



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN UNICO DE ESPECIALIZACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA DEL ADULTO EN
ESTADO CRITICO

**ESTUDIO DE CASO A UNA PERSONA CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE OXIGENACIÓN Y MOVILIZACIÓN,
BASADO EN EL MODELO CONCEPTUAL
DE VIRGINIA HENDERSON.**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA DEL
ADULTO EN ESTADO CRITICO**

**PRESENTA
PAULA ANGELINA SILVA AIVAR**

ASESOR: E. E. A. E. C. MARIO CUNA HERNANDEZ



MÉXICO

ABRIL 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Este trabajo lo quiero dedicar con mucho cariño a mi familia, mi esposo, mi hijo, y mi ojetona bella. Que son mi orgullo, mi motor y lo más importante en mi vida.

Y de los cuales me siento orgullosa.

A todos ellos gracias por su amor y apoyo, pues son la base en la que cimienta mi Fuerza y cariño.

Y por supuesto gracias de una manera muy especial E. E. A. E. C. MARIO CUNA HERNANDEZ. Quien además de ser un excelente asesor, es una excelente persona de la cual, aprendí mucho, no sólo en el ámbito académico, sino cómo crecer como persona.

ÍNDICE GENERAL.

I.- INTRODUCCION.	1
II.- OBJETIVOS.	2
III.- MARCO CONCEPTUAL.	
III.1.- Filosofía de virginia Henderson.	3
III.2.- Proceso de enfermería.	9
IV.- MARCO TEORICO.	11
V.- ESTUDIOS RELACIONADOS.	14
VI.- METODOLOGIA	15
VII.- CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES.	16
VIII.- PRESENTACION DEL CASO.	17
IX.- FICHA DE IDENTIFICACION.	18
X.- VALORACION GENERALIZADA BASADA EN LA FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON.	20
XI.- VALORACIONES FOCALIZADAS.	31
XI.1.- PRIMERA VALORACIÓN FOCALIZADA.	31
XI.2.- SEGUNDA VALORACION FOCALIZADA.	36
XI.3.- TERCERA VALORACIÓN FOCALIZADA.	37
XI.4.- CUARTA VALORACIÓN FOCALIZADA.	39
XII.- RESULTADOS.	
XII.1.- CONCLUSIONES.	43
XII.2.- COMENTARIOS.	43
XIII.- ANEXOS.	
XIII.1.- GUIA DE VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL ADULTO EN ESTADO CRITICO.	45
XIII.2.- DIFERENTES ESCALAS DE VALORACIÓN.	49
XIV.- BIBLIOGRAFIA.	52

I.- INTRODUCCIÓN.

Los profesionales de enfermería han logrado integrarse en equipos interdisciplinarios, demostrando competencias únicas y manteniendo su rol profesional autónomo.

Con un pensamiento crítico reflexivo, de creatividad, así como el interés por profundizar los conocimientos que adquieren, genera la necesidad de fortalecer un marco de referencia que oriente su ejercicio profesional, además de las habilidades necesarias para ofrecer un cuidado de alta calidad.

La disciplina de enfermería ha tenido un desarrollo significativo, el cual se evidencia en la formación de profesionales de enfermería y el desarrollo de modelos conceptuales y teorías de enfermería.

Como una estrategia para fortalecer el conocimiento disciplinar, así como la calidad en el cuidado, la autonomía y la propia visibilidad del cuidado enfermero.¹

El modelo conceptual nos provee de un marco de referencia para la práctica con fundamentos en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, la creencia y la filosofía de quien lo propone.

Virginia Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica nos muestra actividades, que en sí son los componentes básicos de los cuidados enfermeros. Que guía de forma planeada, sistematizada y organizada las acciones de enfermería.

Con el proceso enfermero, la filosofía de Virginia Henderson y el formato PES, para una persona con siringomielia, donde se ven afectadas las 14 necesidades de la persona, Se pretenden identificar los problemas de salud reales y potenciales que permitan la toma de decisiones con base en el conocimiento y evidencia existente del cuidado especializado de enfermería para ser aplicado en forma sistemática y organizada.

¹ Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería : experiencia de la facultad de enfermería de la Universidad de la sabana. Colombia. Teorías y modelos bases teóricas para el cuidado especializado p 119- 121.

II.- OBJETIVO DEL ESTUDIO DE CASO.

GENERAL.

Identificar los problemas de salud reales y potenciales de una persona, con alteración en sus 14 necesidades a través de la metodología del proceso enfermero, la filosofía de Virginia Henderson y el formato PES, para poder brindar atención especializada de enfermería en forma holística, que contribuya a la recuperación de la salud e independencia de la persona.

ESPECÍFICOS.

Valorar a una persona en estado crítico empleando el instrumento de valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson.

Aplicar la metodología del proceso enfermero a una persona en estado crítico y poder identificar los problemas de salud reales y potenciales en sus necesidades básicas descritas por Virginia Henderson.

Proponer el formato PES en la elaboración de los diagnósticos de enfermería.

Implementar un plan de cuidados especializados e individualizados que cubran las necesidades alteradas de la persona con siringomielia.



III.- MARCO CONCEPTUAL.

III.I FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON.

Inicialmente lo que motivó a Virginia Henderson a desarrollar su filosofía fue su preocupación al constatar la ausencia de una determinación de la función propia de enfermería.

Desde su etapa de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

Se dio a la tarea de revisar los libros, que pretendían ser básicos en la formación de enfermería, dándose cuenta que no definían una forma clara de las funciones de enfermería y sin este elemento primordial no se podía establecer los principios de la práctica de la profesión.

En 1956 ve cristalizadas sus ideas al publicarse su libro *The nature of nursing*, en el cual define la función propia de enfermería de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal manera que se facilite su independencia de la forma mas rápida posible”.

La enfermera especialista que basa su práctica profesional, en el modelo conceptual de Henderson centra su atención sobre las necesidades fundamentales de la persona. Sus intervenciones van dirigidas a conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.²

² Teorías y modelos. Bases teóricas para el cuidado especializado. Filosofía de Virginia Henderson. p 207.

CONCEPTOS Y SUBCONCEPTOS BASICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson definió enfermería en términos funcionales y señaló cuatro supuestos esenciales.

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

Enfermería:

Es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades.

Entorno:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Salud:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.³

³ Ibid.,p. 207 / 208

Cuidados Básicos de Enfermería y el Equipo de Salud.

Son las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y que es dueña de la situación

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente por que cada persona interpreta a su manera estas necesidades.

Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad.

Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre si, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

- 1.- Necesidad de oxigenación.
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.- Necesidad de eliminación.
- 4.- Necesidad de movilización.
- 5.- Necesidad de reposo y sueño.
- 6.- Necesidad de vestirse.
- 7.- Necesidad de termorregulación.
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9.- Necesidad de seguridad.
- 10.- Necesidad de comunicación.
- 11.- Necesidad de religión y creencias.
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 13.- Necesidad de actividades recreativas.
- 14.- Necesidad de aprendizaje.⁴

⁴ Ibid., p. 208

Sexualidad y reproducción. (Virginia Henderson no lo contempla pero se considera necesario añadir este punto).

Cada una de las necesidades es valorada en base a tres factores que influyen su satisfacción, como son:

Factores Biofisiológicos, hacen referencia a las condiciones genéticas, de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud.

Factores Psicológicos, se refiere a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales.

Factores Socioculturales, se refiere al entorno físico de la persona y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciando a la persona. Siendo el entorno físico próximo el de la casa, del trabajo, el hospitalario, etc. El entorno físico mas lejano se refiere al de la comunidad donde vive el individuo (clima, orografía, contaminación, etc.) el entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia, la escuela las leyes y políticas por las que se rige la comunidad de referencia.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos. Aunque cada persona, tiene la habilidad y capacidad de satisfacer de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA.

Virginia Henderson, desde la filosofía humanista, considera que todas las personas tiene determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener un estado óptimo de salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia.

INDEPENDENCIA. Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar acabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa y de desarrollo y situación.

Los criterios de independencia deben ser consideradas de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA. Se considera la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer sus 14 necesidades y por otro lado puede ser que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.) Sin embargo una vez que estos déficit sean subsanados, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.⁵

NIVELES DE DEPENDENCIA.

NIVEL 0. La persona satisface por si mismo 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. La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasis para asegurarle de que lo que hace lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.

NIVEL 2. La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un dispositivo de apoyo o una prótesis.

NIVEL 3. La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento pero no puede participar mucho en ello.

NIVEL 4. 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. 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.

⁵ Ibid.,p. 209/210

CAUSA DE LA DIFICULTAD.

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno , que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Virginia Henderson las agrupo a en tres posibilidades:

FALTA DE FUERZA. Se interpreta como fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino también la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación , lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas y capacidad intelectual.

FALTA DE CONOCIMIENTO. Es lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

FALTA DE VOLUNTAD. Se entiende como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.⁶

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deben de ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Virginia Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de atención.

En las etapas de valoración y diagnostico, sirve de guía en la recopilación de datos y en el análisis y síntesis de los mismos, en esta etapa se determina:

El grado de independencia, dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

Las causas de la dificultad en tal satisfacción.

La interrelación de unas necesidades con otras.

La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

⁶ Ibid.,p. 210

En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia con base en las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modelo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo, siempre que sea posible, en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuada a la situación así todos estos criterios serán los que guiaran la etapa de ejecución.

En la etapa de evaluación, el modelo de Virginia Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo mas rápidamente posible. Esto significa que nosotros le proporcionaremos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarle alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

III.2 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería. Este método permite a las enfermeras proporcionar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Desarrollo Histórico del Proceso de Enfermería.

En el congreso de Montreal, Canadá, en 1929 se había presentado la primera propuesta de crear un código internacional de ética de la profesión que no fue aprobado hasta 1953. Fue considerado como un proceso, por primera vez con: Lidia E: Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbanch (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Wals (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), y algunos autores mas, establecieron las cinco actuales etapas al añadir la etapa de diagnósticos.

