Ph excesivamente rápida puede causar la hemólisis de los hematíes
- Monitorizar los valores de la gasometría arterial, el Ph de la orina, los electrolitos sericos y el nitrógeno ureico en sangre; estas cifras son útiles para evaluar la respuesta al tratamiento y descartar acidosis metabólica de rebote debido a una corrección excesivamente rápida.

Evaluación la persona durante el turno no presenta datos de alcalosis metabólica, el equilibrio acido- base se mantiene en los parámetros normales

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES DE LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN

Complicación Potencial.- Hipovolemia

Objetivo: controlar y disminuir los episodios de hipovolemia

Intervenciones:

- Controlar el estado de hidratación mediante la evaluación de los consumos parenterales y orales, las pérdidas (vómitos, diarreas y drenajes), la detección temprana de los déficit hídricos, permite su corrección para prevenir el shock
- Inspeccionar la zona de cirugía para descartar hemorragia, dehiscencia y evisceración, la monitorización cuidadosa permite la detección temprana de complicaciones

Evaluación

La persona no presenta datos de hipovolemia durante el turno.

Complicación Potencial.- Hemorragia Gastrointestinal

Objetivo: contener y minimizar oportunamente las complicaciones de la Hemorragia Gastrointestinal (HGI)

CUIDADOS INTERDEPENDIENTES DE ENFERMERIA:

- Descartar los signos y síntomas de la hemorragia Gastrointestinal (nauseas, hematemesis, presencia de melena, disminución del hematocrito o la hemoglobina, hipotensión, taquicardia) la detección temprana de de hemorragia Gastrointestinal, permite una intervención rápida y la prevención de complicaciones.
- Descartar la presencia de sangre oculta en los aspirados gástricos y las heces
- Monitorizar a menudo los signos vitales, sobre todo la presión sanguínea y el pulso; la monitorización cuidadosa permite detectar la aparición de alteraciones tempranas en el volumen circulante de la sangre.
- Inspeccionar que la sonda orogastrica o nasogastrica de nuestra persona este correctamente colocada y permeable ya que la sonda bien colocada permite la eliminación de secreciones gástricas irritantes, sangre y coágulos con ello reducir la distensión abdominal.
- De acuerdo al protocolo de lavado gástrico realizarlo en caso necesario, el lavado gástrico induce vasoconstricción local y puede ser útil para controlar la hemorragia Gastrointestinal
- Monitorizar la hemoglobina, el hematocrito, el recuento de hematíes, las plaquetas, los tiempos de coagulación.

Evaluación

A la inspección y exploración la persona no presenta datos de hemorragia GI

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE EL PROBLEMA INTERDEPENDIENTES DE LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Complicación Potencial.- Edema Pulmonar

Objetivo: controlar y contribuir en la disminución de las manifestaciones del edema agudo pulmonar

CUIDADOS INTERDEPENDIENTES DE ENFERMERIA :

- Monitorización de los signos y síntomas del edema pulmonar (disnea, taquipnea, estertores, coloración de la piel, gasometría alterada, disminución de la saturación, taquicardia) el edema pulmonar se debe a disminución de la función del ventrículo izquierdo, acompañada de reducción del gasto cardiaco y de incremento en las presiones venosa, pulmonar y arterial.
- Iniciar los protocolos terapéuticos adecuados (diuréticos para disminuir la precarga, vasodilatadores disminuyen la poscarga, la medicación inotrópica por ejemplo digital potencializa las contracciones ventriculares, opiáceos disminuyen la ansiedad, la precarga y la poscarga con ello las demandas metabólicas
- Monitorización de los parámetros hemodinámicos en la orina, densidad, balance hídrico, peso corporal y osmolaridad sérica, estos valores pueden ser útiles para evaluar el grado de hidratación

Evaluación: la persona durante el turno no presenta datos de edema agudo pulmonar

Complicación Potencial.- Hiperkalemia

Objetivo: identificar datos de hiperkalemia y controlar la falta de este.

CUIDADOS INTERDEPENDIENTES DE ENFERMERIA:

- Descartar los signos y síntomas de la hiperkalemia, ya que puede ser debida a la disminución de la capacidad del riñón para eliminar el potasio o puede ser debida a un consumo excesivo de potasio. Las fluctuaciones en el nivel de potasio alteran la transmisión neuromuscular, dando lugar a arritmias cardíacas y a una reducción de la función del músculo liso del sistema Gastrointestinal. La acidosis incrementa la salida del potasio dentro de la célula.
- Restringir los alimentos ricos en potasio así como los líquidos y las soluciones IV con potasio
- Realizar ejercicios de rango de movimientos con las extremidades, los ejercicios mejoran el tono muscular y reducen los calambres
- Según el protocolo administrar medicamentos para disminuir los niveles séricos de potasio como:
 - Calcio IV, bloquea temporalmente los efectos sobre el miocardio.
 - Bicarbonato, glucosa e insulina, logran que el potasio vuelva a introducirse en las células.

Evaluación: La persona no presenta datos de hiperkalemia en el transcurso del turno

7.1.1.1 SEGUNDA VALORACIÓN FOCALIZADA 9/NOV/06

OXIGENACIÓN

Signos vitales durante el turno:

F.C.108 X'	F.R. 24X'
T.A. 150/90mmHg	TEMP. AXILAR 38.8
T.A.M. 110mmHg	SAT. 89%
P.V.C 9 cmH ₂ O	

La Sra. Marcelina se encuentra el día de hoy en su cama e posición semifowler. Continúa recibiendo apoyo ventilatorio a un en modalidad SIMV Fio2 40%, Vol. Corriente 0.65, Fr. 24X', Peep 3 cmH₂O, P Soporte 22 cmH₂O. En campos pulmonares se ausculta hipoventilación en pulmón derecho, y estertores bibasales, la gasometría arterial reporta alcalosis respiratoria

PH	7.47mmol/L
PCO ₂	25mmhg
PO ₂	90mmhg
HCO ₃ ACT	24.6mmol/L
BE	-3.4mmol/L
SATO ₂	95%

Interpretación: La gasometría presenta alcalosis respiratoria debido a un exceso de ventilación. Se clasifica en centrales y periféricas. Las causas centrales incluyen hiperventilación por ansiedad o secundarias a una lesión del tallo encefálico, por enfermedad o fármacos. La caída resultante del PCO₂, provoca incremento del PH

ELIMINACIÓN

A nivel renal tiene colocada sonda foley permeable, drenando orina de color amarillo ámbar, presenta balance global negativo de -50 ml., con diuresis horaria de 80ml/hr.

En abdomen ausculto ruidos intestinales, no ha presentado evacuaciones, continúa con los dos saratogas bilaterales drenando escaso material seroso

TERMORREGULACIÓN

Durante el turno presenta hipertermia de 38.8 °C, con resultado de laboratorio con leucocitosis de 15,200

7.1.2.1 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

La persona se encuentra con leucocitosis de 15,200³/ul, hemoglobina disminuida a 10.3g/dl, hematocrito de 29.0%, Bun 78.00mg/dl, Urea 166.92mg/dl, creatinina 1.60mg/dl, hipoalbuminemia 1.30gr/dl, la placa de rayos X muestra infiltrados con opacidad en pulmón derecho. La gasometría presenta alcalosis respiratoria debido a un exceso de ventilación. Se clasifica en centrales y periféricas. Las causas centrales incluyen hiperventilación por ansiedad o secundarias a una lesión del tallo encefálico, por enfermedad o fármacos. La caída resultante del PCO₂, provoca incremento del PH

7.1.3.1 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

Hipertermia
Estertores bibasales
Alcalosis respiratoria
Íleo paralítico
Uresis de 80ml/hr
Saratoga bilateral en ambos flancos del abdomen

7.2.1 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad temporal y parcialmente dependiente de oxigenación (falta de fuerza)

DX: Alteración en el intercambio gaseoso relacionado con incapacidad de eliminar secreciones pulmonares manifestado por presencia de estertores bibasales, hipoventilación en pulmón derecho y alcalosis respiratoria

Necesidad temporal y parcialmente dependiente de Termorregulación (falta de fuerza)

DX: Alteración en la termorregulación relacionada con proceso infeccioso manifestado por fiebre de 38.8 ° C y leucocitosis de 15,200, taquicardia 108X' y frecuencia respiratoria 24X'.