El proceso de enfermería. "Es un método sistemático para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente" (Alfaro, 1999). Como todo método, el Proceso atención enfermería configura un numero de pasos sucesivos que se relacionan entre si. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico. Esta Compuesto de cinco etapas:

Valoración. Es la primera fase del Proceso atención de Enfermería que consiste en la obtención de datos, información de la salud de las personas, la familia o comunidad en forma intencionada, organizada y continua. Son las bases para las decisiones y actuaciones posteriores. Etapa que permite estimar el estado de salud de la persona, familia y comunidad (Alfaro, 1999).

Diagnostico de enfermería. Juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia y comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales o de riesgo, en donde el profesional de enfermería es responsable de su cuidado (predicción, prevención y tratamiento) en forma independiente.

Formato PES

GORDON plantea el formato PES para enunciar y confirmar diagnósticos. Fue identificado en 1976.

Para Gordon, el diagnóstico enfermero es un "problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, tienen

Capacidad y derecho legal a tratar. Gordon utiliza el formato P.E.S.:

P = Problema: en relación a.

E = Etiología: manifestado por.

S = Signos y síntomas.

DIAGNOSTICOS.

DX. Real: Representa un estado que ha sido clínicamente valido mediante características definitorias principalmente identificables. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyente (E) + signos y síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnostico.

DX. de Riesgo: es un juicio clínico de que una persona, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

DX. de Bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: Deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados. lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional mas elevado si se desea o si se es capaz.

Planificación. Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma identificadas en el diagnostico de enfermería, así como para promocionar la salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados, enfocados al inicio de las intervenciones que ayudaran a conseguir los objetivos. En la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboro previamente.

Evaluación. Consiste en comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Es continua, por lo que la valoración, diagnostico, planeación y ejecución, siempre están en una constante revisión.⁷

⁷Enfermería médico-quirúrgica. Brunner y Suddarht.

Cap.3 pensamiento critico, principios éticos y proceso de enfermería.
Etapas del proceso de enfermería p.32-41

MARCO TEORICO.



SIRINGOMIELIA.

DESCRIPCION Y ETIOLOGIA.

La siringomielia, del griego syrinx (tubo) y myelos (médula), la podemos definir como una enfermedad crónica y progresiva de la médula espinal, en el cual se forma un quiste en forma de cordón espinal, este quiste llamado syrinx, se expande y alarga a través de un periodo de tiempo, destruyendo el centro del cordón espinal. La cavidad quística puede extenderse fuera de la medula abarcando el tronco encefálico: sirigobulbia.

ETIOLOGIA.

El mecanismo de desarrollo aún es poco conocido, aunque la presencia de adhesiones subaracnoideas justifica la formación de una siringomielia.

Esta asociado también con traumatismos, tumores o anomalías congénitas en la unión cráneo-cervical, o a lo largo del neuraxis espinal.

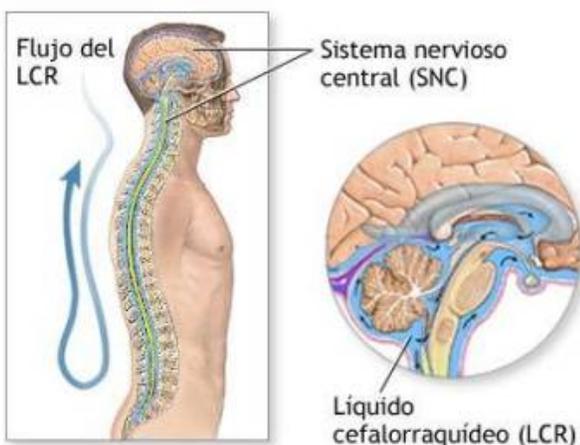
En aproximadamente el 84% de los casos están asociados con las malformaciones de la unión cráneo-cervical, como Chiari I, Chiari II e impresión basilar.

En 10 % de los casos es asociado con tumores intramedulares.

Un tercer tipo de siringomielia post-traumática (5%), tras fracturas espinales. En último lugar, pero no menos importante, el 1% de los casos están asociados con la hidrocefalia, especialmente en esos casos en que la dilatación ventricular era debida a la aracnoiditis de las cisternas de la base del cráneo.

Es frecuente la coexistencia de la siringomielia con la malformación de Chiari y la superposición de los síntomas causados por este proceso.

La acumulación de líquido extracelular debido a los mecanismos de absorción puede desempeñar un papel importante en la fisiopatología de la siringomielia en estos casos.



FISIOPATOLOGIA.

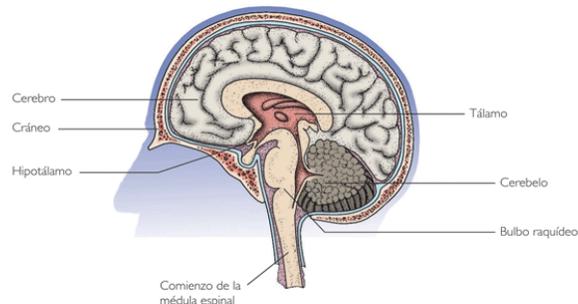
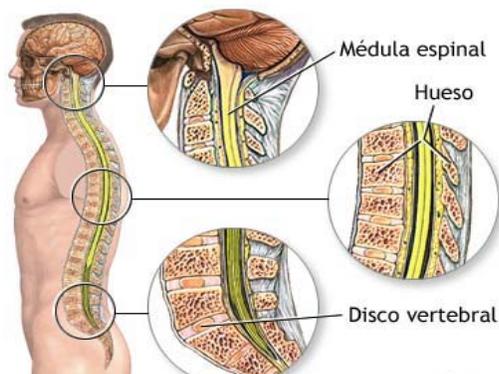
Varía con los diferentes tipos de siringomielia. En los casos asociados a malformación de la unión cráneo-cervicales, el LCR no puede fluir libremente del IV ventrículo hacia el espacio subaracnoideo / cisterna magna). La causa más común es el descenso de las amígdalas cerebelares, por debajo del foramen mágnum en el Chiari.

La siringomielia post-traumática hay aracnoiditis y/o la ocupación mecánica del espacio del subaracnoideo espinal, induciendo un deterioro en la dinámica del LCR como se confirma con los estudios de RM del flujo de fluidos cerebroespinales.

En el caso de tumores intramedulares algunos de ellos secretan fluido proteínico que deseca los tejidos del cordón que inducen la cavidad siringomiélica.

Existen tres tipos de comunicaciones con el canal central o ser completamente ajena a él.

- 1) Las dilataciones del canal central que comunica directamente con el cuarto ventrículo.
- 2) Las dilataciones del canal central no comunicado con el cuarto ventrículo y saliendo entre ellos un segmento de syrinx-libre del cordón espinal.
- 3) Siringos que son originados en el parénquima del cordón espinal y que no están comunicados con el canal central.



Existen claros argumentos de que la siringomielia es debida al resultado de la muerte de células del centro de la médula espinal por la falta de circulación sanguínea ante un estiramiento de la médula espinal, esa tracción cuando es intensa hace disminuir la circulación sanguínea en el centro de la médula espinal, especialmente en la región cervical al existir el tope al deslizamiento, la falta de circulación sanguínea necrosa o muere una parte de tejido medular, que a su vez atrae líquido intersticial intramedular y forma un quiste en el centro de la medula espinal llamado siringomielia.

La tensión ejercida sobre la médula ocasionaría un colapso de los vasos terminales en el centromedular, necrosando áreas medulares donde se crearía una cavidad rellena del material proteico residual que por mecanismos osmóticos atraería líquido a su interior.

La siringomielia se debe primeramente a malformaciones de la unión cráneo-cervical y malformaciones raquíespinales.

Secundariamente se debe a consecuencias o relación con procesos adquiridos: siringomielia postraumática, Siringomielia postmeningítica o tumores intramedulares.

CUADRO CLINICO.

La mayoría de los casos comienzan a dar síntomas y signos clínicos a partir del inicio de la tercera década de la vida, con tendencia a presentar un curso progresivo.

A nivel lesionado.

Ocasiona síntomas y signos en el área cervical, miembros superiores, región torácica superior, al crecer la actividad dentro del área centrómedular se afecta en primer lugar las fibras que pasan por ahí interrumpiendo la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa con predominio en las extremidades superiores.

En el interior del bulbo raquídeo, pueden afectarse los núcleos de los pares craneales más bajos dando síntomas de disfonía, disfagia y trastornos respiratorios.

A nivel infralesional.

Signos y síntomas por debajo de la lesión, la vía que con mayor frecuencia se afecta es el haz piramidal, ocasionando una paraparesia espástica asimétrica, hiperreflexia y babinski bilateral.

DIAGNOSTICO.

Una correcta anamnesia y una minuciosa exploración son fundamentales a la hora de establecer un diagnostico aproximado del síndrome, y de las causas probables, como hemos visto se trata de un proceso de presentación insidiosa y curso progresivo, con una afección centró medular.

En la resonancia magnética nuclear (RMN) se visualiza las cavidades intramedulares como imágenes hipodensas con el LCR, nos muestra si existe comunicación o no con el IV ventrículo o con el espacio subaracnoideo, así como las malformaciones con las que se asocia la siringomielia.

Con el desarrollo de la resonancia magnetica podemos visualizar en tiempo real el movimiento del LCR en el interior de la cavidad, en el espacio subaracnoideo y dentro del sistema ventricular y cisternas cerebrales, ayudándonos a localizar el lugar de la obstrucción y seleccionar el momento y tipo de intervención quirúrgica.

TRATAMIENTO.

La elección de la técnica quirúrgica a utilizarse viene dada por el tipo de anomalía que se asocia a la siringomielia. Así, en los casos con malformación de Chiari el primer paso a dar es la descompresión de la fosa posterior con la colocación de una plastia de la duramadre para garantizar la libre circulación del LCR hacia el espacio subaracnoideo.

El objetivo principal de la cirugía es proporcionar más espacio para el cerebelo en la base del cráneo y parte superior del cuello.

El tratamiento preferido es la extirpación del tumor, con lo que casi siempre se elimina el Syrinx.

En los casos de siringomielia comunicante algunos autores priorizan el taponamiento del obex con músculo u otro material. El abordaje de la cavidad siringomielia se lleva acabo mediante una derivación con un shunt siringoperitoneal.

La cirugía permite que los síntomas se estabilicen o mejoren levemente en la mayoría de los pacientes. Los retrasos en el tratamiento pueden causar una lesión irreversible de la medula espinal.

No existe medicamentos que pueden tratar y curar la siringomielia, independiente de si reciben o no tratamiento, a los pacientes de siringomielia se les recomendara evitar las actividades que requieran hacer fuerza.

V.- ESTUDIOS RELACIONADOS.

En la literatura mundial no existe información suficiente, ya que esta enfermedad no es muy conocida , y el problema no es que no existiese desde mucho antes si no que el problema es como llevar a cabo un diagnóstico diferencial de siringomielia.

Tomando en cuenta esta situación se encuentra información y un caso clínico, pero todo sobre la línea de medicina, no encontrándose nada sobre intervenciones de enfermería en siringomielia, por lo que revisé paginas y trabajos relacionados con pacientes con alguna enfermedad relacionada con lesión de la columna vertebral.

www.juntadeandalucia.es/...pdf/enfermeria/EPOC%20-%20GAC%20Terapia%20Respiratoria%20-%20Ventilacio.

8 Cuidados de enfermería en cirugía de columna.

... sometidos a cirugía de inestabilidad de columna. A. INDICACIONES ♣ PARA CIRUGÍA DE COLUMNA. 1.

Congénitas **Meningocele** ...

http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/2/id/121/pagina/1/cuidados_enfermeria_cirugia.html

www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-14732007000200012&script=sci_arttext - 28k - En caché - Páginas similares. msd.co.cr/assets/biblioteca/manual_merck/content_mmerck/MM_14_

www.syringo.org/indice.html

VI.- METODOLOGIA.

El presente estudio de caso lo inicié a partir del día 27 de octubre 2008, durante mi rotación por la unidad de cuidados intensivos de infectología, del Hospital General de México, a la persona C.A.A, masculino de 30 años de edad, originario del estado de Guerrero, con un diagnóstico de siringomielia.

Decidí tomar el caso por que se trata de una persona en estado crítico, ideal para llevar a cabo el proceso enfermero bajo la filosofía de Virginia Henderson y el formato PES para la elaboración de diagnósticos.

Se realizaron cinco valoraciones una generalizada y cuatro focalizadas. Se valoraron las catorce necesidades de Virginia Henderson. Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se utilizó el formato PES. Posteriormente se llevó a cabo la realización de los objetivos, el plan de intervenciones y finalmente la evaluación de enfermería.

La recopilación de la información, acerca del padecimiento de la persona se obtuvo de fuentes secundarias, las fuentes que se abordaron fueron: familiares de la persona, el expediente, personal de enfermería y el médico tratante.

También se realizaron consultas bibliográficas y por Internet en relación a la enfermedad de la persona, cuidados de enfermería y cuestiones éticas y legales de enfermería.



VII.- CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES.

Decálogo del código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México.

- 1.- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2.- Proteger la integridad de las personas ante cualquier afección, otorgando cuidados de enfermería libre de riesgos.
- 3.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona que se atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- 4.- Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5.- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- 6.- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- 7.- Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- 8.- Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- 9.- Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- 10.- Fomentar la participación y espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

En el artículo 1° de la constitución Mexicana sobre la salud dice:

Queda prohibida la discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las referencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Artículo 2°.- la nación mexicana es única e indivisible.

V. proporcionar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo, mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de estímulos para favorecer su educación y su participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria.

Artículo 4° prevé que a toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución. Los niños y niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

VIII.- PRESENTACION DEL CASO.

Se trata del señor C.A.A masculino de 30 años de edad, originario del estado de Guerrero, ocupación ingeniero, con los siguientes diagnósticos: siringomielia, falla respiratoria secundaria y neumonía nosocomial.

Antecedentes personales patológicos.

Niega enfermedades crónicas degenerativas, así como toxicomanías, alergias, cirugía y transfusiones aparentemente sano.

Padecimiento actual.

Lo inicia el 30 de septiembre de este año, con parestesias y paresia de extremidad torácica izquierda, y posteriormente el resto de las extremidades con la misma sintomatología.

El día 14 de octubre se agrega singulto intenso, por lo que la persona es internada en el hospital general de Acapulco, y recibe apoyo ventilatorio mecánico por presentar periodos de apnea, desarrollando proceso infeccioso a nivel pulmonar, por mal manejo de secreciones con debilidad generalizada, palidez de tegumentos, asténico.

El día 22 de octubre 2008 es trasladado a este hospital e ingresa a servicio de terapia intensiva del servicio de infectología, para continuar con cuidados especializados de enfermería y manejo médico. A su entrada a la unidad de cuidados intensivos de infectología se le diagnostica siringomielia con falla respiratoria y neumonía. Se recibe persona con apoyo ventilatorio en modo controlado, con FIO₂ de 30% con un volumen corriente de 480 ml, una PEEP de 3, y se le inicia sedación con midazolam.

El día 27 de octubre en la Unidad de Cuidados Intensivos de Infectología, la persona se encuentra conciente, alerta, con un Ramsay de 3, con apoyo ventilatorio, apoyo nutricional a través de la SNG, y con parestesia de las cuatro extremidades, con palidez de tegumentos y con disminución del índice de masa corporal.

El día 28 de octubre se le realiza traqueostomía, el día 3 noviembre continuando con el apoyo ventilatorio, el día 5 de noviembre es sometido a cirugía por neurocirujanos donde se realiza una laminectomía en el área cervical, descomprimiendo la zona y tomando una biopsia del área lesionada.

El día 7 de noviembre se valora la progresión de la persona y se pasa a tubo en T, para posteriormente retirarlo del ventilador mecánico, ya que presenta un buen automatismo respiratorio.

IX.- FICHA DE IDENTIFICACION.

Fecha.- 27 octubre 2008

Nombre.-C. A. A.

Sexo.-Masculino.

Edad.- 30 años.

Estado civil.- Casado.

Escolaridad.- Licenciatura.

Ocupación.- Ingeniero.

Religión.- católica.

Originario.- Estado de guerrero.

Fuente de datos.- Secundaria (familiares, expediente clínico).

Fecha de ingreso hospitalario.- 30 de septiembre 2008

Fecha de ingreso a la UCI.- 22 de octubre 2008.

Diagnostico medico.- siringomielia.+ falla respiratoria+ neumonía.

Indicaciones médicas.

Dieta.- ayuno.

Soluciones.

Solución salina al 0.9 % 200ml + tramadol 300mg para 24 horas.

Solución glucosada al 5% 250ml. Haldol 15 mg DR.

Solución salina al 0.9% 250 ml +aminofilina 3 ámpulas para 24 hrs.

Solución glucosada al 5% + midazolam 150 mg 5 ml. Por hora.

Solución salina al 0.9 % 1500 + 40 meq de KCL + 1 ámpula de SOMG4 para 24 hrs.

Medicamentos.

Metoclopramida 10 mg. Iv cada 8 hrs.

Enoxoparina 40 mg SC cada 24 hrs.

Omeprazol 40 mg iv cada 24 hrs.

Metilprednisolona 100 mg iv cada 6 hrs.

Merópenen 1 gr iv cada 8 hrs.

Inhalóterapia.

Apoyo ventilatorio en modo controlado, con FIO2 al 30 %, PEEP de 3, VC 480 ml, FR16.

Aspiración de secreciones gentilmente.

Fisioterapia pulmonar por turno.

Nebulizaciones con pulmicort y combivent cada 6 hrs.

Medidas generales.

Monitoreo continuo.

Oximetría continúa.

PVC horaria.

Control estricto de líquidos y balance de líquidos.

Glicemia capilar por turno.

Curva térmica, y medidas con medios físicos.

Cuantificación de drenajes (SNG Y S. Foley)

X.- VALORACION GENERALIZADA. 27 DE OCTUBRE 2008.

NECESIDAD DE OXIGENACION.

Se valora persona masculino con edad aparente a la cronológica, SV: TA 130/80, PAM 96.6, FC 89X', FR 13 X', TEMP. 36, PVC 13, SAT.O2 98 %; estado mental alerta, sedación con midazolam 150 mg a 5 ml por min., un Ramsay de 3, con pupilas isocóricas, hiporreflexicas a la luz, nariñas con SNG instalada el día 16 oct. 08, cerrada, mucosa oral bien hidratada, boca con todas sus piezas dentarias, con cánula endotraqueal del número 7 instalada el día 16 oct. 08, fijada en la comisura labial lado derecho hasta el número 20, por cánula se aspiran secreciones espesas, sanguinolentas de contenido moderado y por boca sialorrea moderada. El reflejo tusígeno presente aunque con disminución en la fuerza, con apoyo mecánico ventilatorio en modalidad A.C., FIO2 al 60%, PEEP 3, VC 480 ml, FR 20X'.

Cuello cilíndrico, sin adenomegalias, pulsos carotídeos presentes con buena intensidad y frecuencia, tráquea central; tórax con catéter central subclavio del lado izquierdo bilumen, instalado el día 16 oct 2008, campos pulmonares con presencia de estertores diseminados, de predominio basal, Patrón respiratorio irregular debido disociación del paciente con la asistencia ventilatoria.