7.3.1 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Complicación Potencial.- Neumonía

Complicación Potencial.- Atelectasias

7.4.1 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS PARA LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DIAGNOSTICO: Alteración en el intercambio gaseoso relacionado con incapacidad de eliminar secreciones pulmonares manifestado por presencia de estertores bibasales, hipoventilación en pulmón derecho y alcalosis respiratoria

Objetivo: colaborar con el equipo multidisciplinario para corregir la alcalosis respiratoria

Intervenciones:

- Lavado de manos de acuerdo a protocolo, contribuimos a disminuir la transmisión de enfermedades e infecciones nosocomiales
- Auscultar presencia de secreciones endotraqueales; volumen, color, consistencia y transparencia
- Aspiración de secreciones endotraqueales, el acumulo y estancamiento de las secreciones retrasará la recuperación de la persona
- Administrar micronebulizaciones, ayuda a la fluidificación de las secreciones.
- Realizar fisioterapia pulmonar vibratoria ayuda al desprendimiento de las secreciones adheridas al parénquima pulmonar.
- Tomar nuevamente gasometría arterial en 30 min., realizar taller de gases arteriales.
- Evaluar la necesidad de cambios de los parámetros ventilatorios

Evaluación: se realiza auscultación campos pulmonares ventilados, las secreciones endotraqueales disminuyeron, la saturación es de 95%

PLAN DE CUIDADOS PARA LA NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DX: Alteración en la termorregulación relacionada con proceso infeccioso abdominal manifestado por fiebre de 38.8 °C y leucocitosis de 15,200, taquicardia 108X' y frecuencia respiratoria 24X'.

Objetivo: mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros normales 36° C-37° C.

Intervenciones:

- Controlar la temperatura corporal y ambiental, la temperatura corporal depende en gran medida del grado de actividad y de la temperatura ambiental, la humedad elevada aumenta el efecto del calor o del frío sobre el cuerpo
- Administrar baño tibio y colocar compresas tibias en las ingles y axilas para controlar la hipertermia y promover la vasoconstricción, es necesario disminuir la temperatura corporal, para reducir la tasa metabólica y el consumo de oxígeno
- Registro de curva térmica por hora, esto nos ayudara ha observar como disminuye gradualmente la hipertermia y con ello evitar llegar a la hipotermia

- Registro de valores de glóbulos blancos específicamente leucocitos

Evaluación posterior al baño y administración de antipirético la persona reporta temperatura de 37.2° C

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS PARA EL PROBLEMA INTERDEPENDIENTE DE LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Complicación Potencial.- Neumonía

Complicación Potencial.- Atelectasia

Objetivo: reducir y controlar las complicaciones de la neumonía

CUIDADOS INTERDEPENDIENTES DE ENFERMERIA:

- Auscultar y observar la expansión de la caja toraxica, descartar signos y síntomas de inflamación, fiebre, disminución de sonidos respiratorios, taquicardia. La inflamación traqueobronquial, la alteración en la función de la membrana capilar alveolar, el edema , la fiebre y el aumento en la producción de secreciones, alteran la función respiratoria y disminuyen la capacidad de transporte de oxígeno
- Descartar los signos y síntomas de infección
- Evaluación de la efectividad de los antitusígenos y expectorantes, los antitusígenos se deben utilizar con prudencia debido a que la depresión completa del reflejo tusígeno, puede causar atelectasia al reducir el movimiento de las secreciones traqueobronquiales

Evaluación: la persona no presenta datos de neumonía, ni atelectasia

7.1.1.2 TERCERA VALORACIÓN FOCALIZADA 16/NOV/06

OXIGENACIÓN

Signos vitales durante el turno:

F.C. 78 X'	F.R. 24X'
T.A. 141/88 mmHg	TEMP. AXILAR 38.5
T.A.M. 105mmHg	SAT. 94%
P.V.C 7 cmH ₂ O	

El día de hoy la encuentro somnolienta, sin sedación apertura ocular al estímulo, neurológicamente íntegra, su cavidad oral hidratada. Continúa siendo asistida con ventilación mecánica hoy en modalidad de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP por sus siglas en inglés) con un FIO₂ 45%, presión soporte de 17cm H₂O y sensibilidad de 12cm de H₂O.

A la auscultación los campos pulmonares se encuentran ventilados, con estertores traqueo bronquiales y bronco espasmo.

PH	7.38mmol/L
PCO ₂	40mmhg
PO ₂	75mmhg
HCO ₃ ACT	22.6mmol/L
BE	-2.0mmol/L
SATO ₂	95%

La gasometría reporta hipoxemia debida a la hipoventilación alveolar, cortocircuito pulmonar o desequilibrio ventilación perfusión.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

A nivel ocular a desaparecido el edema por completo, su abdomen presenta herida quirúrgica limpia en proceso de cicatrización, al retirar los saratogas bilateral quedan pequeñas aberturas laterales en abdomen. Presencia de úlceras por presión estadio II según escala de Norton en glúteo derecho y ambos talones, se mantiene el diámetro de las lesiones sin complicaciones.

En miembros superiores presenta laceración de la piel; en espalda datos de cizallamiento provocado por las sábanas, hoy se le retiró catéter doble lumen y se manda a cultivar punta del mismo, se le instaló catéter subclavio.

TERMORREGULACION

Cursa con fiebre, hoy se le realizó eco cardiograma para descartar endocarditis infecciosa (el estudio reporta en pared libre del ventrículo derecho vegetación que coincide con sitio de permanencia prolongada del catéter central).

7.1.2.2 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

El día de hoy la persona MZG, leucocitosis de $13,000^3/\text{ul}$, hemoglobina disminuida a 10.1g/dl, hematocrito de 28.3%, Bun (nitrógeno ureico en sangre) 47.00mg/dl, Urea 100.58mg/dl, creatinina 1.00mg/dl, los electrolitos sericos se encuentran dentro de los parámetros normales, la placa de rayos X muestra hipoventilación basal; la gasometría reporta datos de hipoxemia debida a la hipoventilación alveolar, cortocircuito pulmonar o desequilibrio ventilación perfusión.

7.1.3.2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

Estertores traqueobronquiales
broncoespasmo
Fiebre
Úlcera por presión
Alteración de la integridad cutánea

7.2.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad temporal y parcialmente dependiente de Oxigenación (falta de fuerza)

DIAGNOSTICO: Alteración en la ventilación y oxigenación relacionado con inadecuada perfusión del flujo de oxígeno manifestado por estertores traqueo bronquiales, hipo oxemia y bronco espasmo.

Necesidad temporal y parcialmente dependiente de higiene y protección de la piel (falta de fuerza)

DX: Alteración de la integridad cutánea relacionada con destrucción mecánica del tejido celular cutáneo manifestado por cizallamiento, fricción y presión

Necesidad temporal y parcialmente dependiente de Termorregulación (falta de fuerza)

DX: alteración en la capacidad de termorregulación relacionada con proceso infeccioso manifestado por endocarditis infecciosa, fiebre de 38.8°C y pilo erección

7.3.2 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES DE LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Complicación Potencial.- Disminución Del Gasto Cardíaco

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Complicación Potencial.- Infección Del Tejido Cutáneo Por Microorganismos Oportunistas

7.4.2 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS PARA LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DX: Alteración en la ventilación y oxigenación relacionado con inadecuada perfusión del flujo de oxígeno manifestado por estertores traqueo bronquiales, hipoxemia y bronco espasmo.

Objetivo: Mantener una PO₂ por arriba de 80mm Hg. Dentro de la próxima hora.

Intervenciones:

- Disminuir la tensión emocional de la persona para evitar la fatiga y ansiedad excesiva
- Aspiración de secreciones endotraqueales y oro faríngeas. El aumento de las secreciones y la dificultad para deglutir la saliva contribuyen a aumentar el riesgo de aspiración, las secreciones que se acumulan reducen la ventilación alveolar y contribuyen a la hipoxemia ya al aumento del trabajo respiratorio
- Aplicación de micronebulizaciones indicadas
- Fisioterapia pulmonar. La fisioterapia torácica facilita la movilización de las secreciones.
- Toma de gasometría arterial
- Con resultados de gasometría ajuste de los parámetros ventilatorios
- Cambios de posición frecuentes
- Aplicación de broncodilatadores indicados por médico de guardia

Evaluación: a la auscultación campos pulmonares limpios, con buena entrada y salida de aire, con una PO₂ de 82 mmHg, la persona se encuentra tranquila su frecuencia respiratoria es de 16X'

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS PARA LA NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DX: Alteración de la integridad cutánea relacionada con destrucción mecánica del tejido celular cutáneo manifestado por cizallamiento, fricción y presión

Objetivo: Evitar el desarrollo de grandes lesiones que comprometan la integridad y la salud de la persona

Intervenciones:

- Aliviar o evitar la presión de la zona afectada
- Insistir en los cambios posturales, levantar a la persona en un sillón y emplear medios complementarios
- Evitar fricción y cizallamiento. Mantener la cama lo más horizontal posible (menos de 30 grados), y apoyar los pies en una tabla ayuda a prevenir el cizallamiento, la presión generada cuando dos capas de tejido adyacente se mueven en direcciones opuestas. Si una prominencia ósea se desliza a través del tejido subcutáneo, los capilares subepidérmicos pueden acodarse y pellizcarse, disminuyendo la perfusión
- Proporcionar a la persona una dieta hipercalórica e hiperprotéica además de un adecuado aporte hídrico, siempre bajo autorización médica
- Ministrar suplementos de cinc y vitamina C
- Mantener la ropa de cama limpia, seca, estirada y libre de objetos extraños
- Mantener la piel de la persona limpia, seca e hidratada
- Cambios de posición, el ejercicio y la movilidad aumentan el flujo de sangre a todas las zonas del cuerpo
- Curación de las úlceras por presión existentes