Gasometría arterial, PH 7.52, PO2 66.4, PCO2 26.1, HCO3 21.8, cursando con una alcalosis respiratoria. Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, con ritmo sinusal en monitor cardíaco; pulsos de buena intensidad con un llenado capilar de 3 a 4 seg. Sin apoyo de aminos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C la pérdida de elasticidad de los músculos respiratorios así como del reflejo tusígeno M/P por la presencia de estertores en ambos campos pulmonares.	-La persona mostrara un patrón respiratorio efectivo, así como la presencia de ruidos pulmonares claros.	-Mantener una vía aérea permeable evitando la flexión del cuello para prevenir obstrucciones. - Valoración de la función respiratoria como la F, C, P y saturación. -Auscultación de los campos pulmonares. -Explicar a la persona el procedimiento a realizar para disminuir la angustia y favorecer la cooperación. -Aspiración de secreciones PRN. -colocar el oxígeno al 100% durante la aspiración para evitar la desaturación. -Mantener humidificador y/o nariz artificial para evitar que se espesen las secreciones. -Observar características de las secreciones. Y registrar cantidad, color y consistencia.								-Disminución de secreciones. <input type="checkbox"/> -Se mantiene el intercambio gaseoso.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Alteración del Intercambio Gaseoso r/c cambios de la membrana alveolo-capilar m/p PH 7.52.PO 66.4, PCO2 26.1, HCO3 21.8	-Mejorar el intercambio gaseoso de la persona.	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorización de la saturación, mediante <input type="checkbox"/> oximetría de pulso. -Monitorizar los parámetros ventilatorio, asegurándonos de un VM. adecuada. -Aspiración de secreciones PRN -valoración de gasometría para determinar el EAB. 								<ul style="list-style-type: none"> -La persona mantuvo saturaciones de O2 de por lo menos el 90 %. -Se mantiene el intercambio gaseoso adecuado. 	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Alteración de la perfusión tisular periférica R/C disminución del flujo sanguíneo. M/P palidez de tegumentos, llenado capilar de 3 – 4 seg. Perdida de la sensibilidad.	-Mejorar el estado circulatorio	<ul style="list-style-type: none"> -Cambio de posición cada 2 horas. -Utilización de vendaje o medias elásticas para prevenir la estasis venosa. -Protección ósea. - Mantener la piel húmeda. - La movilización de los dedos y las extremidades por lo menos cada 2 horas. 								<ul style="list-style-type: none"> - Se mantuvo un adecuado flujo sanguíneo, favoreciendo así la perfusión tisular periférica. -Las cuatro extremidades se encuentran libres de lesiones. 	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Cursa su quinto día de estancia en este hospital en la unidad de cuidados intensivos de infección. Los días anteriores había tenido indicada una dieta X S.N.G. licuada de 1600 calorías en 4 tomas de 300 ml con técnica de residuo, desde el día de ayer se encuentra en ayuno por estudio programado de resonancia magnética nuclear.

Con pérdida de la masa corporal de un 10 %, pelo bien implantado, lechos ungueales color rosado, piel pálida, húmeda. Dentadura completa con algunas caries con presencia de cánula endotraqueal, peso de 60 kg. Talla de 1.64, hábitos alimenticios la persona tenía el hábito de comer carne, pollo y poca verdura. No refiere ser alérgico a ningún alimento hasta este momento. Laboratorios glucosa de 101 mg, hg de 11.8 y ht de 34.60 %.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Desequilibrio Nutricional por defecto R/C el aumento de las necesidades metabólicas M/P peso de 10%, por debajo del ideal.	-Mejorar el Estado Nutricional manteniendo la ingesta de nutrientes esenciales -Prevenir la desnutrición progresiva del paciente. -Mantener un peso adecuado durante su recuperación	-Se verificaran las indicaciones medicas sobre la administración de algún medicamento preprandial. -Colocar a la persona en la posición semifowlerl 45 %. - Explicarle el procedimiento a la persona sobre la alimentación por SNG. -Se le realizara la medición de residuo así como lavado gástrico siempre y cuando fuese necesario, y se valorara si se alimentara a la persona. - Se procederá a la alimentación a través de la SNG. -Se valorara la dieta adecuada si no presenta reacción la persona como diarrea, o vomito. -vigilar abdomen en búsqueda de distensión abdominal. -se realizara glucemia capilar por turno con esquema de insulina rápida.								- No valorable por el momento.	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Piel húmeda, mucosa oral y conjuntiva bien hidratadas, piel de color rosada, con un solución salina al 0.9% 1500 ml. Para 24 hrs. + 40 meq de kcl + 1 amp. de somg4. los requerimientos básicos de líquidos de esta persona es de 1800 ml en 24 horas. Con un balance parcial de ingreso de 1030 ml y egresos de 1350 ml con un balance de - 320 ml. Resultados de laboratorios con un Na de 130, K 3.6, cloro 96, calcio 7.80. Con una PVC de 13 ml de HO2. T/A 130/80.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C cifras de Na, K, CL, y calcio por encima de límites normales.	-Mantener el equilibrio hidroelectrolítico de la persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Control estricto de líquidos, y la realización del balance de líquidos. -Monitoreo de la PVC, y la administración y la reposición de líquidos según sea la necesidad. -Identificar signos de deshidratación. -Tener en cuenta las pérdidas adicionales como la diarrea, el vomito, la fiebre. -Toma de muestra de laboratorios para la monitorización de los electrolitos, y determinar las necesidades de reposición 								-Los electrolitos se mantuvieron dentro de los límites normales.	

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Persona masculino de 30 años de edad, con sonda foley del numero 18, con fecha de instalación 16-10-08 con una uresis de color claro, y diuresis de 3555 ml, en 24 horas, con un volumen urinario de 2.4 cc/ KG/HR, sin apoyo de diuréticos. Su abdomen se encuentra blando, depresible, con movimientos peristálticos disminuidos, con evacuación escasa de forma pastosa, en pañal, con evacuaciones presentes cada cuarto o quinto día. Sin apoyo de medicamentos para ayudar a evacuar.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Estreñimiento r/c estancia prolongada en cama m/p disminución del peristaltismo y evacuación intestinal cada 4º o 5º día.	-Mantener un patrón regular de evacuación intestinal.	-Mantener un control estricto de líquidos. -Mantener una posición adecuada. - Proporcionar una dieta rica en fibra. Con apoyo del personal de nutrición para su valoración. -Proporcionar masajes abdominales así como movilización de los miembros pélvicos. -Ingesta de líquidos, que sean tolerados por el paciente, através de la S.N.G. y que no afecten hemodinamicamente a la persona.									-La persona presenta evacuaciones intestinales, regulares. -Se mantiene un hábito regular de evacuación - intestinal.

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN.

La persona no tiene la capacidad para moverse por si mismo, ya que su enfermedad afecta la función motora y sensitiva, la persona se encuentra en decúbito lateral izquierdo, con apoyo de almohadas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Deterioro de la movilidad R/C con afección de la medula espinal M/P la falta de fuerza y de sensibilidad en las 4 extremidades.	-Prevenir la presencia de atrofia muscular.	-Utilizar el baño caliente para aliviar la rigidez matutina y mejorar la movilidad. -Mantendrá en alineación corporal adecuada. - Realización de ejercicios de entrenamiento muscular de resistencia, para mantener 0 aumentar la fuerza muscular. -realización de movimientos corporales activos y pasivos para mejorar la flexibilidad articular. -Colocar vendaje en miembros pélvicos.									- La persona mantiene la fuerza muscular y flexibilidad articular.

NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO.

La persona durante el día tiende a estar somnoliento, con un Ramsay de 3, y por las noches se informa que se mantiene despierto, y alerta.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Alteración del patrón del sueño R/C con el entorno, M/P dificultad para quedarse dormido y para permanecer durmiendo por la noche.	-La persona mantendrá el equilibrio entre sueño y descanso.	<ul style="list-style-type: none"> -Reducir en lo posible el ruido. -Evitando las alarmas de las bombas, ventilador y monitor cardiaco. -Organizar los procedimientos para provocar el menor ruido posible. -Mantener en posición confortable. -Reducción de la iluminación. -favorecer el sueño y el descanso durante la noche. -Mantener despierto o alerta a la persona durante el día. 								-Se logra mantener el equilibrio entre el sueño y el reposo de la persona.	

NECESIDAD DE VESTIRSE.

Esta necesidad depende del personal de enfermería, esta satisfecha y el nivel de dependencia es 5 y por falta de fuerza. la cubre el personal de enfermería, ya que en todo momento se respeta la individualidad de la persona, cuando se le baña o se cambia la ropa. Manteniendo en todo momento la ropa de la cama sin bordes que pudieran llegar a lesionar a la persona. Cuenta con un camisón, pañal, vendaje elástico, sábanas y un cobertor.

NECESIDAD DE TERMOREGULACION.

Hasta el momento no ha presentado pico febriles ni hipotermia, su temperatura central se mantiene entre 36 y 37 C°, a un que a nivel periférico la piel se siente fría al tacto, por lo que se mantiene su ropa seca y limpia en lo posible, y se cubre con sabana y cobertor.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

De acuerdo a la valoración los familiares comentan que la persona realizaba el baño diariamente con cambio de ropa, afeitada cada tres días. Su cabello es de color negro bien implantado, corto; piel pálida e integra, ojos con conjuntivas bien hidratadas, oídos con pabellón auricular bien implantado. Nariz permeable con SNG a derivación, boca permeable con cánula endotraqueal, piel integra

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Alteración de la protección de tegumentos de la mucosa oral R/C la presencia de intubación endotraqueal y de SNG. M/P irritación, sangrado leve y muecas de dolor al tacto.	-Mantener limpias y lubricadas la boca y nariz previniendo posibles lesiones.	-Realizar baño de esponja, respetando la individualidad, en todo momento. -Inspección de boca y nariz para detectar lesiones, hemorragias. -Realizar aseo bucal, con agua bicarbonatada. -Lubricación de boca y narinas con vaselina por turno. -Cambio de posición de la cánula endotraqueal cada 24 horas con registro en la hoja de enfermería para evitar laceraciones en las comisuras labiales. -Realizar cambio de fijación de la S.N.G.									-Se logra disminuir la presencia de sangrado, así como la disminución del dolor e irritación.

NECESIDAD DE SEGURIDAD.

La persona se encuentra por en momento con varios sistemas de monitorización invasivos, por lo que es de suma importancia el prevenir posibles infecciones.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Riesgo potencial de presentar infección sistémica relacionada con los procedimientos invasivos.	-Evitar infección.	-Lavado de manos antes y después de manipular a la persona. -Utilizar técnica aséptica para manipular dispositivos de monitorización invasiva. -Estabilizar todas las líneas y catéteres invasivos para evitar manipulación y/o contaminación. -Utilizar técnica aséptica durante los cambios de apósito. - Cambio de cualquier apósito saturado de exudado o sangre. - Mantener tapadas las llaves de tres vías. -Mantener la sonda transuretral por debajo de la vejiga. -Inspeccionar minuciosamente el sitio de instalación de los dispositivos en busca de signos de infección. -Vigilancia de la temperatura corporal.									-No se detecto sintomatología que sugiera la presencia de infección.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

La persona permanece bajo efecto ligero de sedación con un Ramsay de 3, con cánula endotraqueal y conectado a un ventilador mecánico en modalidad de A/C. habla español a un que por el momento no puede hacerlo. Recibe visita de familiares esposa y padre solo en el horario establecido.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Trastorno de la comunicación verbal R/C la presencia de cánula endotraqueal M/P la incapacidad de hablar y comunicarse.	-Favorecer la comunicación con la persona.	-Se le hablara con claridad, despacio y mirando a la persona. -Se reducirán los ruidos innecesarios en la habitación. -Se le explicara con claridad los procedimientos que se le realizaran, esperando su cooperación. - Se establecerá una comunicación con la persona de afirmación o negación a través de el cierre y apertura de ojos. -Formular preguntas que nos pueda contestar con un si o un no de acuerdo alas necesidades de la persona. -Sugerir a los familiares que hablen con la persona en tono normal, explicarles que escucha y entiende por lo que no es necesario gritarle.								-Se logro mantener una comunicación enfermera, persona.	

NECESIDAD DE RELIGIÓN Y CREENCIAS.

La persona pertenece a una familia católica, realiza oraciones cada domingo en su comunidad en la celebración de la misa dominical, no mantiene con él artículos religiosos, pero tiene fe en dios. Información proporcionada por su esposa.

NECESIDAD DE REALIZACION.

En este momento no se puede valorar esta necesidad. Por parte de su padre lo anima invitándolo a realizar un esfuerzo, para que una vez recuperado pueda cumplir sus proyectos.

NECESIDAD DE RECREACION.

Por el momento permanece en cama, bajo efecto de sedación con cánula endotraqueal conectada a ventilador mecánico, con la modalidad A/C.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Su grado de escolaridad licenciatura, antes del padecimiento el se encontraba trabajando en la construcción, de una carretera rural en guerrero, para sus familiares, el problema que genero el deterioro de su salud lo llevo a perder su independencia.

XI. I.- VALORACION FOCALIZADA. 28 OCTUBRE 2008

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Se valora persona masculino con edad aparente a la cronológica, SV: TA 120/70, PAM 86.6, FC 89X", FR 14 X", TEM. 36, PVC 12, SAT.O2 99 %; estado mental alerta, con sedación con midazolán 150 mg a 5 ml por min., un Ramsay de 3, con pupilas isocóricas, normoreflexicas a la luz, narinas con SNG instalada el día 16 oct. 08, cerrada, mucosa oral bien hidratada, boca con todas sus piezas dentarias, con cánula endotraqueal del número 7 instalada el día 16 oct. 08, fijada en la comisura labial lado derecho hasta el número 20, por cánula se aspiran secreciones espesas, sanguinolentas de contenido moderado y por boca sialorrea moderada. El reflejo tusígeno presente aunque con disminución en la fuerza, con apoyo mecánico ventilatorio en modalidad A/C, FIO2 al 60%, PEEP 3, VC 480 ml, FR 16X".

Cuello cilíndrico, sin adenomegalias, pulsos carotídeos presentes con buena intensidad y frecuencia, tráquea central; tórax con catéter central subclavio del lado izquierdo de bilumen, instalado el día 16 oct. 2008, campos pulmonares con presencia de estertores diseminados, principalmente en las bases, Patrón respiratorio irregular debido disociación del paciente con la asistencia ventilatoria.

Gasometría arterial, PH 7.50, PO2 90, PCO2 25.3, HCO3 20.1, cursando con una alcalosis respiratoria. Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, con ritmo sinusal en monitor cardíaco; pulsos de buena intensidad con un llenado capilar de 2 segundos. Sin apoyo de aminas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Aclaramiento ineficaz de la vía aérea R/C la incapacidad para expectorar las secreciones bronquiales. M/P por la presencia de estertores en ambos campos pulmonares.	-La persona mostrara un patrón respiratorio efectivo, así como la presencia de ruidos pulmonares claros.	-Mantener una vía aérea permeable evitando la flexión del cuello para prevenir obstrucciones. - Valoración de la función respiratoria como la F, C, P y saturación. -Auscultación de los campos pulmonares. -Explicar a la persona el procedimiento a realizar para disminuir la angustia y favorecer la cooperación. -Aspiración de secreciones PRN. -colocar el oxígeno al 100% durante la aspiración para evitar la desaturación. -Eleva la cabecera 30° para facilitar la movilización de las secreciones pulmonares. Mantener humidificador y narinas artificiales para evitar que se espesen las secreciones. -cambio de la fijación de la cánula hacia el lado izquierdo. -Observar características de las secreciones, y registrar cantidad, color y consistencia.								-Se mantiene vía aérea permeable. -Así como disminución de estertores pulmonares.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Alteración del intercambio gaseoso R/C cambios de la membrana capilar alveolar. M/P PH 7.50, PO2 90, PCO2 25.3, HCO3 20.1.	-Mejorar el intercambio gaseoso de la persona.	-Mantener saturación de oxígeno por arriba de 90%. -Monitorización de la sat. Mediante oximetría; Así como de los parámetros ventilatorio, asegurándonos de un VM. Adecuada. -Aspiración de secreciones PRN -valoración de gasometría para determinar el equilibrio ácido base.									-La persona mantuvo saturaciones de O2 entre 90% y 98 %.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN.

Cursa su sexto día de estancia en este hospital en la unidad de cuidados intensivos de infectología. Dieta por S.N.G. licuada de 1600 calorías en 4 tomas de 300 ml con técnica de residuo. Sin residuo.

Con perdida de la masa corporal, pelo bien implantado, lechos ungueales color rosado, piel pálida, húmeda. Dentadura completa con algunas caries con dificultad para tragar, peso de 60 kg. Talla de 1.64, hábitos alimenticios la persona tenia el hábito de comer carne, pollo y poca verdura. No refiere ser alérgico a ningún alimento hasta este momento. Laboratorios glucosa de 105 mg, hg de 10.8 y ht de 33.60 %.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Alteración de la nutrición R/C el aumento de las necesidades calóricas suficientes secundarias a trastorno neuromuscular M/P peso de 10%, por debajo del ideal para la altura y constitución de la persona.	-Aportar los requerimientos nutricionales necesarios a la persona de acuerdo a su peso y talla por vía enteral.	-Se verificaran las indicaciones medicas sobre la administración de algún medicamento prepan dial. -Colocar a la persona en la posición semifowlerl 45 %. - Explicarle el procedimiento a la persona sobre la alimentación por SNG. -Se le realizara la medición de residuo así como lavado gástrico siempre y cuando fuese necesario, y se valorara si se alimentara a la persona. - Se procederá a la alimentación a través de la SNG. -Se valorara la dieta adecuada si no presenta reacción la persona como diarrea, o vomito. -Vigilar abdomen en búsqueda de distensión abdominal. -Se realizara glucemia capilar por turno con esquema de insulina rápida.									-No valorable por el momento.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

De acuerdo a la valoración los familiares comentan que la persona realizaba el baño diariamente con cambio de ropa, afeitada cada tres días. Su cabello es de color negro bien implantado, corto; piel pálida e íntegra, ojos con conjuntivas bien hidratadas, oídos con pabellón auricular bien implantado. Nariz con SNG a derivación, boca con cánula endotraqueal, piel íntegra.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Riesgo de úlceras por presión, R/C la disminución en la fuerza y la movilidad.	-Prevenir la presencia de úlceras por presión. -Prevención de lesiones en la piel	-Mantener la posición alineada y confortable. -Movilización pasiva y activa dentro de la cama. -Cambios posturales por lo menos cada 2 horas. -Mantener la piel humectada y libre de dobleces de la ropa de cama. -Lubricación de piel. -Protección de salientes óseas. -Proporcionar masaje para favorecer la circulación. -Evitar la deformidad de los miembros inferiores colocando tenis durante el día que mantenga la posición fisiológica de los pies. -Evitar deformidades de las manos colocando objetos como pelotas o vendas en las palmas de las manos, evitando así que se encuentren espásticas todo el tiempo.								-Se mantiene la piel íntegra sin datos de alteración de la misma.	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Alteración de la protección de la piel del cuello R/C la herida quirúrgica en área traqueal. M/P irritación, sangrado leve y muecas de dolor al tacto.	-Mantener herida quirúrgica limpia, y prevenir posibles lesiones dérmicas.	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar baño de esponja, respetando la individualidad, en todo momento. -Inspección de herida quirúrgica, de traqueostomía. -Realizar asepsia y proteger el área del cuello con gasa. - Verificar que los puntos de sostén estén bien fijos. -Valoración del sangrado que se pudiera presentar. - Aseo bucal e iniciar la comunicación verbal, de acuerdo a la capacidad de la persona. 									-Se presenta disminución de la irritación, el sangrado y el dolor en el área de la traqueostomía.

XI.2.-VALORACION FOCALIZADA 29 OCTUBRE 2008.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Se valora persona masculino con edad aparente a la cronológica, SV: TA 120/70, PAM 86.6, FC 89X", FR 16 X", TEM. 36, PVC 11, SAT.O2 98 %; estado mental alerta, con un Glasgow de 11, con pupilas isocóricas, normoreflexicas a la luz, nariñas con SNG instalada el día 16 oct. 08, cerrada, mucosa oral bien hidratada, boca con todas sus piezas dentarias, con cánula de traqueostomía instalada el día 28 oct. 08, fijada en la parte central de la traquea con dos puntos de sostén a ambos lados, a través de la traqueostomía se aspiran secreciones espesas, sanguinolentas de contenido escaso y por boca sialorrea moderada. El reflejo tusígeno presente aunque con disminución en la fuerza, con apoyo mecánico ventilatorio en modalidad A/C, FIO2 al 60%, PEEP 3, VC 480 ml, FR 16X".