Evaluación: La piel de la persona se logra mantener seca e hidratada con su respectiva ropa de cama en condiciones adecuadas, el diámetro de las úlceras ya presentan mejoría

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS PARA LA NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

DX: alteración en la capacidad de termorregulación relacionada con proceso infeccioso manifestado por endocarditis infecciosa, fiebre de 38.8° C y pilo erección

Objetivo: reducir la temperatura corporal de la persona dentro de los parámetros normales de 36-37° C

Intervenciones:

- Monitorizar constantes vitales
- Monitorizar la temperatura mediante termómetro electrónico o sonda de temperatura
- Se medirá la temperatura en recto, tímpano
- Aplicar masaje manual vigoroso a la persona
- Baño de agua fría, no es necesario utilizar agua helada
- Aplicar medios físicos tibios en ingles y axilas
- Administrar antipirético si esta indicado

Evaluación:

La persona logra disminuir su temperatura corporal a 37.5° C, Médico de guardia ajusta el esquema de antibióticos previo antibiograma

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS PARA EL PROBLEMA INTERDEPENDIENTE DE LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Complicación Potencial.- Disminución Del Gasto Cardíaco

Objetivo: controlar e intervenir en el evento de la disminución del gasto cardíaco

CUIDADOS INTERDEPENDIENTES DE ENFERMERIA:

- Monitorización de los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco, (aumento, disminución o irregularidad de la frecuencia del pulso, aumento de la frecuencia respiratoria, disminución de la presión sanguínea, alteraciones de los sonidos cardíacos, disminución de la eliminación de la orina, piel fría o húmeda, alteración de las presiones pulmonares, alteraciones electro cardiograma (ECG); La disminución del gasto cardíaco, causa un aporte insuficiente de sangre oxigenada para cubrir las necesidades metabólicas de los tejidos. La disminución del volumen circulante, puede dar lugar a hipoperfusión de los riñones y a disminución de la perfusión tisular, con la respuesta compensadora de disminución de la circulación en las extremidades y aumento de las frecuencias del pulso y respiratoria, una vasoconstricción y la congestión venosa en zonas de declive.
- Iniciar protocolo apropiado
- Colocar a la persona con las piernas elevadas, al menos que esté alterada la función ventricular, esta posición facilita el aumento de la precarga e incrementa el gasto cardíaco
- Mantener en reposo absoluto a la persona y minimizar todos los factores de tensión
- Administrar analgésicos según necesidades de la persona e indicación médica, estas medidas disminuyen las demandas metabólicas
- Controlar el balance hídrico, el peso corporal, los cambios en el mismo pueden indicar una retención de líquidos.
- Evaluación: la persona durante el turno no presenta datos de bajo gasto cardíaco

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS PARA EL PROBLEMA INTERDEPENDIENTE DE LA NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

COMPLICACIÓN POTENCIAL infección del tejido cutáneo por microorganismos oportunistas

Objetivo: controlar y minimizar las complicaciones de infección del tejido cutáneo

CUIDADOS INTERDEPENDIENTES DE ENFERMERIA:

- Explorar la piel del paciente
- Observar datos de infección primaria o secundaria como aumento de la temperatura en la piel, coloración, tumefacción o drenaje en cualquier zona de pérdida de la continuidad de la piel, incluyendo las zonas de punciones previas y actuales.
- Evaluación: la persona no presenta datos de infección en la zonas ya afectadas por la ulcera por presión

7.1.1.3 CUARTA VALORACIÓN FOCALIZADA

17/NOV/05

OXIGENACIÓN

Signos vitales durante el turno:

FC.84 X'	FR. 28X'
T.A. 130/90 mmHg	TEMP. AXILAR 36.4
T.A.M. 103mmhg	SAT. 96%
P.V.C 9cmh ₂ o	

Encuentro a la persona en posición semifowler, neurológicamente integra, obedece ordenes sencillas como elevar las piernas levantar los brazos presenta bostezos se ha logrado abrir el sistema a tubo en T el cual ha tolerado adecuadamente a la auscultación presencia secreciones bronquiales.

La gasometría del día dentro de los parámetros normales mas tarde se intentara la extubación.

ELIMINACIÓN

Ha presentado evacuaciones diarreicas en total cuatro durante el turno de características semilíquidas, color amarillo, y olor fétido

7.1.2.3 ANÁLISIS DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO

El día de hoy se encuentra con disminución de leucos de 9.5^3 /ul, hemoglobina 13.4g/dl, hematocrito de 38.5%, Bun (nitrógeno ureico en sangre) 20.00mg/dl, Urea 43mg/dl, creatinina 1.00mg/dl, los electrolitos sericos se encuentran dentro de los parámetros normales, los gases arteriales dentro de los parámetros normales, la paca de rayos X muestra mejor ventilación en ambos pulmones.

7.1.3.3. JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

Secreciones endotraqueales
Diarrea

7.2.3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad temporal y parcialmente dependiente de Oxigenación (falta de fuerza)

DX: Alteración de la respiración relacionado con disminución de la fuerza en el reflejo tusígeno manifestado por estertores bronquiales

Necesidad temporal y parcialmente dependiente de eliminación (falta de fuerza)

DX: Riesgo de déficit de líquidos relacionado con perdidas secundarias a diarrea

7.4.3. PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS PARA LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

DX: Alteración de la respiración relacionado con disminución de la fuerza en el reflejo tusígeno manifestado por estertores bronquiales

Objetivo: la persona estará y permanecerá extubado y con una gasometría arterial dentro e los parámetros normales, manteniendo así una adecuada oxigenación y perfusión.

Intervenciones:

- Aplicación de micronebulizaciones
- Fisioterapia pulmonar
- Aspiración de secreciones bronquiales
- Drenaje postural,
- Colaborar con el médico en la administración de oxígeno para mantener una saturación 92% para prevenir la hipoxia tisular
- Mantener el control de los signos de reducción tisular para facilitar una identificación y tratamiento precoz de las complicaciones
- Mantener a la persona con monitoreo cardiaco continuo
- Controlar los niveles de oxígeno mediante oxímetro de pulso, este dispositivo monitoriza la saturación de oxihemoglobina de una forma no invasiva.
- Administrar medicación de corticoesteroides según prescripción medica en tiempo y forma.

Evaluación: El destete de la persona del ventilador fue un éxito, se queda en posición semifowler, con apoyo de ventilación no invasiva por medio de nebulizador frío y mascarilla facial con un Fio2 70%.

PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS PARA LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DX: Posible déficit de líquidos relacionado con pérdidas secundarias a diarrea

Objetivo: Restablecer la motilidad intestinal normal en 48hrs, reduciendo el número de evacuaciones.

Intervenciones:

- Buscar signos y síntomas precoces de déficit de líquidos
- Sequedad de mucosas (labios y encías)
- Administrar medicación antiemética por vía parenteral según prescripción médica. Los antidiarreicos que contienen opiáceos no modifican el curso natural de la enfermedad y pueden resultar perjudiciales si la causa de la infección es por microorganismos patógenos
- Controlar las entradas y salidas, comprobando que las entradas compensan las salidas
- Observar características de evacuaciones
- Monitorización de electrolitos a través de pruebas de laboratorio
- Corroborar déficit de agua
- Realizar cálculo de la dieta enteral con base a su gasto basal energético

Evaluación: se logra disminuir el número de evacuaciones, no presenta datos de deshidratación.

7.5. EJECUCIÓN GENERAL

El estudio de caso presentado, se ejecutaron una serie de pasos con un fin de proporcionarle cuidados integrales y fundamentados a la persona, todos los planes de cuidados planteados fueron llevados a cabo a través de acciones y procedimientos, obteniendo la satisfacción de la persona.

Para llevar a cabo las acciones aquí presentadas es necesario hacer mención el apoyo recibido por parte del equipo multidisciplinario existente en el área de terapia intensiva adultos.

Como se ha mencionado en la teoría y observado en la práctica los cuidados de enfermería son totalmente independientes pero se necesita de la participación de todo un equipo para lograr la pronta recuperación de la persona.

7.6 EVALUACIÓN GENERAL DEL PROCESO.

Realice una valoración generalizada, de la cual se desprendieron cuatro valoraciones focalizadas, todas ellas con sus respectivos diagnósticos de enfermería, su objetivo, intervenciones y fundamentación de cada uno de los procedimientos realizados a la persona, así como las posibles complicaciones potenciales.

De manera sistemática se aplicó el proceso de atención enfermería y la filosofía de Virginia Henderson obteniendo resultados positivos y satisfactorios que se observan reflejados en la recuperación de independencia de la persona.