Cuello cilíndrico, traquea central con presencia de traqueostomía, pulsos carotídeos presentes con buena intensidad y frecuencia, tórax con catéter central subclavio del lado izquierdo de bilumen, instalado el día 16 oct 2008, campos pulmonares con presencia de estertores diseminados, principalmente en las bases, patrón respiratorio rítmico superficial, con ausencia de disnea.

Gasometría arterial, PH 7.46, PO2 66.4, PCO2 30.1, HCO3 24.8, cursando con una alcalosis respiratoria. Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, con ritmo sinusal en monitor cardíaco; pulsos de buena intensidad con un llenado capilar de 2 seg. Sin apoyo de amins.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C presencia de vía aérea artificial M/P por la presencia de estertores en ambos campos pulmonares y la incapacidad para expectorar las secreciones.	-La persona mostrara un patrón respiratorio efectivo, así como la presencia de ruidos pulmonares claros.	-Mantener una vía aérea permeable evitando la flexión del cuello para prevenir obstrucciones. - Valoración de la función respiratoria. -Auscultación de los campos pulmonares. -Explicar a la persona el procedimiento a realizar para disminuir la angustia y favorecer la cooperación. -Aspiración de secreciones PRN. -colocar el oxígeno al 100% durante la aspiración para evitar la desaturación. -Eleva la cabecera 30° para facilitar la movilización de las secreciones pulmonares. Mantener humidificador y nariñas artificiales para evitar que se espesen las secreciones. -Observar características de las sec. Y registrar can, color y consistencia. - Se le orientara a la persona sobre la manera de toser y que el pueda expectorar las secreciones del tubo traqueal.								-Se mantuvo un patrón respiratorio normal, y presencia de ruidos pulmonares claros.	

XI.3.- VALORACION FOCALIZADA 30 OCTUBRE 2008.

NECESIDAD DE SEGURIDAD.

La persona fue intervenida quirúrgicamente, en el área cervical, realizándole una descompresión medular así como una laminectomía, la herida quirúrgica se encuentra limpia, con puntos y bordes bien afrontados, sin datos de sangrado o de infección.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Riesgo de infección R/C herida quirúrgica en área cervical.	-Evitar infección de la herida quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de lavado manos. - Llevar acabo técnica de asepsia en la herida quirúrgica, así como el los abscesos vasculares. - Mantener herida quirurgica protegida con oposito estéril. - Reducir la presencia de microorganismos transportados por el aire. - Limitar el número de visitas. - Dar instrucciones a los visitantes sobre el lavado de manos y el uso de bata y cubre bocas en cada visita realizada a la persona. - Fomentar la ingesta calórica y proteica de la dieta. 									-Por el momento no presenta datos de infección y la herida quirúrgica se encuentra limpia y seca.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

La persona permanece bajo efecto ligero de redacción con un Ramsay de 3, con cánula endotraqueal y conectado a un ventilador mecánico en modalidad de A/C. habla español aunque por el momento no puede hacerlo. Presentando desesperación y angustia al momento de recibir la visita de familiares esposa y padre solo en el horario establecido.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Deterioro de la comunicación verbal R/C la presencia de traqueostomía M/P desesperación y angustia.	- Favorecer una adecuada comunicación con la persona y familia.	-Hablarle a la persona en forma, directa y con tono moderado. -Explicarle cada procedimiento a realizar. -Sugerirle a los familiares que le hablen en tono normal, explicándoles que escucha y entiende por lo que NO es necesario gritarle. -Informales a los familiares que el habla se recuperara poco a poco y con ayuda de todos.									-La persona manifiesta sentirse más tranquilo, por que se siente comprendido.

XI.4.- VALORACION FOCALIZADA 31 OCTUBRE 2008.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Se valora persona masculino con edad aparente a la cronológica, SV: TA 120/96, PAM 104, FC 94X", FR 16 X", TEM. 36, PVC 12, SAT.O2 98 %; estado mental alerta, con un Glasgow de 15, con pupilas isocóricas, normoreflexicas a la luz, narinas permeables, mucosa oral bien hidratada, boca con todas sus piezas dentarias, con cánula de traqueostomía instalada el día 28 oct 08, fijada en la parte central de la traquea con dos puntos de sostén a ambos lados, por la traqueotomía se aspiran secreciones espesas, sanguinolentas de contenido escaso y por boca sialorrea moderada. El reflejo tusígeno presente aunque con disminución en la fuerza, con apoyo mecánico ventilatorio en modalidad SIMV. Ventilación mandatoria Intermitente Sincronizada, con buen automatismo respiratorio por lo que se procede a la colocación de tubo en T, con puritan al 40 %.

Cuello cilíndrico, sin adenomegalias, pulsos carotídeos presentes con buena intensidad y frecuencia, traquea central; con herida quirúrgica en área cervical sin datos de infección con puntos de sostén, tórax con catéter central subclavio del lado izquierdo de bilumen, instalado el día 16 oct 2008, campos pulmonares con buena entrada de aire con ausencia de ruidos.

Gasometría arterial, PH 7.56, PO2 167.2, PCO2 22.9, HCO3 21.1, cursando con una alcalosis respiratoria, e hiperoxemia, Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, con ritmo sinusal en monitor cardíaco; pulsos de buena intensidad con un llenado capilar de 2 seg. Sin apoyo de aminos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Riesgo de respuesta disfuncional a la progresión en la ventilación mecánica asistida R/C el tiempo prolongado de la asistencia ventilatoria.	-Lograr el éxito del proceso de la progresión ventilatoria.	-Explicar a la persona el procedimiento a realizar para disminuir la angustia y favorecer la cooperación. -Medir y registrar los signos vitales de la persona. -colocar a la persona en posición semifowler, que le permita una mejor expansión pulmonar. -Permanecer con la persona durante el tiempo de destete para proporcionar asistencia y seguridad. -Reconectar a la persona al ventilador si se manifiestan signos o síntomas de NO tolerancia.								- Se logro la progresión, del ventilador mecánico, sin problema alguno.	

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Cursa su noveno día de estancia en este hospital en la terapia intensiva de neurología. Los días anteriores había tenido indicada una dieta X S.N.G el día de hoy inicia la vía oral con líquidos por la mañana y por la tarde inicia con papillas.

Con pérdida de la masa corporal, pelo bien implantado, lechos unguiales color rosado, piel pálida, húmeda, dentadura completa con algunas caries con ligera dificultad para deglutir, peso de 60 kg. Talla de 1.64, hábitos alimenticios la persona tenía el hábito de comer carne, pollo y poca verdura. No refiere ser alérgico a ningún alimento hasta este momento. Laboratorios glucosa de 132 mg, hg de 10.1 y ht de 29.5 %.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Alteración de la necesidad de nutrición R/C el aumento de las necesidades calóricas suficientes secundarias a trastorno neuromuscular M/P peso de 10%, por debajo del ideal para la altura y constitución de la persona.	-Aportar los requerimientos nutricionales necesarios a la persona de acuerdo a su peso y talla por vía enteral.	<ul style="list-style-type: none"> -Se verificaran las indicaciones medicas sobre la administración de algún medicamento preprandial. -Colocar a la persona en la posición correcta semifowlerl 45 %. - Se iniciara con pequeñas cantidades de líquidos por vía oral. -Se confortara a la persona explicándole sobre la progresión en los alimentos. -Vigilar abdomen en búsqueda de distensión abdominal. -Se realizara glucemia capilar por turno con esquema de insulina rápida. 									- La persona si tolero la vía oral, con líquidos claros por lo que se continuo con la progresión a las papillas.

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN.

La persona no tiene la capacidad para moverse por si mismo, ya que su enfermedad afecta la función motora y sensitiva, la persona se encuentra en decúbito lateral izquierdo, con apoyo de almohadas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA									EVALUACION
		0	1	2	3	4	5	FF	FC	FV	
							x	x			
-Alteración de necesidad de postura y movimiento R/C con afección de la medula espinal M/P debilidad de las cuatro extremidades.	-Favorecer la movilidad dentro de cama.	<ul style="list-style-type: none"> -Utilizar el baño caliente para aliviar la rigidez matutina y mejorar la movilidad. -Mantener la piel humectada. -Mantener la ropa seca y sin dobleces. -Mantendrá en posición correcta con alineación de: cabeza, cuello, columna, extremidades torácicas y pélvicas. -Cambios posturales cada dos horas. - Realización de ejercicios de rehabilitación. - Proporcionar protección a salientes óseas, con el apoyo de almohadas. -Mantener medidas de precauciones como son la prevención de úlceras por presión, la prevención de caídas así como el uso de barandales. 									-La persona refiere su necesidad por ayudar en su recuperación de la movilidad de sus cuatro extremidades.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

De acuerdo a la valoración los familiares comentan que la persona realizaba el baño diariamente con cambio de ropa, afeitada cada tres días. Por el momento esta necesidad esta siendo realizada por el personal de enfermería. Su cabello es de color negro bien implantado, corto; piel pálida e integra, ojos con conjuntivas bien hidratadas, oídos con pabellón auricular bien implantado. Nariz permeable, boca permeable, piel integra.

NECESIDAD DE SEGURIDAD.

La persona se encuentra con perdida de la sensibilidad y el movimiento de sus cuatro extremidades por lo que es importante la prevención de sufrir caídas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA								EVALUACION	
		0	1	2	3	4	5	FF	FC		FV
							x	x			
-Riesgo potencial de presentar caída relacionada con la falta de fuerza y sensibilidad de las cuatro extremidades.	-Evitar caída.	-Orientar a la persona sobre el riesgo potencial de sufrir caída. -uso de freno de cama. -Manejo de barandales en alto. -Movilización asistida en todo momento.								-No se presento caída.	

XII.- RESULTADOS.

El día 10 de noviembre, la persona se encuentra en el área hospitalaria de terapia intermedia, con traqueostomía y respirando por si mismo, con una alimentación mas completa y como una mejor comunicación verbal con la persona, recibiendo una atención de enfermería y tratamiento medico y de rehabilitación.

La persona se observa mas animada, con facies de agrado, así como un gusto por el hecho de que se halla visitado y platicar con el y su esposa.

Hemodinámicamente Ángel se encuentra estable.

Se encuentra en la unidad de neurología en la terapia intermedia.

Psicológicamente se encuentra mas estable ya que se existe una mayor comunicación con sus familiares, y con el apoyo de toda su familia.

XII.1.- CONCLUSIONES.

El proceso de atención enfermería aplicado al modelo de Virginia Henderson, permite realizar intervenciones para cada necesidad del individuo, siendo una herramienta en el cuidado de enfermería y que demuestra la calidad de la atención proporcionada.

Las intervenciones de enfermería fueran siempre encaminadas a la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales de manera que recuperara su salud.

XII.2.- COMENTARIO.

En la practica clínica de la especialidad los servicios donde se desarrolla esta, se encuentran vinculados con personas que se encuentran en estado critico, como son las unidades de cuidados intensivos, donde se requiere de una atención especializada y humanitaria de enfermería, muchas veces no solo a la persona si no que también a la familia como en este caso.

XIII.- ANEXOS.

XIII.I.-GUÍA PARA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE _____ SEXO ___ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____
 ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____
 LUGAR DE PROCEDENCIA _____
 FECHA DE INGRESO HOSPITALARIO _____ A LA UTI _____
 DIAS DE ESTANCIA EN LA UTI _____

LUGAR DE INGRESO:

URGENCIAS ___ QUIRÓFANO ___ HOSPITALIZACIÓN ___ TRASLADO DE OTRA INSTITUCIÓN _____

INFORMACIÓN OBTENIDA:

Paciente Familiar(Especificar) _____ Otros(Especificar) _____

NECESIDAD DE OXIGENACION:

SIGNOS VITALES:

Frecuencia respiratoria _____ Frecuencia Cardíaca _____ Tensión Arterial _____
 Temperatura Corporal: _____
 Saturación De Oxígeno ___ PVC: ___

ESTADO MENTAL:

Alerta Confuso Agitado Glasgow _____ Ramsay _____ Otro _____
 Dato(Especificar) _____

EFEECTO FARMACOLÓGICO:

Sedación Analgesia Relajantes Musculares _____ Otro Dato(Especificar) _____

Vía Aérea:

Respiración Espontánea ___ Tubo Endotraqueal ___ Traqueostomía _____

PATRÓN RESPIRATORIO:

Superficial Períodos De Apnea Paradojica Kussmaul Cheyne-Stokes _____

DISNEA \TRABAJO RESPIRATORIO:

Presente ___ Ausente ___ Uso De Músculos Accesorios _____ Otro Dato(Especificar) _____

Cianosis:

Central Periférica ___ Llenado capilar _____

TOS:

Ausente El Reflejo Tusígeno Productiva Dolorosa Seca Estridente _____

ESPUTO:

¿Color? _____ ¿Consistencia? _____ ¿Olor? _____ ¿Cantidad? _____

RUIDOS RESPIRATORIOS (LADO DERECHO-IZQUIERDO)

Disminuidos Ausente Estertores Sibilancias Otro Dato(Especificar) _____

ESTUDIOS ESPECÍFICOS: (INTERPRETACIÓN)

¿Radiografía De Toráx? _____

¿Gases En Sangre :Arterial\Venoso? _____

EKG _____

VENTILACIÓN MECÁNICA:

¿ParmetrosDel Ventilador? _____

COMENTARIOS:

NECESIDAD DE NUTRICIÓN

DIAS Y CAUSAS DE AYUNO _____

ASPECTO:

índice de Masa Corporal: Distribución De La Grasa _____ Pelo Uñas Piel Dentadura _____

CAPACIDAD PARA Tragar Masticar Nausea Vómito _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

Peso _____ Talla _____ IMC _____ Circunferencia Del Brazo _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

Hemoglobina Albúmina Proteinas totales _____ Recuento De Leucocitos _____ Glucosa: _____

Otro Dato (Especificar) _____

ESTUDIOS ESPECÍFICOS: _____

ALIMENTACIÓN :

Oral____ Sonda Nasogástrica____ Sonda Yeyunal____ Gastrostomía____ Yeyunostomía____ Parent____

DIETA:

Ayuno Vía Oral Líquida Blanda Hiposódica Calórico-Proteíca Diabetica Otro
Dato(Especificar) _____

¿HABITOS ALIMENTICIOS? _____

¿Alergia A Algún Alimento ? _____

COMENTARIOS: _____

NECESIDAD DE HIDRATACION:

PIELMUCOSAS:

Fría Húmeda Pegajosa Seca: _____

PRESENCIA DE:

Calambres Hormigueos Temblores Muscular Convulsiones Tetania

Disminución Del Tono Muscular Arritmias Cardíacas Otro Dato(Especificar) _____

EXAMENES DE LABORATORIO ESPECÍFICOS:

¿Sodio? ¿Cloro? ¿Potasio? ¿Magnesio? ¿Calcio? Osmolaridad serica _____

Soluciones parenterales _____

COMENTARIOS: _____

ELIMINACIÓN

ELIMINACION URINARIA

UTILIZA: Sonda Vesical Fecha De Colocación _____

UTILIZACIÓ DE

Diuréticos Laxantes Enemas _____

PRESENCIA DE:

Distensión Vesical Distensión Abdominal Peristalsis Hemorroides Meteorismo _____

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA: _____

Amarillo Claro Turbio Piuria Hematuria

Poliuria Polaquiuria Oliguria Anuria Disuria _____

DATO A(ESPECIFICAR) _____

EXAMENES ESPECÍFICOS:

¿Tiras Reactivas _____ ¿General De Orina? _____ ¿Urocultivo? _____

CARACTERÍSTICAS DE ELIMINACION-INTestinal) : Pañal Bolsa De Colostomía _____

Colostomía:

Localización Frecuencia Del Drenaje Fecal Características De Las Heces _____

Estreñimiento Diarrea _____

¿ **CUÁLES SON SUS HÁBITOS INTESTINALES Y VESICALES?** _____

PRESENCIA DE EDEMA:

BALANCE DE LÍQUIDOS(INGRESOS-EGRESOS): Parcial Global _____

PERDIDAS INSENSIBLES:

FLUJOS URINARIOS:

COMENTARIO: _____

POSTURA\MOVIMIENTO

¿**CAPACIDAD PARA?**

Moverse Trasladarse Estar Sentado Estar De Pie _____

FUNCIÓN MOTORA:

Extremidades

Superiores _____

Extremidades Inferiores _____

POSICIÓN:

¿Hay Cambios Posturales Durante El Turno? _____

Posición En La Que Se Encuentra(Especificar) _____

Durante El Cambio O Movimiento Existe Alineación Corporal De Cabeza Cuelllo Columna Extremidades
Superiores Inferiores _____

UTILIZA AL CAMBIO DE POSICIÓN O MOVIMIENTO:

Dispositivo que utiliza para el cambio de posición o movimiento _____

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

Físicas: _____
Ambientales: _____
Otros: _____

SUEÑO\DESCANSO

- INDICE DEL SUEÑO DEL 1 AL 10** _____
- Durante El Dia Se Manifiesta: Sopor ___ Cabezeos ___ Bostezos ___ ¿
- Existe Presencia De Ruidos? :

Especificar: _____

- ¿EXISTEN PROCEDIMIENTOS FRECUENTES POR EL PERSONAL? :**

¿Iluminación Permanente De La Habitación? _____

¿Hay Presencia De?

Dolor _____ Fatiga _____ Disnea _____ Incomodidad _____

¿Solicita El Apoyo De Farmacológico Para Dormir? _____

¿Sus Hábitos Para Dormir Son? _____

¿Solicita Descansar En? _____

Cama _____ Reposet _____

COMENTARIOS _____

VESTIRSE\DESNUDARSE

- ¿EXISTE INDIVIDUALIDAD DURANTE?**

El Baño _____ Cambio De Ropa _____ Exploración Física _____

¿Existe Protección Al Cuerpo/Genitales?

Bata 0 Camisón _____ Medias Elásticas O Vendajes _____ Pañales _____ Otro Dato(Especificar) _____

COMENTARIOS _____

TEMPERATURA CORPORAL

Temperatura Central _____ Temperatura Periférica _____

- ¿La Piel Y El Tejido Se Encuentra?**

Intacta _____ Quemada (Grado-Localización) _____

Lesion(Especificar) _____

¿Existe Protección Del Cuerpo

Bata o Camisón _____ Sabanas _____ Mantas _____

¿La Ropa Del Paciente Se Encuentra?

Humeda _____ Mojada _____ Seca _____

¿La Superficie Corporal Del Paciente Se Encuentra?