La sra. MZG, fue dada de alta del servicio de terapia intensiva por mejoría, por lo cual y ante las múltiples dudas del familiar se realiza en conjunto con la persona y familiar un plan de alta domiciliario que consta de lo siguiente:

VIII PLAN DE ALTA

Enfermería deberá dar tranquilidad y comodidad, quedarse con la persona, animarla a que comparta sus sentimientos y preocupaciones, escuchar atentamente y transmitir una sensación de empatía y comprensión, ya que el proporcionar apoyo emocional puede ayudar a la persona a expresar y aclarar sus miedos permitiendo a la enfermera la retroalimentación para su plan de alta.

Antes del alta hospitalaria la persona o la familia deberán, describir toda restricción de actividad en casa, describir el control en casa de la herida y el dolor, comentar los requerimientos de líquidos y electrolitos para una adecuada curación de la herida, enumerar los signos y síntomas que deberán informarse al personal de salud.

La asistencia domiciliar se ocupa básicamente de realizar las pruebas adecuadas y el tratamiento necesario para evitar la recaída de la enfermedad de fondo, así como de la educación y el tratamiento en el proceso de recuperación.

La persona y la familia que se hará cargo de su proceso de recuperación serán capaces de realizar lo siguiente:

- Demostrar las conductas que indiquen el cumplimiento de la dieta, los fármacos y el régimen terapéutico
- Identificar las formas de modificar el estilo de vida para minimizar los factores de riesgo
- Describir las complicaciones y las acciones adecuadas a tomar
- Enseñar a seleccionar los alimentos para una dieta rica en hidratos de carbono y calorías; también debe ser rica en proteínas si no hay edema
- Explicar la importancia de la ingesta de líquidos en 24 horas
- Enseñar a la persona que evite cansarse y a participar solo en actividades que tolere
- Enseñar a la persona que debe informar sobre la presencia de edemas en las extremidades o en el abdomen
- Enseñar a la persona (haciendo que lo demuestre para asegurar su comprensión y capacidad) a:
 - Cambiar de postura, toser y respirar profundamente
 - Sujetarse la zona de la incisión cuando tosa
 - Cambiar de posición en su cama cada dos horas como mínimo
 - Sentarse y levantarse de la cama y deambular tan pronto como sea posible

IX. CONCLUSIONES

El estudio de caso que se ha presentado se desarrolló en el mes de noviembre del año 2005 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital CEMEV de la ciudad de Xalapa dependiente de la Secretaría de Salud. La persona de 54 años de edad, permaneció 16 días en la unidad, con el diagnóstico de choque séptico, siendo egresada al servicio de cirugía hospitalización por mejoría.

En lo teórico-metodológico, el marco de referencia fue el modelo de atención desarrollado por VIRGINIA HENDERSON con sus catorce necesidades, modelo que por su funcionalidad favorece la detección de necesidades básicas alteradas en la persona, es considerado como patrón metodológico en la Especialización de Enfermería del Adulto en Estado Crítico

En términos generales, el modelo me orientó en una valoración integral y humana a una persona en un entorno hospitalario donde por momentos la técnica y alta tecnología parece ocultar a la persona.

Aplicar el proceso de atención enfermería, fue de gran ayuda, gracias a ello pude llevar un orden lógico en la estructuración e intervención del estudio de caso. Pero sobre todo demuestra que el profesional de Enfermería cuenta con un esquema metodológico, sustentado en bases científicas, que le permite fundamentar sus conocimientos e intervenciones y aplicarlos a la persona que así lo requiera.

BIBLIOGRAFIA

ALFARO LEFEVRE ROSALINDA. Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración. Masson 5ª edición

ALSPACH, J. (1998) Cuidados Intensivos de Enfermería en el adulto crítico. 5ª edición. McGraw-Hill Interamericana. México, D.F.

ANTOLOGIA. Teorías y Modelos de Enfermería. Talleres de Grupo Imagen Empresarial Junio 2004

BRUNNER Y SUDDARTH (1994) Enfermería medico-quirúrgica. 7ª edición, vol. 1 y vol. 2. McGraw-Hill Interamericana. México, D.F.

CARPENITO, Lynda J. (2002). Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la Práctica Clínica. McGraw-Hill – Interamericana 9ª Ed

CONDE, J. (2002) Manual de cuidados intensivos. Editorial Prado. México, D.F

DUEÑAS, J. (2004) Cuidados de enfermería de úlceras por presión. En página web: <http://www.terra.es/personal/duenas/home.hun>

DURAN, V. (1998) Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Facultad de Enfermería Universidad Nacional Santa Fé de Bogotá.

E. KINSEY M. SMTH. Líquidos y electrolitos un enfoque accesible. Manual moderno 2ª edición

ECHEVERRIA, Rafael (1993). El Búho de Minerva. Introducción a la Filosofía Moderna. Ediciones Pedagógicas Chilenas. Chile.

GUYTON, A. Y J. HALL (2001) Tratado de Fisiología médica. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, D.F.

HARRISON. T.H. (2003) Principios de Medicina Interna Vol. I y Vol. II. 15ª Edición McGraw-Hill Interamericana. México, D.F.

HENDERSON VIRGINIA. La Naturaleza de la Enfermería interamericana McGraw-Hill, Madrid 1994

Teorías y modelos de enfermería, base teórica para las especializaciones. División de estudios de postgrado escuela nacional de enfermería y obstetricia UNAM junio de 2004

MARIA DE JESUS GARCIA. El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Edit. Progreso 1ª edición 2002

MARINO, P. (2000) El libro de la UCI. Masson. Barcelona.

MARRINER, Ann (1996). Administración y liderazgo en Enfermería. Quinta Edición. Editorial Mosby. Barcelona. España

PARRA MORENO MA. LUISA. Procedimiento y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

PEDRO GUTIERREZ LIZARDI. Procedimientos en el paciente crítico, edit. Cuellar. Edición 1995

POLIT, D & B. HUNGLER (2000) Investigación Científica en Ciencias de la Salud, McGraw-Hill – Interamericana. 6ª Ed. México D.F.

REVISTA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA/Vol. 55,Núm 3/ Mayo-Junio,2003

RICARDO ABIZANDA CAMPOS. Guía del residente en la UCI. Hospital Universitario Asociado General de Castelló

Secretaria De Salubridad y Salud (2001) Código de Ética para Las Enfermeras y Enfermeros en México. México, D.F.

SMITH M. KINSEY E. (1994) Líquidos y Electrolitos Un Enfoque Accesible. El Manual Moderno 2ª Ed. México D.F

TEORIAS Y MODELO, PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA, D.R. DIVISIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. UNAM ANTIGUO CAMINO A XOCHIMILCO- TLALPAN. MEXICO D.F, REIMPRESIÓN JUNIO 2003.

URDEN, L; M Lough y K. Stacy (2002) Cuidados intensivos en enfermería. Vol. 1 y Vol. 2. 3ª Edición. Editorial Océano. Barcelona.

WOODRUFF, D. (2000) “Ventilación mecánica”. Nursing, edición española, Abril.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
POSGRADO ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO EN ESTADO
CRÍTICO**

SEDE: XALAPA, VER.

CEMEV.



GUIA DE VALORACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES

FECHA	HORA	NOMBRE	FDN	EDAD	SEXO
OCUPACIÓN					
RELIGIÓN					
EDO. CIVIL					
ACOMPAÑADO POR:					
TRANSPORTE:		SILLA DE RUEDAS	CAMILLA	DEAMBULANDO	
TALLA	PESO	TEMPERATURA	PULSO	FR	T/ A
MOTIVO DE INGRESO					
ALERGIAS A:		MEDICAMENTOS	ALIMENTOS	OTROS	
MEDICAMENTOS QUE TOMA:	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	ÚLTIMA TOMA	
□					
INTERVENCIONES QX.					
HOSPITALIZACIONES PREVIAS					

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

SISTEMA RESPIRATORIO:

ANAMNESIS:

PRESENCIA O ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA
ANOTAR EN EL CUADRO (P) SI HAY PRESENCIA O (A) SI HAY ANTECEDENTES

ENFISEMA / BRONQUITIS	RONQUIDOS/APNEA
ASMA	DISPOSITIVOS PARA RESPIRAR

FALTA DE ALIENTO	ESPESOFIGUE: Puntas nasales
T B P	OTROS:
NEUMONÍA	NO SE IDENTIFICA NINGUN PROBLEMA
ALERGIAS ESTACIONALES/AMBIENTALES	OBSERVACIONES: estertores zona basal

¿FUMA O HA FUMADO EN EL PASADO?

¿HA ESTADO EXPUESTO PASIVAMENTE AL HUMO?

¿A ESTADO EXPUESTO ALGUNA VEZ A IRRITANTES PULMONARES O AGENTES CANCERIGENOS, COMO ASBESTO, PRODUCTOS QUIMICOS, HUMOS, BERILO, CARBON O POLVO DE CANTERA DE PIEDRA, O AL AGENTE NARANJA?

INSPECCIÓN:

COLORACIÓN DE LA LENGUA Y ÁREA SUBLINGUAL:-: normal						
AZUL	GRIS	PÚRPURA OSCURO				
COLORACIÓN DE LA PIEL:						
FORMA DEL TORAX:						
PECTUS EXCAVATUM (TORAX EMBUDO)						
PECTUS CARINATUM (ESTERNÓN HACIA ADELANTE)						
TORAX EN TONEL						
DEFORMIDADES ESPINALES						
TIPOS DE RESPIRACIÓN:						
TAQUIPNEA	ORTOPNEA	DISNEA				
SATURACIÓN DE OXIGENO	PARAMETROS VENTILATORIOS					
	MODALIDAD	FIO2	F.R.	SENSIBILIDAD	PEE P	VOL. CORRIENTE
	98%					

AUSCULTACIÒN

RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES						
VESICULAR		BRONCOVESICULAR			BRONQUIAL	
RUIDOS RESPIRATORIOS ANORMALES						
AUSEN- TES	DISMINUID OS	DESPLAZA DOS	CREPITAN TES	RONC US	SIBILANCIAS	ROCE PLEUR AL
VALORACIÒN DE SONIDOS BUCALES						
BRONCOFONIA		PEPTORILOQUIA SUSURRADA		EGOFONIA		

PALPACIÒN

POSICIÒN TRAQUEAL :		NORMAL	DESVIACIÒN	
MOV. TORACICOS		SIMÈTRICOS		ASIMÈTRICOS
VIBRACIONES VOCALES (33)	NORMAL	DISMINUIDAS		AUMENTADAS

TONOS DE LA PERCUSIÒN

RESONANCIA	HIPERRESONANCI A	TIMPANISMO	OPACIDAD	MATIDEZ

SISTEMA CARDIOVASCULAR

ANAMNESIS:

DESCRIBA EL MOTIVO POR EL QUE SOLICITA AYUDA:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL.

FECHA DEL COMIENZO:

DESCRIPCIÒN DE LA MOLESTIA:

FORMA DEL COMIENZO CURSO Y DURACIÒN:

SIGNOS Y SINTOMAS.

DOLOR (CARACTERISTICAS, LOCALIZACIÓN, IRRADIACIÓN, DURACIÓN FACTORES QUE LO AGRAVAN Ó LO PRODUCEN, FACTORES QU LO ALIVIAN)

FATIGA:	AL EMPRENDER ACTIVIDADES	O AL NO HACERLO	
EDEMA:	SITIO-.	GRADO:	
SÍNCOPE	CON MAREOS	SIN MAREOS	
DISNEA	ORTOPNEA	DISNEA PAROXÍSTICA NOC.	DISNEA DE ESFUERZO O MEDIANO
CIANOSIS:	PERIBUCAL	EXTREMIDADES	
PALPITACIÓN ES	ARRITMIAS	HEMOTIPSIS	DEDOS HIPOCRATICOS

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ESTADO DE SALUD/ CAUSA DE MUERTE DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA INMEDIATA:

ENFERMEDADES HEREDITARIAS (DIABETES, HIPERTENSIÓN)

ENTIDAD CARDIOVASCULAR (APOPLEJÍA, ATAQUES ISQUEMICOS TRANSITORIOS, IAM, ENFERMEDAD OCLUSIVA PERIFÉRICA)

GOTA	OBESIDAD	
------	----------	--

ANTECEDENTES SOCIALES:

OCUPACIONES (ANTERIORES):

TABAQUISMO	SI	NO	FRECUENCIA:
ING. DE ALCOHOL	SI	NO	FRECUENCIA:

VIDA DIARIA (RUTINA):

EJERCICIO	SI	NO	FRECUENCIA:
:			
VIDA SEXUAL	SI	NO	

INSPECCIÓN:

ASPECTO GENERAL:

DE PIEL Y MUCOSAS (COLOR, TEMPERATURA, HUMEDAD, TURGENCIA, EDEMA, ANGIOMA, PETEQUIAS, LECHOS UNGEALES):

VALORACIÓN DE VENAS YUGULARES:

DISTENCIÓN		PULSACIÓN	

PALPACIÓN

VALORACIÓN DE LOS PULSOS:

PULSO	NO PALPABLE (0)	DÉBIL Y FILIFORME (1)	NORMAL (2)	HIPERDINÁMICO (3)
CAROTIDEO				
BRAQUIAL				
RADIAL				
CUBITAL				
FEMORAL				
POPLÍTEO				
PEDIAL				
TIBIAL POSTERIOR				

LLENADO CAPILAR			
------------------------	--	--	--

EDEMA:	AUSENTE	RASGOS MINIMO +	LEVE ++	MODERADO +++	SEVERO ++++
---------------	---------	-----------------	---------	--------------	-------------

VALORACIÓN DE EXTREMIDADES:

DOLOR	FLEBITIS (SIGNO HOMAN)	CIRCUNFERENCIA (AMBAS)	ELEVACIÓN DE TEMPERATURA
-------	------------------------	------------------------	--------------------------

AUSCULTACIÓN:

RUIDOS CARDIACOS:

RUIDO	FRECUENCIA	TONO	INTENSIDAD	FUERZA	CALIDAD
AORTICO					
PULMONAR					
TRICÚSPIDE					
MITRAL					

OBSERVACIONES :					
---------------------------	--	--	--	--	--

VALORACIÓN DE SOPLOS:

PRESENTE:	PROTO	MESO	TELE	HOLO
SITOLE				
DIASTOLE				

INTENSIDAD:

I MUY DEBIL	II LEVE	III MODERADA MENTE ALTO	IV SE ESCUCHA BIEN	V ALTO CON THRILL	VI MUY ELEVADO

CALIDAD:	SOPLANTE	VENTOSO	RUDO

TONO	AGUDO	GRAVE

MEDICIONES:

PVC

EKG _____

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

AMNANESIS

PREGUNTA	RESPUESTA
¿HAPERDIDO EL APETITO PORQUE HA PRESENTADO ALGUN PROBLEMA DIGESTIVO?	
¿TIENE PROBLEMAS DENTALES QUE DIFICULTEN SU INGESTA?	

¿CUÁNTAS COMIDAS COMPLETAS TOMA AL DÍA?	
¿CONSUME PRODUCTOS LACTEOS UNA VEZ AL DÍA?	
¿CONSUME HUEVOS O LEGUMBRES A LA SEMANA? FRECUENCIA?	
¿CONSUME CARNE, AVES O PESCADO ?	
¿CONSUME FRUTAS Y VERDURAS AL DÍA?	
¿QUÉ CANTIDAD DE AGUA CONSUME AL DÍA?	
¿QUE BEBIDA USUALMENTE INGIERE?	
¿CUÁNTAS COMIDAS REALIZA AL DÍA?	
¿TIENE DIFICULTADES ECONOMICAS PARA SU ALIMENTACIÓN?	
¿ACOSTUMBRA COMER SOLO O ACOMPAÑADO?	
¿TOMA USTED MAS DE TRES MEDICAMENTOS AL DÍA?	
¿SIN QUERERLO, HA SUBIDO O BAJADO KILOS EN LOS ÚLTIMOS MESES? ¿CUÁNTOS?	
¿HA PRESENTADO TENSIÓN EMOCIONAL EN LOS ÚLTIMOS MESES?	
OBSERVACIONES:	

INSPECCIÓN:

ASPECTO GENERAL.

LETARGIA _____ DISTRAIDO _____ APATÍA _____
IRRITABILIDAD _____ DESORIENTACIÓN _____
PALIDEZ _____

CABELLO _____
SECO _____ FRÁGIL _____ OPACO Y SIN
BRILLO _____
SE ARRANCA CON FACILIDAD _____ APARECE
DESPIGMENTACIÓN _____
PEDICULOSIS _____
OJOS

COLOR DE LAS CONJUNTIVAS:

DIFICULTAD DE LA VISIÓN:

EXPLORACION GENERAL

LABIOS:	FISURAS	SECOS	ESTOMATITIS ANGULAR
LENGUA:	COLOR	MUCOSAS	ALTERACIÓN DEL SABOR
ENCÍAS:	ROJAS	INFLAMADAS	SANGRAN CON FACILIDAD
DIENTES:	PLACAS MARRONES	MAL AJUSTE DE DENTADURA	DIENTES CAÍDOS O AUSENTES
UÑAS:	FORMA DE CUCHARA		FRAGILES
EXTREMIDADES:	EDEMA +	PIERNAS ARQUEADAS	DOLOR
PIEL:	S _____ H _____	NORMAL	OTRAS
MANCHAS	ERUPCIONES	PETEQUIAS	DE CONSISTENCIA RUGOSA
ULCERAS POR PRESIÓN:	REGIÓN	ESTADIO	MOVILIZACIÓN
OBSERVACIONES:			

PRESENTA NAUSEAS, VÓMITOS Y DIARREAS. (CANTIDAD Y
CARACTERÍSTICAS):

TIPO DE ALIMENTACIÓN
VÍA

AYUNO

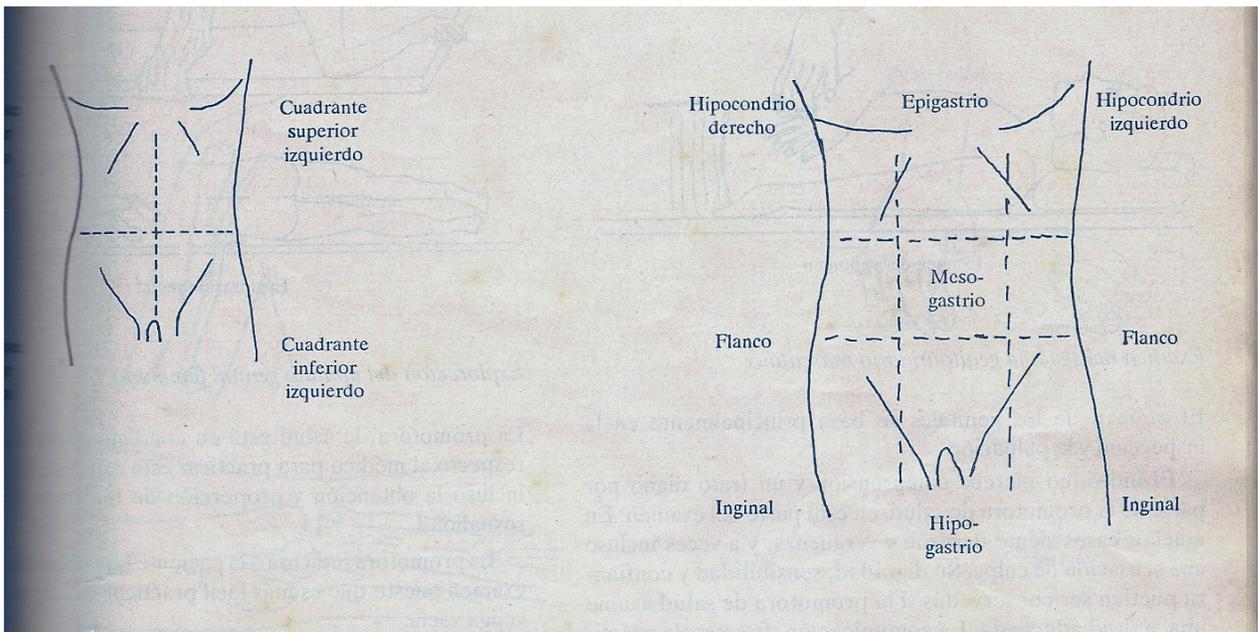
RECHAZO A LOS MENÚS:

FRECUENCIA

USO PROLONGADO Y EXCLUSIVO DE FLUIDOTERAPIA:

PALPACIÓN:

PALPACIÓN PROFUNDA Y SUPERFICIAL DE AREA ABDOMINAL:



OBSERVACIONES:

MEDICIÓN:

SOMATOMETRÍA : PESO _____ TALLA _____

IMC: _____ PERIMETRO ABDOMINAL _____

PESO:	NORMAL	SOBREPES O	OBESIDA D (GRADO) 1 2 3	D. LEVE	D. MODERADA	D. GRAVE

OBSERVACIONES _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

AMNANESIS

PATRÓN INTESTINAL: FRECUENCIA _____ HECES DURAS _____
DIARREA _____ SANGRE EN HECES _____
TENDENCIA A FECALOMAS _____ INCONTINENCIA _____

HEMORROIDES _____ **FISURAS** _____ **PRURITO ANAL** _____

DOLORES ANALES: _____

DOLORES

ABDOMINALES: _____

CARACTERÍSTICAS _____

GASES E HINCHAZÓN DE VIENTRE: _____ **RUIDOS INTESTINALES:** _____

OSTOMÍAS: TIPO _____ CLASE DE DISPOSITIVO _____ AUTÓNOMO PARA
SUS CUIDADOS _____

OTROS: _____

PATRÓN URINARIO: FRECUENCIA/DÍA _____ DISURIA _____ HEMATURIA _____
POLAQUIURIA _____ NICTURIA _____

ORINA CONCENTRADA _____ MALOLIENTE _____

RETENCIÓN _____

DEBE HACER FUERZA PARA ORINAR _____ URGENCIA DE
ORINAR _____

INCONTINENCIA: POR EL DÍA _____ POR LA
NOCHE _____

INCONTINENCIA DE ESFUERZO _____ DIFICULTAD PARA
CONTENERSE _____

OBSERVACIONES: _____

DIAFORESIS /TRANSPIRACIÓN: ABUNDANTE _____ OLOR
NAUSEABUNDO _____

SECRECIONES RELACIONADAS CON EL APARATO SEXUAL.

SECRECIÓN VAGINAL:___ **LOQUIOS**___ POCO ABUNDANTE___
ABUNDANTE___ **COLOR**___ **OLOR**___

REGULARIDAD MENSTRUAL: SÍ ___ NO___ **AUSENCIA DE**
MENSTRUACIÓN___ **FECHA DE ÚLTIMA**___

DOLORES PREMENSTRUALES:___ POCO INTENSOS___ INTENSOS___
DOLOR/TENSIÓN MAMARIA___

SECRECIÓN DE LOS SÉNOS:___ **TIPO**___ POCO
ABUNDANTE___ ABUNDANTE___

SECRECIÓN URETRAL:___ **TIPO**___ POCO
ABUNDANTE___ ABUNDANTE___

INQUIETUDES:_____

OTROS:_____

DATOS SUBJETIVOS QUE SE REFIEREN A LA
ELIMINACIÓN:_____

MEDIOS QUE UTILIZA PARA ELIMINAR
MEJOR:_____

INSPECCIÓN:

SONDA VESICAL_____ **FECHA DE INSTALACIÓN:**_____

CARACTERÍSTICAS DE LA URESIS

COLOR_____

OLOR_____ **VOLUMEN**_____

PRESENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS DRENAJES:

PALPACIÓN :

GLOBO

VESICAL_____

DISTENCIÓN

ABDOMINAL_____ **METEORISMO:**_____

PRESENCIA DE

TUMORACIONES_____

AUSCULTACIÓN:

PERISTALTISMO INTESTINAL : **RUIDOS HIPERACTIVOS**_____ **DE**
TONO ALTOY

METALICOS_____ **DISMINUIDOS**_____

PERCUCIÒN:

MATE _____ TIMPANICO _____ NORMAL _____

MEDICIÒN:

PERDIDAS INSENSIBLES:

CUANTIFICACIÒN DE
DRENAJES: _____

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA:

AMNANESIS:

MODO DE LLEGADA: A PIE ___ SILLA DE RUEDAS ___ CAMILLA ___ **SE**

DESPLAZA: SOLO ___ CON AYUDA ___

SE SIENTA EN EL SILLÓN: SOLO ___ CON AYUDA ___ **SE LEVANTA DE LA**

CAMA: SOLO ___ CON AYUDA ___

SE MUEVE EN LA CAMA: SOLO ___ CON AYUDA _____

MAREOS: _____

MEDIOS UTILIZADOS: BASTÓN ___ MULETAS ___ SILLA DE RUEDAS ___

ANDADOR ___ NINGUNO _____

SEDENTARISMO: _____ **DATOS**

SUBJETIVOS: _____ **OTROS:** _____

INSPECCIÒN:

NIVEL DE CONCIENCIA:

ALERTA ___ SOMNOLENCIA ___ OBNUBILACIÒN ___ ESTUPOR ___ COMA ___

PUNTAJE DE GLASGOW: _____

FUNCIÒN MOTORA:

DEBILIDAD: ___ **FATIGA:** ___ **INCOORDINACIÒN:** _____

DOLORES: _____ **TEMBLORES:** _____ **CONTRACTURAS:** _____

EDEMA: _____ **VARICES:** _____

COLORACIÒN

EXTREMIDADES: _____

MOVIMIENTOS

INCONTROLADOS: _____

OBSERVACIONES: _____

PALPACIÓN Y PERCUSION:
SIGNO DE HOMANS: PIERNA IZQDA.____ PIERNA DCHA____
AMPLITUD LIMITADA DEL MOVIMIENTO:_____ MIEMBRO/S
PARALIZADO/S:_____
FUERZA EXTREMIDADES: MANO IZQDA BUENA____ DÉBIL____
MANO DCHA. BUENA____ DÉBIL____
PIERNA IZQDA BUENA____ DÉBIL____
PIERNA DCHA BUENA____ DÉBIL____

REFLEJOS
OSTEONDINOSOS: _____

REFLEJO DE
BABINSKI: _____
REFLEJO PATELAR
ROTULIANO: _____
DETECCION DE MASAS, DEPRESIONES O
FRACTURAS _____

NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO

AMNANESIS:

Nº DE HORAS HABITUALES DE SUEÑO:_____ DIFICULTAD PARA
CONCILIAR EL SUEÑO:_____

SE DESPIERTA: MUY PRONTO____ SUEÑO AGITADO____
PESADILLAS____ NERVIOSISMO____

SITUACIONES QUE AFECTAN AL SUEÑO Y REPOSO:
DOLORES____ PRURITO____ INCOMODIDAD____
PREOCUPACIONES____ MIEDOS PIDE MEDICACIÓN PARA

DORMIR: _____
HÁBITOS PARA DORMIR MEJOR:
SIESTA: _____ HORAS

DATOS
SUBJETIVOS: _____ OTROS: _____

**NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN
AMNANESIS:**

TEMPERATURA: BUCAL___ RECTAL___ AXILAR___ **HABITUALMENTE ES:**
FRIOLENTO___ CALUROSO___

TEMPERATURA DE LA PIEL: FRÍO EN EXTREMIDADES___
ESCALOFRÍOS___

**MEDIOS QUE UTILIZA PARA MANTENER LA Tª
CORPORAL:**_____

DATOS

SUBJETIVOS:_____ **OTROS:**_____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE TEGUMENTOS:

AMNANESIS:
**CAPACIDAD DE BAÑARSE SOLO O CON
AYUDA:**_____

NECESIDAD DE AYUDA PARA EL CUIDADO: DEL CABELLO___ UÑAS___
DIENTES___ PRÓTESIS DENTAL___

ESTADO DE LA PIEL: ENROJECIMIENTO/S___ PRURITO___
EQUIMOSIS___

ÚLCERA/S___ NÚMERO___ EXTENSIÓN___

SITUACIÓN___

LACERACIONES___

SITUACIÓN_____

FACTORES ASOCIADOS A LAS LESIONES:
INMOVILIDAD___ INCONTINENCIA___ DESHIDRATACIÓN___

POSIBLE VIOLENCIA___ VELLOSIDAD

ESPECIAL___ OTROS___

ESTADO DE LOS SENOS:_____ **AUTOEXAMEN**_____

FRECUENCIA_____

ESTADO DE LOS ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS: _____

AUTOEXAMEN TESTÍCULOS_____

**MEDIOS QUE UTILIZA PARA PROTEGER SUS
TEGUMENTOS:**_____

DATOS

SUBJETIVOS:_____

OTROS:_____

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

ALERGIA: _____

ESTADO DE CONCIENCIA: INCONSCIENTE _____ BIEN ORIENTADO _____

DESORIENTADO: EN TIEMPO _____ PERSONAS _____ ESPACIO _____

CONFUSO _____

ANSIEDAD: POCO MARCADA _____ MARCADA _____ **HIPERACTIVIDAD** _____

AGRESIVIDAD VERBAL _____ **AGITACIÓN** _____ **RIESGO DE VIOLENCIA HACIA LOS DEMÁS** _____ **RIESGO DE CAÍDA** _____

DOLORES: INTENSIDAD POCO _____ MARCADA _____ TIPO: AGUDO _____ CRÓNICO _____ CONSTANTE _____

INTERMITENTE _____ LOCALIZACIÓN _____ MEDIOS PARA ALIVIARLOS _____

CONTENCIONES: _____

BARANDILLAS: _____

UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN CASA (NOMBRE Y POSOLOGÍA): _____

_____ **INQUIETUDES RESPECTO A SU ESTADO U**

HOSPITALIZACIÓN: _____

DATOS

SUBJETIVOS: _____

MEDIOS QUE UTILIZA DE PROTECCIÓN: _____

NESECIDAD DE COMUNICACIÓN

LENGUA HABLADA: _____ NO DOMINA LA LENGUA DEL MEDIO: ___ SE EXPRESA CON DIFICULTAD ___

AFASIA: _____ **DISARTRIA:** _____ **RITMO**

RALENTIZADO: _____

OTROS: _____

SE EXPRESA MEDIANTE: SIGNOS _____ INDICACIONES EN UNA PIZARRA _____ CAPAZ DE COMPRENDER LO QUE SE DICE: SÍ ___ NO ___

LIMITACIONES VISUALES: OJO DCHO _____ OJO IZQDO _____ **CEGUERA:** OJO DCHO _____ OJO IZQDO _____ **LAGRIMEO:** OJO DCHO _____ OJO IZQDO _____

PRESENCIA DE PUS: OJO DCHO _____ OJO IZQDO _____ **PUPILAS:** SIMÉTRICAS _____

ASIMÉTRICAS__ **LLEVA:** GAFAS__ LENTILLAS__ PRÓTESIS OCULAR__
 IZQDA__ DCHA__
SORDO: OÍDO DCHO__ OÍDO IZQDO__ **ACÚFENOS:**__ INTERMITENTES__
 CONSTANTES__ FORMA__
LESIONES: DEL CONDUCTO AUDITIVO__ PABELLÓN
 AURICULAR__ **PRÓTESIS AUDITIVA:** IZQDA__ DCHA__
DIFICULTADES INTELLECTUALES: DE
 CONCENTRACIÓN__ MEMORIA__ **CAPACIDAD LECTORA:** SÍ__ NO__
QUEJAS SOMÁTICAS
FRECUENTES: _____
EXPRESA SUS PREOCUPACIONES: _____ **DATOS**
SUBJETIVOS: _____
PERSONAS QUE LE GUSTARÍA TENER A SU LADO EN ESTE
MOMENTO: _____

**NECESIDAD DE VESTIRSE
 AMNANESIS:**

CAPAZ DE VESTIRSE / DESNUDARSE SOLO: SÍ__ NO__ **CAPAZ DE ELEGIR**
SU ROPA: SÍ__ NO__
FACTORES QUE LO IMPIDEN: DOLORES__ RIGIDEZ ARTICULAR__
 CONFUSIÓN__ DEBILIDAD__
 DÉFICIT VISUAL__ AMPUTACIÓN__ ESTADO
 DEPRESIVO__
MANTENIMIENTO DE LA ROPA: POR LA PERSONA__ LA
 FAMILIA__ EL CENTRO__
DATOS
SUBJETIVOS: _____ **OTROS:** _____

ESTADO DE LOS SENOS: _____ **AUTOEXAMEN** _____
 FRECUENCIA _____
ESTADO DE LOS ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS: _____
 AUTOEXAMEN TESTÍCULOS _____
MEDIOS QUE UTILIZA PARA PROTEGER SUS
TEGUMENTOS: _____
DATOS
SUBJETIVOS: _____
OTROS: _____

NECESIDAD APRENDIZAJE:

CAPACIDAD DE ADQUIRIR CONOCIMIENTOS: _____ **MOTIVACIÓN PARA APRENDER:** _____

FACTORES DE INFLUENCIA: ANSIEDAD___ DOLOR___ SOMNOLENCIA___
LIMITACIONES SENSORIALES___
CONFUSIÓN___ FALTA DE INTERÉS___
OTROS_____

TIENE INTERÉS POR CONOCER EL PROCESO DE SU SALUD: SÍ___ NO___
QUÉ INFORMACIÓN LE GUSTARÍA SABER: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

PRESCRIPCIONES O PROHIBICIONES RELIGIOSAS QUE HAY QUE RESPETAR: _____

ESTÁ BIEN ADAPTADO AL MEDIO DE CUIDADOS: SÍ___ NO___

ACEPTACIÓN: DE LA ENFERMEDAD___ DEL TRATAMIENTO___ DE LA CULTURA DEL MEDIO HOSPITALARIO___

IMPORTANCIA DE LOS VALORES RELIGIOSOS: _____ OBJETOS DE CULTO DESEADOS: _____

DESEA HABLAR CON UN SACERDOTE: SÍ___ NO___

OTROS: _____

PIENSA QUE PUEDE ACTUAR O TOMAR DECISIONES RELACIONADAS CON LA SITUACIÓN QUE VIVE: _____

DATOS

SUBJETIVOS: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

PROFESIÓN: _____ SIN EMPLEO___ BAJA___ INVALIDEZ___
TEMPORAL___ PERMANENTE___

DESEO DE SER AUTÓNOMO: _____ CAPACIDAD DE INICIATIVA: _____ DE DECISIÓN: _____
FACTORES DE INFLUENCIA: FALTA DE CONFIANZA EN SÍ MISMO___ DOLOR___ ESTADO DEPRESIVO___

MODIFICACIÓN DEL ESQUEMA CORPORAL___
CAPAZ DE MARCARSE UNOS OBJETIVOS: _____

OTROS: _____

DATOS

SUBJETIVOS: _____

NECESIDAD APRENDIZAJE:

CAPACIDAD DE ADQUIRIR CONOCIMIENTOS: _____ MOTIVACIÓN PARA APRENDER: _____
FACTORES DE INFLUENCIA: ANSIEDAD___ DOLOR___ SOMNOLENCIA___
LIMITACIONES SENSORIALES___
CONFUSIÓN___ FALTA DE INTERÉS___
OTROS _____
TIENE INTERÉS POR CONOCER EL PROCESO DE SU SALUD: SÍ___ NO___
QUÉ INFORMACIÓN LE GUSTARÍA SABER: _____

NECESIDAD DE DISTRAERSE

LE GUSTA REÍR Y DIVERTIRSE:___ SUELE ESTAR TRISTE:___ CAPAZ DE BUSCAR ACTIVIDAD DE OCIO:___
DISTRACCIÓN PREFERIDA: LECTURA___ CARTAS___ MÚSICA___
DEPORTES___ CAMINAR___ OTRAS _____
DISMINUCIÓN DE LOS CENTROS DE INTERÉS:___ FACTORES DE INFLUENCIA: DOLOR___ ANSIEDAD___
DEBILIDAD___ DEPRESIÓN___ SOLEDAD___
OTROS: _____
DATOS
SUBJETIVOS: _____

RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE

MEDICIÓN LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

RESULTADOS DE LA GASOMETRIA

PH	PCO ₂	PO ₂	HCO ₃	BE	SO ₂
----	------------------	-----------------	------------------	----	-----------------

INTERPRETACIÓN:

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

BHC:

QS:

RX
TORAX: _____

RESULTADO DE MUESTRAS DE ESPUTO :

OTROS ESTUDIOS:

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

BHC: **HEMOGLOBINA** _____ **HEMATOCRITO** _____

PERFIL DE COAGULACIÓN: **PT** _____ **TPT** _____

TT _____

ENZIMAS: **LDH** _____ **CPK** _____ **CPK-MB** _____

GLUCOSA SÉRICA: _____

ELECTROLÍTOS: **K** _____ **Ca** _____ **Mg** _____

PERFIL DE LÍPIDOS: **COLESTEROL TOTAL** _____ **LDL** _____

HDL _____

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

QUÍMICA SANGUÍNEA (TODAS): _____

RECuento DE

LINFOCITOS: _____

IONES

SERICOS: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

MEDICIÓN:

EGO-

_____ **D.U.** _____ **PROTEINAS** _____ **CREATININA** _____ **UREA** _____

PERDIDAS INSENSIBLES:

ESTUDIOS

ESPECIALES: _____

MEDICION NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA.

RADIOGRAFIAS:

RX: _____

OTROS ESTUDIOS:

EXAMEN PUPILAR:

MIOTICAS _____ MEDIAS _____ MIDRIATICAS _____
_____ ISOCORICAS _____ ANISOCORICAS _____
DISOCORICAS _____
REACTIVAS _____ AREACTIVAS _____

OBSERVACIONES: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIACIÓN EN ENFERMERÍA DEL ADULTO
 EN ESTADO CRÍTICO
 SEDE: XALAPA, VER.
 CEMEV

NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA	HORA	DATOS OBJETIVOS
FECHA	HORA	DATOS SUBJETIVOS
FECHA	HORA	NECESIDADES ALTERADAS
FECHA	HORA	PROBLEMAS INTERDISCIPLINARIOS
FECHA	HORA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA: L.E. IRAIS ITZEL MARTINEZ MURRIETA		

ESCALAS UTILIZADAS PARA LA VALORACIÓN

Escala de evaluación de sedación de Ramsay

Nivel	Respuesta
1	Ansioso, agitado o intranquilo
2	Cooperador, orientado y tranquilo
3	Respuesta sólo a ordenes verbales
4	Dormido pero con respuesta a estímulo auditivo leve
5	Dormido, sólo hay respuesta a estímulos intenso táctil
6	Sin respuesta

Fuente: conde, 2002

Evaluación de la fortaleza muscular

nivel	respuesta
5	Fortaleza normal. El músculo es capaz de moverse a través de un amplio intervalo de movimiento(IDM) en contra de la gravedad y de resistencia aplicada.
4	El músculo es capaz de moverse a través de un amplio IDM en contra de la gravedad pero con debilidad con respecto a la resistencia aplicada.
3	El músculo es capaz de moverse activamente sólo en contra de la gravedad.
2	El músculo es capaz de moverse en contra de la gravedad con ayuda.
1	La contracción es palpable y visible
0	El movimiento o contracción del músculo es indetectable.

Fuente: redondo, 2002:2

Evaluación de edema

La valoración se realiza mediante la colocación del pulgar sobre el dorso del pie o la tibia durante 5 minutos

Nivel	Respuesta
0	Sin edema
1(+)	Depresión apenas discernible
2(++)	Una depresión profunda (menos de 5mm) acompañada por contornos normales de piel y la pierna
3(+++)	Depresión profunda (de 5 a 10 mm) acompañada de hinchazón de pierna y pie
4(++++)	Una depresión aún mas profunda (mas de 1 cm) acompañada por una severa inflamación de pierna y pie

Fuente: redondo, 2002:3

Reposo prolongado

El reposo prolongado ocasiona diversos efectos negativos sobre los sistemas corporales, y es una función importante del profesional de enfermería realizar ejercicios dentro de las posibilidades del paciente con la finalidad de mantener la movilidad articular, tono muscular así como función cardiovascular.

Algunos problemas relacionados con la inmovilidad:

Sistema músculo esquelético	Osteoporosis por desuso Atrofia por desuso Contracturas Rigidez y dolor en las articulaciones
Sistema cardiovascular	Disminución de la reserva cardiaca Aumento del uso de la maniobra de valsalva Hipotensión ortostática(postural) Vasodilatación y estasis venosa Edema dependiente Formación de trombos
Sistema respiratorio	Disminución del movimiento respiratorio Estancamiento de las secreciones respiratorias Atelectasias Neumonía hipostática
Sistema metabólico	Disminución de la tasa metabólica Balance negativo nitrogenado Anorexia Balance negativo de calcio
Sistema urinario	Éstasis urinaria Cálculos renales Retención de orina Infección urinaria
Sistema gastrointestinal	Estreñimiento Aumento de presión intraabdominal e intratorácica
Sistema tegumentario	Disminución de la turgencia de la piel Rotura de la piel.

Fuente: Kozier et al 1999:949 a 955

Factores que contribuyen a la producción de úlceras

Fisiopatologicos	<p>Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.</p> <p>Trastornos en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, éstasis venosa, trastornos cardio-pulmonares</p> <p>Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación.</p> <p>Trastornos inmunológicos: cáncer, infección</p> <p>Alteraciones en el estado de conciencia : estupor, confusión, coma</p> <p>Deficiencias motoras: paresia, parálisis</p> <p>Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa</p> <p>Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal): incontinencia urinaria e intestinal</p>
Derivados del tratamiento	<p>Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas: dispositivos/ aparatos como escayolas, tracciones, respiradores</p> <p>Tratamiento o fármacos que tiene acción inmunopresora: radioterapia, corticoides, citostáticos</p> <p>Sondajes con fines diagnósticos y /o terapéuticos : sondaje vesical, nasogástrico etc</p>
Situacionales	<p>Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés</p> <p>Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama. Objetos de roce etc.</p>
Del desarrollo	<p>Niños lactantes: rash por el pañal</p> <p>Ancianos: pérdida de la elasticidad de la piel seca, movilidad restringida</p>
Del entorno	<p>Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad</p> <p>La falta de educación sanitaria a los pacientes</p> <p>La falta de criterios unificados en la</p>

	planificación de las curas por parte del equipo asistencial La falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario La desmotivación profesional por la falta de formación y /o información específica La sobre carga de trabajo del profesional
--	--

Los síntomas dependerán del estado en que se encuentre la úlcera a medida que va evolucionado.

Esta puede pasar por cuatro estadios o fases. La clasificación más difundida es la dada por la AGENCY FOR Health Care Policy and research, 1992, y the National Pressure Ulcer Advisory panel, 1989 de Estados Unidos:

Estadio 1	Eritema que no palidece en la piel intacta. Lesión precursora de ulceración cutánea. En pacientes de piel oscura observar edema, induración decoloración y calor local.
Estadio II	Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis o dermis. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
Estadio III	Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse más adentro, pero no por la fascia subyacente.
Estadio IV	Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, huesos o estructuras de sostén, por ejemplo de un tendón o de una cápsula articular. En este estadio, como en el III, pueden presentarse las lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.

Para valorar en que estado se encuentra la úlcera, se habrá que eliminar previamente todo el tejido necrosado.

Escala de Norton

Estado físico	Puntos	Estado mental	Puntos
Bueno	4	Alerta	4
Aceptable	3	Somnoliento	3
Pobre	2	Delirio	2
Muy pobre	1	Estupor	1
Actividad	Puntos	Movilidad	Puntos
Ambulante	4	Cambios posturales	4
Camina con ayuda	3	Algunas limitaciones	3
Silla de rueda	2	Muchas limitaciones	2
Encamado	1	inmóvil	1
Incontinencia	Puntos	Edad	Puntos
Ninguna	4	< de 40	4
Ocasional	3	40 a 54	3
Vesical	2	55 a 69	2
Vesical y rectal	1	70 o >	1
Riesgo de desarrollo De úlceras por presión	Puntaje		
Riesgo alto	7 a 12		
Riesgo moderado	13 a 18		
Riesgo bajo	19 a 14		