Humeda _____ Seca _____

COMENTARIOS _____

HIGIENE CORPORAL\PROTECCIÓN A TEGUMENTOS

Aspecto físico/Hábitos _____

Estado De La Piel:

¿Hidratación? _____ ¿Color? _____ ¿Grosor? _____

Estado Des Pliegues Submamaris

¿Hidratación? _____ ¿Color? _____

ESTADO DE LA REGIÓN PERINEAL:

¿Hidratación? _____ ¿Color? _____

Estado De La Cavidad Oral(Encias-Paladar):

Color _____ Lesiones _____ Hemorragia _____ Tumefacción _____

Estado Del Pelo -Cuero Cabelludo:

Lesiones _____ Alopesia _____ Pediculosis _____

Estado De Ojos-Naríz-Oídos:

Inflamación _____ Edema _____ Lesiones _____

EVALUAR EL RIESGO A DESARROLLAR ULCERAS DE DECÚBITO, ESTADÍO (ANEXO ESCALA DE BRADEN):

Utiliza dispositivos para disminuir la presión: _____

COMENTARIOS _____

SEGURIDAD\PROTECCIÓN

Presencia _____ de _____ dispositivos _____ invasivos _____ especificar _____ (fecha _____ de _____ instalacion): _____

- Presencia De Lesion especificar: _____
- Presencia De Quemaduras Por: _____
- Sustancias Líquidas(Antisépticos) _____ Sustancias Tópicas _____ Líquidos Corporales: _____
- OTRO DATO(ESPECIFICAR) _____
- Utilización De Técnicas Universales-Técnicas De Aislamiento _____
- Existe Protección Con Barandales _____
- Utilización De Ayuda Al Movilizarlo O Cambiarlo De Posición _____
- Escala de riesgos de caídas: _____

COMENTARIOS: _____

COMUNICACIÓN

- Estado Psíquico: _____
 - Consciente Alerta -Orientado En: Tiempo Persona Espacio
 - Efecto De Medicamentos _____
 - Idioma (Especificar): _____
 - UTILIZA: _____
 - Protesis Dental Audifono Lentes _____
 - Al Habla: _____
 - Afásico Balbuceo Tartamudeo Utiliza : Papel Y Lapiz Letras Del Alfabeto _____
 - Señales Con La Mano Parpadeos Signos Con La Cabeza Movimiento De Sus Labios _____
 - Timbre Otro Dato (Especificar) _____
 - Manifiesta : _____
 - Disnea Fatiga Dolor Ansiedad _____
 - Tiene Una Vía Aérea Artificial: _____
 - Tubo Endotraqueal Traqueostomía Mascarilla _____
 - ¿Existe Alguna Técnica De Aislamiento Específico? _____
 - ¿Existe Alguna Persona En Especial Con La Que Le Gustaria Hablar O Que Estuviera Presente Para Ayudarle A Expresar Sus Ideas? _____
 - ¿Solicita La Presencia De Objetos Familiares?: Fotografías Cartas Cassetes TV Otro Dato (Especificar) _____
- COMENTARIOS: _____

VALORES\CREENCIAS RELIGIOSAS.

- ¿Es Importante Para Usted La Religión? Sí No _____
 - ¿A Que Religión Pertenece? _____
 - ¿Tiene Algún Líder Espiritual Religioso Especifico? _____
 - ¿Solicita La Visita De Algún Representante Espiritual?: _____
 - Sacerdote Pastor Rabino _____
 - ¿Solicita La Presencia De Artículos Espirituales?: _____
 - Biblia Medallas Estampas Crucifijo Otro Dato(Especificar) _____
- COMENTARIOS: _____

REALIZACIÓN

COMENTARIOS _____

RECREACIÓN

- ¿Estado De Cociencia? ¿Efecto De Medicamentos _____
 - ¿Días De Estancia En La UTI? ¿Frecuencia De Visitas? _____
 - Estado De Animo: _____
 - Motivado Hostil Otro DATO(ESPECIFICAR) _____
 - ¿Limitaciones Físicas? _____
 - Solicita Para El Esparcimiento: _____
 - Libros Revistas Música TV Visita De Familiares Y Amigos _____
 - ¿Actividad Preferida Durante El Esparcimiento? _____
- COMENTARIOS _____

APRENDIZAJE

COMENTARIOS: _____

REALIZADA POR (NOMBRE –APELLIDOS.) (FIRMA) (FECHA)

XIII.2.- DIFERENTES ESCALAS DE VALORACIÓN.

Escala de riesgo de caídas.

J.H.DOWTON

Alto riesgo > 2 puntos

Caídas previas.	No	0
	si	1
Medicamentos.	Ninguno	0
	Tranquilizantes sedantes.	1
	Diureticos.	1
	Hipotensores no	1
	Antiparquisonianos.	1
	Antidepresivos.	1
	Otros medicamentos.	
Déficit sensorial.	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Extremidades.	1
Estado mental	Orientado	0
	confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Seguro con ayuda	1
	Inseguro con ayuda	1
		1
	Inseguro con ayuda y sin ayuda	1
	Imposible	

ESCALA DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4.BUENO	4.ALERTA	4.CAMINANDO	4.TOTAL	4.NINGUNA
3.DEBIL	3.APÁTICO	3 CON AYUDA	3.DISMINUIDA	3.OCASIONAL
2.MALO	2.CONFUSO	2.SENTADO	2.MUY LIMITADA	2.URINARIA
1.MUY MALO	1.ESTUPOROSO	1.EN CAMA	1.INMOVIL	1.DOBLE INCONTINENCIA

Índice de 12 o menos: Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación

Índice de 14 o menos: Riesgo evidente de úlceras en posible formación.

Norton D. Norton revised risk scores. Nursing Times 1987;83

LOS PARES CRANEALES

- I Par: nervio olfatorio*
- II Par: nervio óptico*
- III Par: nervio motor ocular*
- IV Par: nervio patético*
- V Par: nervio trigémino*
- VI Par: nervio motor ocular*
- VII Par: nervio facial*
- VIII Par: nervio acústico*
- IX Par: nervio glosofaríngeo*
- X Par: nervio vago*
- XI Par: nervio espinal*
- XII Par: nervio hipogloso*

RESPUESTA PUPILAR		CONVULSIONES	
Normal	5	Ausente	5
Respuesta lenta	4	Locales	4
Desigual	3	Generalizadas Intermitentes	3
Anisocoria	2	Continuas	2
Ausente	1	Flacidez	1
REFLEXOS DE NERVIOS CRANEALES		RESPIRACION.	
Todos presentes	5	Normal	5
Palpebral ausente	4	Periódica	4
Corneal ausente	3	Hiperventilación Central	3
Ojos de muñeca "ausente"	2	Irregular	2
Todos ausentes	1	Apnea	1

ESCALA DE COMA GLASGOW - PITTSBURGH

Respuestas motoras anormales.

PATRON RESPIRATORIO	DESCRIPCION DEL PATRON.	INDICACION.
Cheyne- stokes.	Incremento y descensos ritmicos de la frecuencia y profundidad respiratorias, que incluyen breves periodos de apnea.	Habitualmente se observa en lesiones cerebrales bilaterales profundas o en algunas lesiones cerebrales.
Hipoventilacion central neurogénica	Respiraciones muy rapidas y profundas sin periodos de apnea.	Habitualmente se observa en lesiones del mesencefalo y de la protuberancia.
apnéstica	Inspiraciones prolongadas separadas por periodos prolongados de apnea.	Habitualmente se observa en lesiones de la parte media de la protuberancia hasta la parte inferior.
Respiración de Biot	Respiraciones irregulares y profundas separadas por periodos prolongados de apnea.	habitualmente se producen en lesiones de la parte inferior de la protuberancia o en la medula superior.
Respiración atáxica	Respiraciones con ritmo y profundidad irregulares con periodos ocasionales de apnea	Habitualmente se observa en lesiones medulares y con frecuencia es un prelude de la apnea y signo de muerte inminente.

ESCALA DE SEDACION DE RAMSAY
1.- Ansioso y/o agitado.
2.-Cooperador, orientado y tranquilo.
3.- Responde a llamada.
4.- Dormido, con rápida respuesta a la luz o al sonido.
5.- Respuesta lenta a la luz o al sonido.
6.- No hay respuesta.

Area Evaluada	Puntaje
Apertura Ocular	
Espontánea	4
Al estímulo verbal	3
Al dolor	2
Ninguna	1
Mejor Respuesta Motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Flexión normal	4
Flexión anormal (decorticación)	3
Extensión (descerebración)	2
Ninguna	1
Respuesta Verbal	
Orientada	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1
Puntaje de escala=Respuesta verbal + Respuesta motora + ocular	
Mejor puntaje posible=15. Peor puntaje=3	
Se da puntaje a la "mejor respuesta".	

XIV.- BIBLIOGRAFIA

- Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica, 2° ed., Ed. Doyma, España 1992.
- Carpenito L. J. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 5° ed. Ed Interamericana, Madrid, 2002.
- C.P. ANTHONY, g.a. thibodeau, Anatomía y fisiología, Nueva editorial interamericana, Décima Edición México D.F. 2000.
- Susanne C. Smeltzer. Brenda G. Bare. Enfermería médico-quirúrgica. Brunner y Suddarht. 9°ed. Vol. 1 Ed. McGraw Hill.
- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM, Teorías y Modelos de Enfermería, Bases teóricas para el cuidado especializado, junio 2006.
- Rosales Barrera Susana, Fundamentos de enfermería, 1° Ed., El Manual Moderno, México, 1991.
- TUCKER Canobbio, Paquette Wells, Normas del Cuidado del Paciente. Guía de planificación de la practica asistencial conjunta. Vol. 1, Harcourt Brace, sexta Edición Madrid España 1998.
- URDEN Linda D. Prioridades en enfermería de cuidados Intensivos, Harcourt, Tercera Edición, España 2001
- es.wikipedia.org/wiki/Siringomieli
www.neurocirugia.com/static.php?page=siringomielia
- Goodman y Gilman, Las bases Farmacológica de la Terapéutica, 9° ed. Ed. Interamericana, México D.F. 1996
- Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, 1° Ed., El manual Moderno, México, 1991
- www.juntadeandalucia.es/...pdf/enfermeria/EPOC%20-%20GAC%20Terapia%20Respiratoria%20-%20Ventilacio.
- 8 Cuidados de enfermería en cirugía de columna.
- ... sometidos a cirugía de inestabilidad de columna. A. INDICACIONES ♣ PARA CIRUGÍA DE COLUMNA. 1. Congénitas **Meningocele** ...
http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/2/id/121/pagina/1/cuidados_enfermeria_cirugia.html
- www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-14732007000200012&script=sci_arttext - 28k - En caché - Páginas similares. msd.co.cr/assets/biblioteca/manual_merck/content_mmerck/MM_14_
- www.syringo.org/indice.html
- evirtual.lasalle.edu.co/info_basica/nuevos/.../GuiaClaseNo.3.pdf - Similares
MÓDULO 3: GUÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ...