



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO
SEDE: HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

PERSONA CON ALTERACIÓN DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL APLICANDO EL MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

ESTUDIO DE CASO
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

PRESENTA

L.E. MARGARITA RAMÍREZ LÓPEZ

ASESOR ACADEMICO:
EEAEC MARIA ELENA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ



MÉXICO, D.F. 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.

INDICE

Agradecimientos

Resumen

I	INTRODUCCIÓN	
II	OBJETIVOS	5
	2.1 Objetivo General	5
	2.2 Objetivo Especifico	
III	MARCO TEÓRICO	6
	3.1 Revisión de la literatura	6
	3.2 Tendencia y modelo aplicado al estudio de caso	7
	3.3 Conceptos y definiciones del modelo de Virginia Henderson	7
	3.3.1 Definición de Enfermería	8
	3.3.2 Concepto de Persona	8
	3.3.3 Concepto de Salud	8
	3.3.4 Concepto de Entorno	8
	3.4 Necesidades	9
	3.5 Aplicación del modelo de Virginia Henderson al proceso de Enfermería	17
IV	METODOLOGÍA	19
	4.1. Selección del Caso	21
	4.2. Marco Teórico	24
	4.3. Consideraciones Éticas	35
V	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	36
	5.1. Valoración inicial	36
	5.2. Valoración por necesidades	38
	5.3. Diagnósticos de enfermería	41
	5.4. Valoraciones focalizadas	46
	5.5. Planes de cuidado	50
VI	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
VIII	BIBLIOGRAFÍA	76
IX	ANEXOS	
	1 Esquema de Jerarquización de Diagnósticos	77
	2 Instrumento de Valoración de las 14 Necesidades	80
	3 Consentimiento Informado	85
	4 Derechos de los Pacientes	88
	5 Derechos de las Enfermeras/os	89
	6 Código de Ética	90

Agradecimientos

Cada logro en mi vida tiene un nombre

Agradezco primero a Dios por haberme dado la vida.

A mi angel llamado Madre que siempre me cuida y protege desde el cielo.

A mi Esposo Angel por brindarme su confianza y compartir mis sueños de crecer personal y profesionalmente.

A mis Hijos.

Giovanni por ser piedra angular en mi vida y Angel por demostrarme que en esta vida no hay imposibles y que cada día es una oportunidad.

A mi sobrino Daniel y Hermana Olga por su apoyo moral.

A mis Amigos especialmente a María Elena y Alejandro por creer en mí.

A todos mis profesores por brindarme su sabiduría.

A todos Gracias por su tiempo, paciencia, espacio brindado y el compartir sus conocimientos conmigo sin ustedes este sueño no se hubiese hecho realidad.

...Mago

RESUMEN

El siguiente trabajo es un estudio de caso en el cual se aplica el modelo de Virginia Henderson a una persona en estado crítico con alteración de la perfusión cerebral, por presentar un síndrome de hipertensión intracraneal y sepsis abdominal. La finalidad fue describir los cuidados especializados brindados a una persona con dependencia en las 14 necesidades. El estudio se llevo a cabo en la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Manuel Velasco Suárez del 14 de octubre al 11 de diciembre del 2008. Se realizo una búsqueda bibliográfica y hemerográfica de los estudios que tuvieran correlación con el presente, con la finalidad de identificar las intervenciones de enfermería que otros profesionales han aplicado en su práctica. La literatura que se encontró, hace referencia a la descripción de la fisiopatología y tratamientos médicos de pacientes con alteraciones neurológicas y Sepsis. Se localizaron escasos trabajos de enfermería donde se describe el rol de la enfermera en la implementación de los cuidados a pacientes con Sepsis abdominal y alteraciones neurológicas aplicando el modelo de Virginia Henderson.

Se implementa del modelo conceptual de Virginia Henderson y se realiza una propuesta de intervenciones de enfermería a un adulto en estado crítico. Basada en el proceso de atención de enfermería. Se identificaron 22 diagnósticos de enfermería (reales y potenciales) de los cuales se obtuvieron 11 planes especializados.

Se concluye que se cumplieron los objetivos planteados, sin embargo en la respuesta de la persona el pronóstico fue reservado y nuestro compromiso fue limitar el daño y brindar cuidados paliativos y apoyo al familiar

PALABRAS CLAVES: Persona, perfusión cerebral, Proceso de Atención de Enfermería, Virginia Henderson, necesidades. Plan de Cuidados.

I. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo es un estudio de caso en el cual se aplica el modelo de Virginia Henderson a una persona en estado crítico con alteración de la perfusión cerebral, por presentar un síndrome de hipertensión intracraneal y sepsis abdominal.

La hipertensión intracerebral, se presenta regularmente como un síndrome en diversas patologías cerebrales¹. Lo que condiciona un daño irreversible y en ocasiones a la muerte neuronal. No hay datos precisos de la frecuencia con que se presenta, sin embargo la morbilidad se incrementa si se asocia a complicaciones como en el siguiente caso, que fue sepsis abdominal.

La Sepsis, es una de las principales causas de ingreso a las unidades de cuidados intensivos, a pesar de los avances terapéuticos logrados en los últimos años, la mortalidad es de 30 a 50%, su frecuencia va en incremento y actualmente tiene una incidencia de 2.8 pacientes por 100 ingresos hospitalarios. El manejo y tratamiento inadecuado condicionan la aparición de complicaciones como falla orgánica múltiple.²

Para este trabajo se realiza un estudio descriptivo utilizando el proceso de atención de enfermería lo que permitió identificar y brindar los cuidados especializados en todo momento.

¹ Pérez y Cols. Hipertensión endocraneana. disponible en neuroc99.sld.cu/text/hipertensionendoc.htm consultado el 28 noviembre 2010

² González y Cols. Cuidados intensivos en el paciente séptico. Ed. Prado. 2002. pp. 256.

II OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 GENERAL

Realizar un estudio de caso de Enfermería aplicando el modelo conceptual de Virginia Henderson basado en el proceso de atención de enfermería, para brindar cuidados especializados a un adulto en estado crítico con déficit neurológico, sepsis abdominal y dependencia en las 14 necesidades.

2.2 ESPECÍFICOS

- Aplicar el modelo de Virginia Henderson a un adulto en estado crítico.
- Obtener una historia de enfermería de paciente con trastorno neurológico.
- Describir factores etiológicos, condiciones fisiopatológicas, manifestaciones clínicas asociadas y el tratamiento en un paciente con déficit neurológico.
- Explicar el proceso de enfermería, valoración, diagnóstico, planificación y los resultados esperados, (ejecución y evaluación) en la alteración de necesidades de un paciente en estado crítico.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Para el siguiente estudio de caso se realizó una búsqueda bibliográfica y hemerográfica de los estudios que tuvieran correlación con el presente, con la finalidad de identificar las intervenciones de enfermería que otros profesionales han aplicado en su práctica. Para lo cual se utilizaron las redes de Cochrane, scielo, medix, cuiden y en la hemeroteca de la ENEO-UNAM; se relaciono la búsqueda en revistas especializadas, tesis, tesinas, artículos, trabajos originales que incluyeran: cuidados de enfermería, modelo de Virginia Henderson y alteración neurológica y/o Sepsis abdominal.

La literatura que se encontró, hace referencia a la descripción de la fisiopatología y tratamientos médicos de pacientes con alteraciones neurológicas y Sepsis.

Se localizaron escasos trabajos de enfermería donde se describe el rol de la enfermera en la implementación de los cuidados a pacientes con Sepsis abdominal y alteraciones neurológicas aplicando el modelo de Virginia Henderson.

Relacionado a los procesos de atención de enfermería se describen: “Cuidados a una Persona con Sepsis Abdominal con la Filosofía de Virginia Henderson”, (Rodríguez, 2006) en este trabajo describen las intervenciones enfocadas a las necesidades.

En otro estudio; “Proceso de Atención de Enfermería Aplicado a un Paciente Adulto con Alteraciones en la Necesidad de Movilidad y Postura” (Morales, 2005) se implementa el modelo de Virginia Henderson, enfocándose en una de las necesidades, por lo que no se integra totalmente el modelo, ya que el paciente es dependiente en todas las necesidades.

El presente trabajo tiene la finalidad de aplicar el modelo de Virginia Henderson, y describir las intervenciones especializadas realizadas a un paciente con déficit neurológico y Sepsis abdominal que es dependiente en las necesidades.

3.2 TENDENCIA Y MODELO APLICADO AL ESTUDIO DE CASO

Para la elaboración del presente estudio de caso se utilizó el modelo de Virginia Henderson que se ubica en la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería, pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda; Virginia Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez) fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia³.

3.3 CONCEPTOS Y DEFINICIONES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson es considerado por el gremio de enfermería como una filosofía definitoria de enfermería. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Virginia Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto es el trabajo que la enfermera inicia, controla y en el que es dueña de la situación. Virginia Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Virginia Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos aplican a través de un plan de cuidados de enfermería. Elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

³ Fernández, F.C., Nuvel, M.G. El proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos. Ed. Masson-Salvat 1993. pp. 115

3.3.1. DEFINICIÓN DE ENFERMERIA

La cristalización de las ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro “The Nature of Nursing”. **La única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo aquello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.** ⁴

3.3.2. PERSONA

Henderson definía el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, que el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una necesidad.

3.3.3. SALUD

Es la calidad de salud más que la propia vida, en ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorece la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

3.3.4. ENTORNO

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten la vida y al desarrollo de un individuo.

La relación enfermera-paciente, se puede establecer en tres niveles:

1. La enfermera como una sustituta del paciente.
2. La enfermera como un auxiliar del paciente.
3. La enfermera como una compañera del paciente.

⁴ May, L.E. Quality of Nursing Care. Adress at meeting of Departament of Baccalaureate and Higher Degree Programs of the New Jersey League for Nursing. 7 febrero, 1955, Seton Hall University, Newark, New Jersey,

3.4. NECESIDADES

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su modelo. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

CONCEPTO: La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspiración) del exterior, el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina (expiración), del interior los gases nocivos para la misma.

El intercambio de gases en el acto de la respiración se realiza a dos niveles. 1° entre el organismo y el medio ambiente, y 2° al interior del organismo, entre las células de los tejidos y la sangre, (respiración tisular).

La frecuencia respiratoria normal en el adulto (Eupnea) es de 16 a 20 respiraciones por min.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- La edad, alineación corporal, talla, peso, nutrición e hidratación, sueño reposo, ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa).
- Psicológicos.- Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.), ansiedad/estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- Socioculturales.- Influencias familiares, y sociales (hábitos y aprendizaje tales como estilo de vida, hábitos de fumar), entorno físico (trabajo, casa, habitación- hospital), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

NUTRICIÓN: Cualidad o estado de los seres vivos, se observa que una persona adulta bien nutrida, es una persona saludable, que vive en estado de equilibrio porque el gasto energético y plástico que consume diariamente, lo repone regularmente en cantidad

suficiente, y mantiene reservas que puede utilizar en momentos de mayor desgaste, evitando de esta manera alguna alteración de sus funciones.

HIDRATACIÓN: El agua es un componente abundante y necesario en el organismo humano y constituye del 45 al 60 %.

El agua corporal está localizada en los espacios intracelulares, o sea, dentro de las células en la proporción de dos terceras partes y en el espacio extracelular, en una tercera parte.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.
- Psicológicos.- Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida y bebida.
- Socioculturales.- Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes). Status socioeconómicos, entorno físico próximo (casa, comedor, olores), entorno físico lejano (clima, temperatura), religión, trabajo (horarios, tiempo disponible, tiempo entre comidas, comer solo o acompañado).

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

CONCEPTO: Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio.
- Psicológico.- Emociones, ansiedad, estrés estado de ánimo.
- Socioculturales.- Organización social (servicios públicos, cumplimiento normas salubridad), estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, aspectos culturales condicionantes), clima.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

CONCEPTO: Cuando el cuerpo está sano y bien alineado, los músculos están en un estado de ligar a tensión, la buena alineación necesita una fuerza muscular mínima y mantiene un apoyo adecuado para la estructura y órganos internos. Una buena postura mejora la salud y le da una buena presencia a nuestro cuerpo.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).
- Psicológicos.- Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.
- Socioculturales.- Influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes, raza, valores, creencias y costumbres, rol social, organización social, tiempo dedicado a la actividad/ejercicio, hábitos de ocio/trabajo, entorno físico lejano (clima, temperatura, altitud), entorno físico próximo (temperatura mobiliario, barreras ambientales).

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

CONCEPTO: El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano; cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer su necesidad de dormir y descansar, lo cual es muy importante para tener un funcionamiento óptimo de su organismo.

El descanso físico comprende la ausencia de dolor y un ambiente de armonía que favorezca la relajación. El bienestar emocional comprende un estado libre de tensiones, estrés o de ansiedad.

SUEÑO: Estado de inconsciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados, el sueño se caracteriza por una mínima actividad física; niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos corporales y disminución de la respuesta a los estímulos externos.

El sueño ayuda a recuperar la energía perdida durante las actividades cotidianas y el trabajo físico y mental del día. Adultos 7-9 hrs diarias.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Edad, ejercicio, alimentación/hidratación.
- Psicológicos.- Estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo, hipnograma (características del sueño de la persona).
- Socioculturales.-Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, normas sociales, prácticas culturales, siestas), trabajo, entorno próximo o del hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliario), entorno lejano (clima, altitud, temperatura), creencias y valores, (estilos de vida) (horario de trabajo).

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

CONCEPTO: La forma de vestir y de acicalarse es parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.

La forma de vestir, es parte de la cultura en que vivimos, y nos hemos desarrollado.

Los factores que influyen en esta necesidad:

- Biofisiológicos.- Edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.
- Psicológicos.- Emociones (alegría, tristeza, ira), personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen).
- Socioculturales.- Influencias familiares (hábitos, aprendizajes), status social, trabajo, cultural (moda, pertenencia a un determinado grupo social, actitudes de reserva y pudor), creencias (uso de color negro para expresar duelo), religión, significado personal de ropa, entorno (temperatura del hábitat, clima, temperatura, medio rural/urbano).

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

CONCEPTO: La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado, la temperatura corporal, es el equilibrio entre el calor producido por el organismo, como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción; principalmente.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos.
- Psicológicos.- Ansiedad, emociones.
- Socioculturales.- Entorno físico (casa, lugar de trabajo, habitación), entorno físico (clima, altitud, temperatura, raza o procedencia étnica/geografía, status económico.

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

CONCEPTO: La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar.

La piel está formada por tres capas principales; epidermis, dermis y el tejido subcutáneo o hipodermis.

Y se extiende por toda la superficie corporal y su epitelio se continúa con el epitelio de los orificios externos de las vías; digestiva, respiratoria y genitourinaria.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio/movimiento, temperatura corporal.
- Psicológicos.- Emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad.
- Socioculturales.- Cultura, educación corrientes sociales, modas (productos de belleza), organización social (casa, lugar d trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizajes), ambiente lejano (clima, temperatura ambiente).

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

CONCEPTO: Los accidentes resultan un grave problema social, económico y de salud. Son causa de un considerable porcentaje de pérdidas humanas, de invalidez y disminución de las horas de trabajo efectivas de personas en edad productiva, lo que afecta a la economía familiar y nacional. Muchos accidentes pueden prevenirse con medidas prudentiales y sencillas.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Edad, etapa del desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.
- Psicológicos.- Mecanismo de defensa, métodos de afrontamiento, estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.
- Socioculturales.- Sistemas de apoyo familiar y social, cultura, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno (clima, temperatura, humedad, ruido, iluminación, mobiliario, etc.).

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

CONCEPTO: La comunicación es un proceso a través del cual, se transmiten y se reciben, ideas, emociones e informaciones entre personas y grupos de personas. Comprende todos los mecanismos por medio de los cuales una persona se relaciona con otras personas.

El poder comunicarse positivamente con las demás personas y recibir información de los demás, es de suma importancia para la conservación de la salud, en todas las etapas de la vida, porque la comunicación es un medio para satisfacer las necesidades básicas.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa del desarrollo.
- Psicológicos.- Inteligencia, percepción, memoria, conciencia (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, autoconcepto, pensamiento.
- Sociocultural.- Entorno físico (personas, lugares, vías de acceso, vivienda aislada), cultural, status, social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos de aprendizajes, valores y creencias de la familia/grupo social), profesiones.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

RELIGIÓN: Significa las relaciones que el hombre tiene con su creador. El culto que se tributa a la divinidad.

Cada religión tiene sus formas de relacionarse con la divinidad, todas las personas sin importar su escolaridad, edad, y condición social, sienten la necesidad de esta comunicación y práctica de su fe.

VALORES: Es aquello que conviene a la persona humana, los valores se encuentran depositados en los seres o cosas y se nos presentan como cualidades de las mismas.

Generalmente elegimos un bien, porque creemos que es bueno para nosotros y se nos presenta en forma apetecible y agradable.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- Psicológicos.- Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofe, enfermedades).
- Socioculturales.- Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicación con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideas personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

CONCEPTO: Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de auto expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Esta necesidad pide, como requerimiento fundamental para su satisfacción, el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con. La vocación, capacidad, aptitudes, intereses y carácter de la persona que lo realiza. De lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.

- Psicológicas.- Emociones, personalidad de base, inteligencia, estado de ánimo.
- Socioculturales.- Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, valores, creencias, demandas sociales), cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

13.-NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

CONCEPTO: La recreación es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida, para que sea verdaderamente beneficiosa, es necesario distinguir entre pasatiempo, recreación y ocio.

Pasatiempo: Actividad que entretiene pero no favorece el descanso, ni el crecimiento personal.

Recreación: Distracción, entretenimiento, placer.

Ocio: Descanso, entretenimiento, obras de ingenio formada en los ratos libres que dejan otras tareas.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- Psicológicos.- Madurez personal, sensopercepción, motivación, personalidad de base, humor, estado de ánimo, autoconcepto.
- Socioculturales.- Cultura, rol social (trabajo/ocio), influencias familiares, y sociales (hábitos, aprendizajes, estructura de recursos y servicios), estilo de vida.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

CONCEPTO: Un estado saludable es indispensable para alcanzar una vida plena en todo los aspectos que conforman a la persona como son: físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y productiva, en cambio el desconocimiento solo conduce al descuido y la enfermedad.

Los factores que influyen en esta necesidad son:

- Biofisiológicos.- Edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.
- Psicológicos.- Emociones, capacidades intelectuales, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre sí mismo) carácter (activo, pasivo), estado animo.
- Socioculturales.- Educación, nivel socioeconómico, status según instrucción o educación, influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, ambiente, estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo femenino o masculino.

3.5 APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En palabras de Alfaro, el proceso enfermero “Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados” que consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una dependa de la anterior y condiciona la siguiente (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación)⁵

1.- En las ETAPAS DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO, sirve de guía en la obtención 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.

2.-En las ETAPAS DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección

⁵ Luis R. M.T., Fernández F.C., Navarro, G.M.V. De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Ed. Masson S.A 2000-

del modo de intervención (suplencia o ayuda) más 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) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiaran la etapa de ejecución.

3.- Finalmente en la etapa de EVALUACIÓN, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y /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 más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.⁶

⁶ García, G.M.J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Una propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de Enfermería. Ed. Progreso S.A. 1997 p.p. 19- 20.

IV. METODOLOGÍA

Estudio cualitativo descriptivo

Se eligió un estudio de caso de un paciente con diagnóstico de ingreso a la UCI de hipertensión intracraneal y Sepsis abdominal.

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía” Manuel Velasco Suárez. En un periodo de tiempo del 14 de octubre al 11 de diciembre del 2008.

Se implementa del modelo conceptual de Virginia Henderson y se realiza una propuesta de intervenciones de enfermería a un adulto en estado crítico.

Se realiza una búsqueda bibliográfica de la fisiopatología diagnosticada.

Se utiliza el proceso de atención de enfermería para el abordaje del cuidado de enfermería.

En la etapa de valoración se presenta un instrumento de valoración de las 14 necesidades.

Para los diagnósticos de enfermería se realiza un análisis y síntesis de la información, para lo cual se determina en esta etapa.

1. La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
2. Las causas de dificultad de la necesidad.
3. El grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades. Cuadro (1), el plan de intervenciones y la evaluación.⁷

⁷ Sánchez, A.O Aplicación del proceso de Enfermería para los estudiantes: Factores que intervienen, en Enfermería clínica 2008, 8 (4): 5-1211-

4.1. SELECCIÓN DEL CASO

Persona ingresada en la unidad de terapia intensiva del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en el periodo del 14 de octubre al 11 de diciembre del 2008. Para la obtención de datos e información se abordó de manera directa al paciente e indirecta a sus familiares y expediente clínico.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CASO

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA

NOMBRE: J. A. E.M

EDAD: 22 años.

SEXO: Masculino.

PESO: 63 Kg.

TALLA: 1.75 mts.

ESTADO CIVIL: Soltero

OCUPACIÓN: Estudiante. (Ciencias genómicas)

ESCOLARIDAD: Licenciatura.

RELIGIÓN: Ateo.

ORIGINARIO: D.F.

DOMICILIO: Insurgentes sur 693, Edificio 23, Depto. 703, Colonia Villa Olímpica, Delegación Tlalpan.

FOLIO: 78103.

FECHA DE NAC: 30-Octubre-85

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Abuela materna con hipertensión arterial, tía materna con migraña, Madre con esquizofrenia.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Originario y residente del DF. Habita en casa propia, construida de material perdurable (tabique, losa) cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, etilismo positivo desde los 17 años una vez al mes sin llegar a la embriaguez, tabaquismo negativo, niega zoonosis.

Alimentación: Tres veces al día en buena cantidad y calidad (carne, verduras, frutas) agua 2 litros aproximados al día.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Ictericia neonatal, asma desde los 5 hasta los 11 años que ameritó 2 hospitalizaciones, alérgico a la penicilina.

INICIO DEL PADECIMIENTO ACTUAL

El viernes 11 de julio a las 19:00 hrs presenta cefalea frontal bilateral súbita muy intensa con dolor 10 de 10 (EVA -Escala Visual Análoga-) irradiada a toda la cabeza con náuseas y vómito.

Acude al hospital (Médica Sur) donde se valora Tinnitus bilateral, diplopía horizontal, lo manejan con diagnóstico de migraña y dan tratamiento (ketorolaco), la cefalea disminuye 6/10 (EVA).

El martes 15-jul-08 regresa al hospital, continúa con náusea y el dolor aumenta al realizar maniobra de Valsalva, se realiza TAC de cráneo los hallazgos referidos son dilatación del sistema ventricular e hiperdensidad en la línea media 1/3 posterior, y diagnostican Síndrome cefalálgico e hipertensión intracraneal, síndrome Parinaud incompleto.

Se refiere al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía donde se realiza valoración neurológica en urgencias: Se encuentra despierto, atento, con lenguaje normal, memoria, abstracción, juicio, gnosis, praxias, conservadas. Nervios craneales fondo de ojo sin pulso venoso, borramiento de borde nasal bilateral, pupilas 2mm respectivamente, reactivas a la luz, endotropía bilateral con limitación de mirada hacia arriba pero sin colliar.

Se realiza TAC simple de cráneo. Hallazgos: dilatación del sistema ventricular supratentorial además de imagen hiperdensa en región pineal y ligera migración transpendimaria

Diagnóstico Médico: Sx Cefalálgico.

Sx Parinaud incompleto.

Sx Hipertensión intracraneana.

Sx Hidrocefalia obstructiva secundaria a lesión pineal.

Ingresa a piso de neurocirugía para colocación de sistema de derivación ventrículo peritoneal tipo Biomed de presión media, se coloca catéter ventricular a 5cm de la tabla externa del cráneo en posición precoronal derecha, se coloca catéter distal en abdomen en

región de hipocondrio derecho funcional y gastando LCR espontáneo, es egresado a su domicilio el 30/07/08

El día 31/07/08 Regresa a urgencias con un cuadro abdominal doloroso además de cefalea de 8 hrs de evolución.

Se revaloriza; se encuentra consciente, afebril, fondo de ojo sin papiledema, resto de exploración neurológica normal, abdomen con resistencia abdominal voluntaria, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, Laboratorios: 27000 leucocitos, presencia de bandas y granulación tóxicas en neutrófilos.

TAC de abdomen se observa sitio de catéter intraabdominal con adecuada colocación, no masas, ni colecciones intraabdominales, abundante materia fecal.

TAC de cráneo: leve dilatación ventricular, no migración transpendimaria, presencia de surcos y cisuras adecuadas.

Se da de alta con tratamiento médico: Senosidos y analgésico.

El 01/08/08 reingresa con exacerbación de datos de infección y obstrucción de la derivación ventrículo peritoneal aunado a datos de abdomen agudo, en el instituto se realiza exteriorización de catéter distal a nivel de relevo mastoideo y se toma muestra de LCR se deja a derivación el sistema y se interconsulta al servicio de cirugía general del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” para ser valorado del cuadro abdominal, se diagnostica apendicitis y se realiza tratamiento quirúrgico, se refiere nuevamente al instituto. Aparentemente sin complicaciones.

El día 08/08/08. Presenta estupor con pupilas isométricas hiperreflexicas, posición de descerebración con rigidez de nuca, aumento de tono muscular en clonus, hiperreflexia bilateral +++, babinski bilateral, herida quirúrgica abdominal con dehiscencia y salida de líquido purulento. Laboratorios: 27000 leucocitos y presencia de bandas.

09/08/08 Se retira sistema DVP por colonización meningoencefalitis (estafilococo aureus) se coloca Ventriculostomía precoronal derecha, e ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neurológicos.

4.2. MARCO TEORICO

Cráneo Hipertensivo

La hipertensión intracraneana ocurre cuando se provoca un aumento de la presión que no puede ser compensado por los mecanismos amortiguadores. Los síntomas son cefalea y vomito, diplopía, convulsiones, bradicardia e hipertensión como evidencia del compromiso del sistema vegetativo además de alteraciones de la conciencia.

Causas

Principalmente son los traumatismos craneoencefálicos, de los cuales hasta el 54% de los pacientes son portadores de presiones por encima de 20 mmHg.

Otra causa son las hemorragias intracraneales de diferentes etiologías siendo los aneurismas rotos las más frecuentes.

Los tumores cerebrales, pueden manifestar de forma aguda, subaguda o crónica y que modifican la PIC por su propio efecto sobre los tejidos adyacentes o por el bloque de la circulación del LCR.

Otras causas no frecuentes son: absesos intracraneales, inflamaciones, trombosis venosa y el edema.⁹

Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas a consecuencia del incremento de la PIC son conocidas desde los tiempos de Von Begman, Hell, Kocher, Cushing y Canon, quienes señalaban la tríada clásica: cefalea, vómitos y edema de papila. Kocher, en 1901, en base a estudios experimentales, plantea que el cuadro clínico pasa por cuatro estadios progresivos:

a. Estadio de acomodación: Determinado por la compresión de las venas y capilares cerebrales, desplaza el LCR del compartimiento intracraneal al intrarraquídeo, para acomodar la masa agregada. Este estadio se manifiesta con dolor de cabeza, apatía, somnolencia y distensión de las venas retinales.

⁹ ibidem. Pérez y cols1

b. Estadio temprano: La isquemia relativa de la médula, como resultado de la congestión vascular, causa la estimulación de los centros vitales que enlentecen la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria e incrementan levemente la presión arterial sistémica. El dolor de cabeza del paciente empeora, aparece intranquilidad y confusión.

c. Estadio avanzado: La PIC moderada o severa causa isquemia medular amplia y estimulación máxima de los centros vitales. La frecuencia cardíaca disminuye alrededor de 50 por minuto, la presión arterial es intermitentemente alta, la presión del pulso se amplía, la frecuencia respiratoria se hace irregular, con períodos de respiración del tipo Cheyne-Stokes y períodos de apnea. Las pupilas se hacen irregulares en forma y tamaño, aparece edema de papila evidente y congestión de las venas retinales. El paciente se halla en coma, y si el tratamiento no es eficaz, pasa al estadio siguiente.

d. Estadio de falla medular: La PIC alta, al no ser controlada, causa colapso de los centros medulares sobreestimulados. Es un estadio terminal e irreversible; el paciente se halla en coma profundo, las pupilas ampliamente dilatadas, no responden al estímulo luminoso, la presión arterial disminuye constantemente, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria se hacen extremadamente irregulares. La muerte se produce por paro respiratorio más que por paro cardíaco.

En la práctica, las manifestaciones clínicas pueden ser de curso agudo o de curso crónico, en respuesta a los diversos factores etiológicos que intervienen en la aparición de la HIC; su localización, su amplitud y la velocidad de instalación.

Cefalea

Es el síntoma más común, producido por la distensión de la duramadre, inervada en su porción supratentorial por la rama oftálmica del nervio trigémino, por ello se localiza a nivel frontal y retroorbicular bilateral; en su porción infratentorial está inervada por ramas del glossofaríngeo y fibras sensitivas de los tres primeros pares de nervios cervicales, por lo que el dolor tiene una localización occipitocervical. También intervienen las ramas terminales de los nervios sensitivos que inervan a las arterias meníngeas, las venas, los

senos y la duramadre que cubre la base del cráneo, tienen también receptores sensitivos para el dolor y la distensión.

La cefalea se describe como más intensa al despertar del sueño, cuando se cambia de posición y cuando se producen las maniobras de Valsalva. Generalmente es el primer síntoma, pero no es raro que aparezca en estadios avanzados de la enfermedad. Puede ser difusa o circunscrita, otorgándole en este caso un papel localizador de la lesión causal.

Vómitos

Los vómitos son generalmente matutinos, no relacionados con las comidas. La presentación explosiva no es frecuente, aparece en las fases finales de HIC. Puede producirse por la irritación directa de los núcleos eméticos. En los tumores o quistes localizados en el piso del IV o III ventrículo, produciendo el Síndrome de Bruns: vértigos intensos y vómitos desencadenados por los cambios de posición de la cabeza.

Deterioro Mental

Son más frecuentes en la HIC de curso avanzado, sobresale la Bradipsiquia, el paciente se muestra desinteresado, fatigable, irritable, con gran inestabilidad emocional. El nivel de conciencia varía desde la modorra leve, función intelectual alterada, somnolencia, estupor y coma. Si la PIC aumenta rápidamente, la conciencia se compromete en igual medida; pero también puede ocurrir que, la PIC por sí sola no produzca herniación cerebral, o no interfiriera con FSC o con la formación del edema cerebral difuso, no provocará alteraciones en el nivel de la conciencia.

Signos Oculares y Pupilares

La midriasis y las pupilas fijas indican disfunción cerebral severa. La midriasis unilateral es un signo localizador.

La miosis y la reacción tardía a la luz indican lesión cerebral moderada. El edema de papila se produce por un deterioro en el flujo axoplásmico, dando lugar al aumento de la presión intravaginal alrededor de nervio óptico, seguido de transudación del fluido dentro

del nervio. Casi siempre es bilateral, aunque frecuentemente el grado de severidad es asimétrico.

El edema de papila demora días en aparecer, con excepción de la presencia de hemorragia intracraneal severa, en la que puede instalarse en el curso de 2 a 8 horas. El edema de papila temprano es expresión de un bloqueo y éxtasis axoplásmico de la cabeza del nervio óptico; los cambios oculares como hiperemia y congestión venosa son secundarias.

El edema de papila puede dar lugar a obscurecimiento visual transitorio que dura menos de un minuto (ambliopía), diplopía atribuible a la paresia del VI par u ocasionalmente por lesiones en la fosa posterior con disminución progresiva de la agudeza visual. Agrandamiento del punto ciego, constricción del campo visual periférico, hasta la ceguera cuando la papila llega a la atrofia final. El edema de papila se presenta precozmente en los procesos que se desarrollan en la fosa posterior.

Alteraciones cardiovasculares

Cuando la PIC aumenta lentamente, los síntomas cardiovasculares no son aparentes, hasta que se alcanza un determinado umbral crítico de presión, aparece un aumento progresivo de la PAM y un enlentecimiento de la frecuencia del pulso, esto fue explicado por Cushing.

Además cuando la presión externa que se aplica sobre el bulbo raquídeo llega a ser igual a la presión diastólica o media, se produce hipoxia de los centros raquídeos, lo que da lugar a hipertensión arterial producida por vasoconstricción periférica mediada por vías de la médula cervical que se origina en los Centros Vasomotores Bulbares, y que al ser estimulados ocasionan aumento de la presión arterial, bradicardia, enlentecimiento o irregular de la respiración.

Los mecanismos que permiten esta reacción se dan en el bulbo raquídeo intacto, ya que las modificaciones cardiovasculares no se producen cuando el bulbo se halla dañado. Una compresión prolongada del bulbo raquídeo, paraliza los centros bulbares, esto provoca hipotensión, taquicardia y finalmente paro respiratorio. Este proceso se conoce como el "Fenómeno de Cushing", y cuando se presenta tiene una significación clínica de gran

importancia; indica una amenaza de descompensación del equilibrio de las presiones en la cavidad intracraneal; por lo que en la práctica clínica se tomarán con urgencia las medidas necesarias para contrarrestar este proceso.

Alteraciones Respiratorias

La elevación rápida de la PIC da lugar a la aparición de diversas alteraciones respiratorias. La respiración se hace irregular, periódica, o con un patrón de Cheyne-Stokes típica, a veces se hace lenta, profunda y ruidosa, con períodos de apnea que puede llegar al paro respiratorio y ser la causa de la muerte, como lo señalaron Lermitt y Nortg. El edema pulmonar neurógeno es la complicación más espectacular, su aparición es súbita, con la presencia de abundantes secreciones bronquiales, que no es posible aspirar con eficacia, siendo por ello que el índice de mortalidad es muy alto. La complicación más común y más significativa es la atelectasia asociada con períodos de apnea prolongado.

Tratamiento

Los avances actuales permiten que el tratamiento de los aumentos en la PIC sea *causa-dirigido*. Ejemplo: Si existe una obstrucción en la circulación del LCR por un sellaje de las cisternas basales, como consecuencia de una hemorragia subaracnoidea ó una meningoencefalitis bacteriana, el tratamiento debe ir encaminado a disminuir la producción de LCR y/ó vencer la obstrucción

Si existe un hematoma subdural crónico que este provocando un conflicto de espacio es indicativa su evacuación quirúrgica; pero sin duda que la causa más frecuente de hipertensión endocraneana lo constituyen los traumatismos craneoencefálicos y los tumores cerebrales.

Los traumas craneales pueden incrementar la PIC por disímiles mecanismos dentro de los cuales el edema cerebral, la congestión vascular cerebral y los hematomas cerebrales son los más frecuentes; sin embargo una hidrocefalia secundaria a un hematoma de fosa posterior o a una hemorragia subaracnoidea postraumática no son excepcionales.

El manejo intensivo del trauma craneoencefálico a través del monitoreo de la PIC, la saturación de oxígeno en el bulbo de la vena yugular y la medición continua de la presión arterial media nos indican con relativa seguridad cual es la causa específica del aumento en la PIC. Ejemplo: Una vez que se ha descartado un hematoma intracraneal por una Tomografía Computada de urgencia y solo aparecen en la imagen lesiones difusas, a decir edema cerebral ó focos de hemorragia y contusión sin criterio quirúrgico, es elemental conocer el estado de la autorregulación cerebral para aplicar los diversos métodos disponibles para el tratamiento de la hipertensión endocraneana.

La utilización de los diuréticos osmóticos (Manitol 20%) en un paciente con daño extenso de la barrera hematoencefálica puede complicar su evolución, al igual que el uso indiscriminado de la hiperventilación ó los barbitúricos.

En el caso de los tumores intracraneales, el edema cerebral en cualquiera de sus variantes ó la hidrocefalia provocan aumento de la PIC, por lo cual el uso de esteroides ó una derivación de la circulación del LCR deben tener su fundamento en la causa directa.

Medidas Clínicas

- Posición del paciente.
- Hiperventilación Mecánica.
- Manejo de fluidos.
- Diuréticos Osmóticos.
- Corticoesteroides.
- Barbitúricos.
- Hipotermia
- Indometacina.
- Oxígeno hiperbárico.¹⁰

¹⁰ Ibidem....Pérez y cols1

SEPSIS

Definiciones

Para unificar criterios en relación a las definiciones se reunió en 1991 una Conferencia de Consenso (ACCM-SCCM). En esta conferencia se proponen nuevas definiciones sobre la sepsis y los procesos relacionados. En 1992 en una nueva conferencia de la ACCM/SCCM se introdujo dentro del lenguaje común el término Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), definido como las manifestaciones clínicas de la respuesta inflamatoria, ocasionadas por causas infecciosas y no infecciosas (por ejemplo quemaduras, daño por isquemia/reperfusión, trauma múltiple, pancreatitis, cirugía mayor e infección sistémica). Dos o más de las siguientes condiciones o criterios deben estar presentes para el diagnóstico de SIRS o sepsis:

1. Temperatura corporal mayor de 38°C ó menor de 36°C.
2. Frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos por minuto.
3. Frecuencia respiratoria superior a 20 por minuto ó PaCO₂ menor de 32 mmHg.
4. Recuento de leucocitos mayor de 12.000 por mm³ ó menor a 4.000 por mm³ ó más de 10% de formas inmaduras.

Epidemiología

El termino Sepsis representa el concepto de una infección severa con alteración multisistémica, acompañada en muchas ocasiones de estado de choque y como consecuencia final la falla o disfunción multiorgánica. Resulta del proceso de infección bacteriana aunque se han descrito otros agentes productores del síndrome.

La sepsis constituye en la actualidad la primera causa de mortalidad en las unidades de terapia intensiva (UTIS), produciendo más del 60% de las muertes en estos servicios. Se calcula que la incidencia es que 300 a 500 mil casos al año en Estados Unidos, y se asocian aproximadamente en 40% de los casos a choque séptico.

Fisiopatología de la Sepsis

La secuencia de fenómenos que conducen a la sepsis probablemente comience con la bacteremia. La situación mejor estudiada tanto en sistemas experimentales con animales como en los seres humanos, es la enfermedad sistémica por bacterias gramnegativas. En la membrana externa de todas las bacterias gramnegativas se encuentra el LPS o la endotoxina, que interactúa con el sistema retículo-endotelial al igual como lo hacen las exotoxinas estafilocócicas, los glucolípidos de las micobacterias y los mananos de la pared celular de las levaduras provocando así el estado séptico.

La endotoxina es un lipopolisacárido compuesto, formado por un componente antigénico variable (cadena O específica más un oligosacárido) y por una porción más o menos constante denominada lípido A. El lípido A es el responsable de disparar la respuesta del huésped frente a infecciones por gérmenes gramnegativos. Cuando la endotoxina invade el torrente circulatorio se une a una variada gama de proteínas (albúmina, lipoproteínas, complemento, etc.) destacando sin embargo una especial afinidad por una proteína ligante específica (proteína de fase aguda de síntesis hepática) denominada proteína ligante de lipopolisacáridos (LBP). Este complejo LPS-LBP entra en contacto con el monocito a nivel sanguíneo o con el macrófago a nivel tisular produciendo la activación celular. Esta interacción es mediada por un receptor específico de membrana (CD14) presente en células inmunocompetentes, el cual al ser activado transmite una señal intracelular a través de una proteína transmembrana llamada TLR4 para gramnegativos y TLR2 para grampositivos, las cuales inducen la activación de mediadores intracelulares como las proteinkinasa y el factor nuclear κ B que inician los procesos de transcripción génica para el TNF α , el cual es sintetizado en forma de preproteína, que posteriormente es clivada a nivel citoplasmático para finalmente ser excretada como factor de necrosis tumoral α maduro.

El TNF α y la IL-1 determinan la fisiopatología del estado séptico a través de sus efectos sobre la regulación de la temperatura (inducción de fiebre, posiblemente hipotermia) la Resistencia y la permeabilidad vasculares, la función cardíaca y el estado inotrópico del corazón, la médula ósea (aumento de los leucocitos) y numerosas enzimas tales como la lactatodeshidrogenasa y la lipoproteínlipasa, las cuales modifican el consumo de energía a nivel de varios tejidos. Todos estos procesos patogénicos pueden desarrollarse en ausencia de una endotoxina inductora, como ocurre en el caso del shock séptico por grampositivos o

después de eliminar la endotoxina de la circulación. Esta observación sustenta el concepto que postula que los mediadores esenciales de los numerosos efectos de la sepsis serían las citoquinas y no las endotoxinas.

Muchos de los efectos de las citoquinas son mediados a nivel de los tejidos efectores por el óxido nítrico, las prostaglandinas, los eicosanoides, el factor activador plaquetario y los derivados de la lipooxigenasa. La IL-1 y el TNF α estimulan la elaboración de otras citoquinas, lo que desencadena un efecto cascada con múltiples funciones de amplificación y regulación (“en más” y “en menos”) a medida que las citoquinas inducen a otras citoquinas. Un factor especialmente importante puede consistir en la producción local de IL-8 por los fibroblastos, células endoteliales y células mononucleares en la sangre periférica; esta citoquina cumple la función de reclutar y activar leucocitos polimorfonucleares que ulteriormente pueden provocar lesiones tisulares con disfunción de distintos órganos, lo cual sugiere que la IL-8 desempeña una función amplificadora de la IL-1 o el TNF α producidos en el sitio de la inflamación. También tiene lugar la activación de las cascadas del complemento, la coagulación y las quininas, las cuales desempeñan un papel importante en el estado séptico.

De manera concomitante se producen sustancias anticitoquinas específicas e inespecíficas, tales como los glucocorticoides, el antagonista antiinflamatorio del receptor de la IL-1 (IL-1ra) y los receptores solubles de citoquinas y endotoxinas. Además algunas de las citoquinas liberadas (IL-4, IL-6, IL-10, factor de crecimiento transformador β) ejercen efectos antiinflamatorios, por ejemplo, la reducción de la síntesis de IL-1 y TNF α por parte de las células mononucleares en respuesta a la endotoxina.

Un aspecto de importancia clínica consiste en que los antibióticos pueden exacerbar la respuesta inflamatoria a los microorganismos a través de su lisis, con la liberación de cantidades crecientes de endotoxina libre. Este fenómeno puede dar como resultado un aumento del contacto entre la endotoxina y las células productoras de citoquinas, con un aumento resultante en la producción de IL-1, TNF α e IL-8.

SEPSIS ABDOMINAL

Presencia de microorganismos en áreas normalmente estériles dentro del abdomen.

Tienen dos componentes: peritonitis bacteriana y absceso intraabdominal. Se clasifica en primaria, secundaria o terciaria.

Infecciones primarias:

Es la infección de un líquido intra-abdominal (ascitis) previamente estéril, que tiene ninguna fuente aparente de infección.

Incluye peritonitis espontánea o endógena la cual ocurre más frecuentemente en pacientes que sufren de cirrosis hepática.

La patogénesis involucra la translocación espontánea de bacterias entéricas dentro de la cavidad abdominal donde los micro-organismos encuentran las condiciones óptimas de crecimiento en la presencia de ascitis.

No se identifica ninguna lesión macroscópica.

Infecciones secundarias

Se define como una inflamación del peritoneo, secundaria a la perforación del tracto intestinal. Es causada generalmente pero no siempre por un inóculo mono o polimicrobiano.

Resultan de perforaciones de intestinos que pueden aparecer por vía percutánea (trauma penetrante) o desde el lumen del tracto intestinal, o como consecuencia de procesos benignos (enfermedad de Crohn, diverticulitis) o crecimiento tumoral.

Puede presentarse por lesión de la pared intestinal por cuerpos extraños o accidentalmente durante la endoscopia.

Apendicitis perforada, ulcera duodenal perforada, perforación del colon sigmoidees secundario a diverticulitis, vólvulos o cáncer, hernia estrangulada, dehiscencia de anastomosis postoperatoria.

Infecciones terciarias:

Se refiere a un síndrome infeccioso intra-abdominal, que debido a lo incapaz de las defensas del huésped se presenta una sobre-infección, que no puede ser contenida.

En un síndrome parecido a la sepsis no inducido por endotoxinas y que es visto en pacientes donde la peritonitis bacteriana severa sigue.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones de la infección intrabdominal muestran diversas facetas, con grados variables de respuesta inflamatoria, diferentes estado de gravedad, que varían con el tiempo de evolución y el grado de respuesta ante la infección del paciente.

La liberación de citocinas inflamatorias como IL-1, IL-6 y FNT_α da como resultado la aparición de fiebre, sin embargo no todos los pacientes con infección desarrollan fiebre. Aproximadamente 10% de los pacientes son hipotérmicos y 35% se encuentran normotérmicos al inicio de la infección

La Sepsis abdominal está caracterizada por algunos de los siguientes datos:

- Dolor abdominal, agudo o insidioso.
- Adopción de posición fetal o posición supina con las rodillas hacia arriba.
- Anorexia,
- náusea y vómito.
- Hipertermia hasta fiebre.
- Taquicardia y presión de pulso disminuida.
- Íleo con datos de suboclusión intestinal,
- Disminución de ruidos intestinales
- Estado cardiovascular hiperdinámico
- Estado de hipermetabolismo
- Hipertensión intrabdominal.
- Existen grados diversos de distensión,
- incremento de la resistencia muscular.
- Rebote positivo.

Diagnostico

Habitualmente están presentes los signos y síntomas de peritonitis y grado diverso y el diagnóstico es basado en la sospecha clínica y la confirmación radiológica (USG, TAC) Se ha utilizado también la medición de proteína C reactiva como un marcador de inflamación.

Tratamiento

1. Eliminar la fuente de infección –abordaje quirúrgico–
2. Reducción de la contaminación bacteriana –lavado peritoneal-
3. Prevención de infección persistente o recurrente –antibióticoterapia-
4. Apoyo nutricional ¹¹

4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el siguiente estudio de caso se abordaron los principios de bioética y consentimiento informado, se respetó la individualidad de la persona y se tomaron como referencia los derechos de los pacientes (anexo 1).

Se le pidió autorización a la mamá del paciente y se le explicó que si decidía colaborar con la realización del estudio de caso debía firmar el consentimiento informado, el cual le garantiza respetar la integridad de su hijo.

¹¹ Ibídem.... González y Cols2

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

5.1. VALORACIÓN INICIAL.

14/10/08

Hora: 09:00

SIGNOS VITALES:

FC: 64 x min. FR: 12 x min. T/A: 130/80mmHg PAM: 99mm/Hg Temp: 37°C,
Sat: 98% PVC: 13cmH₂O. PIC: 8 mmHg. PPC: 75mmHg. Dxtx: 143 mg/dl (8:00 hrs)

Exploración cefalocaudal:

Se trata de persona del sexo masculino adulta de edad aparente a la cronológica somnolienta con un Glasgow de 8, facies inexpresivas, indiferente al medio, con palidez generalizada de tegumentos, con datos de descerebración (hiperextensión al tacto).

Cabeza: Cráneo normocéfalo con herida quirúrgica en región temporal derecha con exeresis (aprox. 13 cm. de diámetro) se observan puntos de sutura sin datos de infección, presenta absceso de aproximadamente 2 cm. de longitud.

Cabello: Color negro abundante, corto y bien implantado, frente amplia cejas pobladas, pestañas negras bien implantadas.

Ojos: Los mantiene abiertos con un diámetro pupilar de 3mm. Con reflejo fotomotor a estímulos dolorosos, nariz centrada, fosas nasales permeables, con sonda nasogastrica a derivación, drenando posos de café (20 ml por turno), barba crecida color negro.

Boca: Con labios delgados, mucosas orales hidratadas con abundantes secreciones adheridas, piezas dentales completas sin caries, sin laceración; cánula orotraqueal #8 french, fija en la arcada dentaria en el #25, fecha de instalación 6 de octubre, se aspiran abundantes secreciones espesas blanquecinas por cánula y sialorrea, Apoyo mecánico ventilatorio (AMV) modo asisto-control (A/C), ciclado por volumen, 300 ml volumen corriente, flujo máximo de 10 lts, FiO₂ al 50%, PEEP de 4 cm. de H₂O, sensibilidad 1.1, frecuencia respiratoria de 12 por min. Saturando al 98%.

Pabellones auriculares: Bien implantados, conductos auditivos externos sin zonas de presión, con salida de líquido transparente de pabellón auricular derecho.

Cuello: Largo, cilíndrico, simétrico, sin adenopatías palpables, tráquea central, pulsos carotídeos rítmicos, frecuencia de 60 por minuto, catéter yugular derecho bilumen, funcional (vía distal se administra NPT y proximal solución de base, medicamentos y PVC).

Ventriculostomía exteriorizada con salida en subclavia derecha por catéter bilumen a derivación, drenando LCR transparente con sedimentos (100 ml por turno).

Tórax: Simétrico en forma de cono invertido, abundante vello, movimientos sincronizados con el ventilador, Monitoreo cardíaco continuo con tendencia a bradicardia sinusal.

A la auscultación de focos cardíacos no se perciben soplos, campos pulmonares con estertores crepitantes con predominio en hemitorax izquierdo.

Abdomen: Depresible, herida quirúrgica (15/08/08) en cuadrante inferior derecho de aproximadamente 15 cm., dehisciente con puntos de sutura y salida de líquido purulento, gastrostomía cerrada (10/10/08), peristalsis presente de 12 x min.

Genitales: De acuerdo a edad y sexo con drenaje vesical (10/10/08), orina color amarillo claro, densidad de 1005, sin sedimentos, con tendencia a poliuria (2.5ml x kg hr.).

Miembros torácicos delgados y largos, piel turgente hidratada multipuncionada con hematomas en ambos brazos, se percibe pulso radial y cubital rítmico, llenado capilar de 2 segundos, tono muscular y fuerza 0/0.

Miembros pélvicos simétricos hipotrófico con abundante vello presenta sitio de presión en talón derecho, al valorar tono y fuerza 0/0, temperatura normotérmico, pulsos rítmicos, llenado capilar de 2 segundos.

TRATAMIENTO MEDICO

Meropenem 1gr iv c/8 hrs (7)

Vancomicina 1gr iv c/12 hrs.

Anfotericina B1 150 mlg 5% c/24hr (premedicar con paracetamol 1gr iv, Clorotrimeton 1 amp iv)

Omeprazol 40 mg iv para 5 hrs descansar 5 hrs.

Buprenorfina 75 mg iv c/8 hrs.

Metoclopramida 10 mg iv c/8hrs.

Dexametasona: 4mg iv c/8hrs.

Enaxoparina 40 mg sc c/12 hrs
Tempra. 1gr iv PRN.
Desmopresin 1 amp iv PVM.
Gluconato de calcio 1gr iv c/8hrs.
Cefepime 1gr iv c/12 hrs (3).
Cefepime 100mg c/24 hrs intraventricular.
Paquete globular para 3 hrs.

5.2 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA POR NECESIDADES

Fecha 14 Octubre 2008.
Hora: 09:00

SIGNOS VITALES:

FC: 64 L x min. FR: 12 x min. T/A: 130/80 Temp: 37°C Sat: 98% PVC: 13cmH₂O.
PAM: 99mmHg PIC: 8mmHg PPC: 75mmHg

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Datos Objetivos:

Persona somnolienta con un Glasgow de 8, facies inexpresivas

Cráneo normocefalo con Hx Qx Con absceso de aproximadamente 2 cm. de longitud.

Cuello largo sin adenopatías palpables, con tráquea central, monitoreo cardiaco continuo.

Cánula oro traqueal #8 french, fija en la arcada dentaria en el #25, fecha de instalación 6 de octubre, se aspiran abundantes secreciones espesas blanquecinas por cánula y sialorrea, Apoyo mecánico ventilatorio (AMV) modo asisto-control (A/C), ciclado por volumen, 300 ml volumen corriente, flujo máximo de 10 lts, FiO₂ al 50%, PEEP de 4 cm. de H₂O, sensibilidad 1.1, frecuencia respiratoria de 12 por min. Saturando al 98%.

Se auscultan campos pulmonares con estertores crepitantes aumentados en hemitorax izquierdo.

Miembros torácicos delgados y largos, piel turgente hidratada multipuncionada con hematomas en ambos brazos, se percibe pulso radial y cubital rítmico, llenado capilar de 2 segundos, tono muscular y fuerza 0/0.

Miembros pélvicos simétricos hipotrófico con abundante vello presenta sitio de presión en talón derecho, al valorar tono y fuerza 0/0, temperatura normotérmico, pulsos rítmicos, llenado capilar de 2 segundos.

GASOMETRIA:

PH: 7.46 PCO₂: 30mmHg PO₂: 64.3 mmHg BE: -1.16 mOls HCO₃:21 mOls

SAT: 93% Alcalosis Respiratoria.

Grado de Dependencia 6

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Piel hidratada con hematomas ocasionados por multipunciones.

Catéter yugular derecho bilumen, funcional por una vía se administra NPT. Gastrostomía cerrada para realizar estudios de laboratorio.

Hb: 10.5_{gr/dL} Plaquetas: 278^o_{3/mm3} Albúmina: 3.9gr/dl Glucosa: 188mg/dl TTPA: 315 Ca: 8.1mEq/L Fosforo: 1.4mEq/L Mg: 2.0 mEq/L

Grado de Dependencia: 6

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Datos objetivos:

Sonda nasogastrica fijada en narina derecha, a derivación drenando posos de café de 20 ml por turno, mucosas hidratadas con abundantes secreciones adheridas, piel íntegra.

Conductos auditivos con salida de líquido transparente de pabellón auricular derecho, escasa cantidad.

Ventriculostomía exteriorizada con salida en subclavia derecha, drenando líquido cefalorraquídeo transparente con sedimentos (100ml/por turno), PIC de 8cm/H₂O.

Abdomen con herida quirúrgica dehiscente con puntos de sutura, con salida de líquido purulento.

Genitales de acuerdo a edad y sexo con drenaje vesical, volumen urinario de 2.5 ml/kg/hr, de color amarillo claro, densidad de 1005.

Urea: 30mg/dl.

BUN: 14 mg/dl. Creatinina: 0.4 mg/dl. Na: 136meq/l K: 3.8 meql Cl: 97 meql FA: 274

Bt: 0.9 BD: 0.33 AST: 17 ALT: 33 GGT: 624 PT: 6.1 Albúmina: 3.

Grado de Dependencia: 6

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

Persona postrado en cama en posición semifowler de 30° forzada somnolienta con Glasgow de 8 puntos, Miembros torácicos delgados y largos, piel turgente hidratada multipuncionada con hematomas en ambos brazos, se percibe pulso radial y cubital rítmico, llenado capilar de 2 segundos, tono muscular y fuerza 0/0.

Miembros pélvicos simétricos hipotrófico con abundante vello presenta sitio de presión en talón derecho, tono y fuerza 0/0, temperatura normotérmico, pulsos rítmicos, llenado capilar de 2 segundos.

Grado de Dependencia: 6

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Glasgow de 8 puntos, somnoliento con facies inexpresivas indiferente al medio, periodos breves de sueño fisiológico, y manifestaciones fisiológicas de dolor (dientes apretados a la aspiración, rigidez muscular al tacto o al hablarle, difícil de confortar.

Grado de Dependencia: 6

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Dependencia total, se encuentra cubierto con bata y sabana hospitalaria

Grado de Dependencia: 6

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Piel normotérmica, turgente con periodos de diaforesis cubierto con bata y sabanas hospitalarias

Grado de Dependencia 6

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Cabello color negro abundante, corto bien implantado, frente amplia, cejas pobladas, pestañas negras bien implantadas.

Pabellones auriculares bien implantados, conductos auditivos externos sin zonas de presión. Abdomen con herida quirúrgica dehiscente en cuadrante inferior derecho de aproximadamente 15 cm (p.o. apendicetomía). Con puntos de sutura y salida de líquido purulento.

Miembros torácicos delgados, con hematomas ocasionados por multipunciones. Miembros pélvicos simétricos hipotrófico con abundante vello presenta sitio de presión en talón derecho, al valorar tono y fuerza 0/0, temperatura normotérmico, pulsos rítmicos, llenado capilar de 2 segundos.

Grado de Dependencia: 6

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

- | | | |
|------------------------|------------------------------------|-------------|
| + Riesgo de caída | + Trombosis | + Infección |
| + Broncoaspiración. | + Broncoespasmo | + TEP |
| + Úlceras por presión. | + Desequilibrio hidroelectrolítico | |

Grado de Dependencia: 6

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Glasgow de 8 puntos, indiferente al medio

Grado de Dependencia: 6

5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Fecha: 14 octubre 2008

Necesidad: Oxigenación

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del estado de conciencia relacionado con exeresis manifestado por somnolencia, Glasgow de 8 puntos, indiferencia al medio y rigidez (descerebración)

Fuente de dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia.

Grado de dependencia: 6

Fecha: 14 de Octubre 2008

Necesidad: Oxigenación.

Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con manejo inadecuado de secreciones manifestado por estertores crepitantes de predominio en hemitorax izquierdo.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de Intervención: Suplencia.

Grado de Dependencia: 6

POTENCIALES:

Fecha: 14 de Octubre 2008

Necesidad: Oxigenación.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de broncoespasmo relacionado con la incapacidad de expectorar.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de Intervención: Suplencia.

Grado de Dependencia: 6

Fecha: 14 de Octubre 2008.

Necesidad: Oxigenación.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de edema cerebral relacionado con la obstrucción de la ventriculostomía.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de Intervención: Suplencia.

Grado de Dependencia: 6

Fecha: 14 de Octubre 2008.

Necesidad: Nutrición e hidratación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la alimentación relacionado con obstrucción de la epiglotis secundaria a tubo endotraqueal, manifestado por incapacidad para masticar e ingerir los alimentos.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo Intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

Fecha: 14 de Octubre 2008.

Necesidad: Nutrición e hidratación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del metabolismo de la glucosa relacionada con proceso infeccioso abdominal manifestado por hiperglicemia (188 mg/dl).

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

14 de Octubre 2008.

Necesidad: Nutrición e hidratación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la nutrición relacionada con proceso infeccioso de abdomen manifestado por anemia/ (Hb 10.5 mg/dl).

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de Intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

POTENCIAL:

14 de Octubre 2008

Necesidad: Nutrición e hidratación.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de desnutrición relacionada con incapacidad de alimentarse por sí mismo.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de Intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

Fecha: 14 de Octubre 2008

Necesidad: Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación relacionada con sangrado de tubo digestivo bajo manifestada por posos de café.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de Intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

Fecha: 14 de Octubre 2008

Necesidad: Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación relacionada con fistula ventricular manifestada por salida de líquido seroso por pabellones auriculares.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de Intervención. Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

Fecha: 14 de Octubre 2008

Necesidad: Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación relacionada con herida abdominal dehiscente, manifestada por salida de liquido purulento.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de Intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia. 6

Fecha: 14 de Octubre 2008

Necesidad: Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración urinaria relacionada con aumento de la filtración glomerular secundaria a uso de diurético manifestada por poliuria.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

Fecha: 14 de Octubre 2008

Necesidad: Movimiento y postura.

Diagnóstico de Enfermería: Incapacidad para movilizarse relacionado con deterioro neurológico manifestado por pérdida de fuerza y masa muscular.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

POTENCIALES:

14 de Octubre 2008.

Necesidad: Movimiento y postura.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de hipotonía muscular relacionado con deterioro neurológico.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

14 de Octubre 2008.

Necesidad: Higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería: Pérdida de la integridad cutánea relacionada con secreción en herida dehiscente en abdomen manifestada por irritación, eritema y salida de líquido purulento.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de Intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

14 de octubre 2008.

Necesidad: Higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración en la integridad de la piel relacionada con multipunciones manifestada por hematomas en ambos brazos.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

POTENCIALES:

14 de Octubre 2008

Necesidad: Higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de extravasación de líquidos relacionados con multipunciones.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

14 de Octubre 2008.

Necesidad: Higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de flebitis relacionados con multipunciones.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia.

Nivel de Dependencia: 6

14 de Octubre 2008.

Necesidad: Higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de úlceras por presión relacionado con estancia hospitalaria prolongada e inmovilización secundaria a estado hemodinámico.

Fuente de Dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia

Nivel de Dependencia: 6

5.4. VALORACIONES FOCALIZADAS:

15 Octubre 2008.

SIGNOS VITALES:

FC: 68 x min. FR: 12 x min. T/A: 135/80 mmHg Temp: 36°C Sat: 98% PVC: 8 cm

H₂O PAM: 98 mmHg PIC: 8mmHg PPC: 75 mmHg

Julián se encuentra sin cambios, se instala línea arterial radial derecha para monitoreo continuo de T/A.

LABORATORIOS:

Leucocitos: 18,000 Hb: 10.6 gr/dL Hcto: 31.2 Plaq: 211,000_{3/mm3} Tp: 13.3

INR: 1.07 TPT: 20 P: 1.4 Mg: 2.1meql Ca: 7.5meql Gluc: 149 mg/dl Urea: 24 mg/dl

Bun: 11mg/dl Creatinina: 0.4mg/dl Na: 136meql K: 3.8meql Cl: 98meq/l FA: 203

BT: 1.0 AST: 10 ALT: 27 GGT: 489 PT: 6.5 Albúmina: 4.3 Glob: 2.2.

J presenta hiperventilación se ausculta encontrando mayor expansión en hemitorax derecho y estertores crepitantes bilaterales. Se procede a tomar gasometría.

GASOMETRIA: PH: 7.24 PCO₂: 42.6 mmHg PO₂: 83.2 mmHg BE: -8.7 HCO₃: 18.2 mEq/dl SAT: 93% Acidosis respiratoria compensada

PH: 7.47 PCO₂: 27.2 mmHg PO₂: 121 mmHg BE: 3.4 HCO₃: 19.4 mEq/dl SAT: 94%. Alcalosis metabolica

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Oxigenación

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del intercambio gaseoso relacionada con abundantes secreciones manifestada por hiperventilación, estertores bilaterales crepitantes y acidosis sin acidemia.

Fuente de dificultad: Fuerza

Modo de intervención: Suplencia

Grado de Dependencia: 6

16/10/08

SIGNOS VITALES:

FC: 64 x min. FR: 13 x min. T/A: 130/80mmHg PAM: 96mmHg Temp: 36°C
Sat: 98% PVC: 8 cm/H₂O. PIC: 8mmHg PPC: 75mmHg

Continúa con Glasgow de 8, inicia líquidos (Dx 5% 250 para 24 hrs) por gastrostomía posteriormente vuelve a quedar en ayuno para realizar TAC de cráneo por la tarde. Para valorar posible cirugía de cambio de la ventriculostomía presenta extravasación en sitio de salida (catéter subclavio derecho).

Diuresis con sedimentos y color amarillo turbio por periodos con poliuria (2.5 ml /kg/min.).

Hemoglobina de 9.5 (anemia) se toman pruebas cruzadas y se transfunde paquete globular (aproximadamente 300ml A+).

LABORATORIOS:

Leuco: 17.4 Hb: 9.5gr/dL Hcto: 28.3 Pla: 182 _{3/mm3} Tp: 14.3 INR: 1.17 TTP: 31.6
CaCo: 7.7 P: 1.7meql Mg: 2.2 meql Gluc: 155mg/dl Urea: 26 mg/dl Bun: 14 mg/dl
Creat: 0.2 mg/dl Na: 137meq/l F: 3.8meql Cl.: 102 meql FA: 156 BT: 1-1 AST: 16
ALT: 39 GGTP: 391 PT: 5.8 Albúmina: 3.8.

GASOMETRIAS: PH: 7.48 PCO₂:22.8mmHg PO₂: 102.6 mmHg HCO₃:17
SAT: 98% (Alcalosis respiratoria).

Necesidad: Eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación relacionada con Ventriculostomía disfuncional manifestada por salida de líquido cefalorraquídeo.

Fuente de dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia.

Grado de Dependencia: 6

17/10/08

SIGNOS VITALES:

FC: 69 x min. FR: 12 x min. T/A: 120/80mmHg Temp: 36°C Sat: 98%

PVC: 8cm/H₂O PAM: 93mmHg PIC: 8 mmHg PPC: 75 mmHg

Por la tarde del día 16, se cambia Ventriculostomía con drenaje exterior en parietal izquierda, drenando 6 gotas por minuto.

Se toma citoquímico de LCR y cultivo se sospecha infección por pseudomona.

LABORATORIOS:

BH: 9.3gr/dL Leuco:18200 plaq:194,000_{3/mm3} Tp: 15.1 TTP: 30.1 INR: 1.25

Act: 74% Ca: 9.7 p:1.9 Mg: 1.8 Gluc: 122mg/dl Urea: 29mg/dl

BUN:14 Creat:0.4 Na: 135meql K:3.5meql Cl:96 Bt:2.0 Alb:3.5 Ast:9

ALT:44 GGT:321

GASOMETRIAS:

PH: 7.47 PCO₂: 27.2mmHg PO₂: 96.6mmHg EB: 3.9 mOls HCO₃: 9.6mOls SAT: 98% (Alcalosis respiratoria).

LCR: Fluido transparente, incoloro Gluc: 39mg/dL Prot: 78 Células: 19

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Eliminación

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección de Ventriculostomía relacionada con extravasación de líquido cefalorraquídeo.

Fuente de dificultad: Fuerza.

Modo de intervención: Suplencia.

Grado de Dependencia: 6

20/10/08

Ramsay de 6, PIC funcional, AMV A/C, PEEP de 7 cm/H₂O, Fio₂ del 40%, Sat: 98%
Campos pulmonares sin ruidos agregados.

Se realiza cambio de sonda vesical.

Gasometría: PH. 7.47 PCO₂: 23.8mmHg PO₂: 105.5 mmHg B.E: 5.3 mOls HCO₃:
17.4 mOls (Alcalosis respiratoria)

Se trasfunde paquete globular.

22/10/08

Sistema de derivación ventrículo peritoneal, mucosas orales con laceración y sangre adherida a paladar, bradicardia sinusal 47 x minuto.

AMV en modo A/C, FR: 12 por min. Fio₂: 40%, PEEP 6cm/H₂O, Volumen corriente 500 ml. Flujo máximo 35 lts x minuto, volumen minuto 50.

TRATAMIENTO: Albumina 1 frasco iv c/12 hrs.

Midazolam 150 mg + 150 ml solución salina D.R (20 ml)

Tazocin: 4.5 gr. IV C/6 hrs.

TAC de cráneo simple hoy.

24/10/08

La familia recibe apoyo psicológico (Tanatología)

Dx Tanatologico: Duelo anticipado.

Etapas del duelo: Negación y depresión

5.5. PLANES DE CUIDADOS

NECESIDAD ALTERADA	OXIGENACIÓN				
FECHA: 14/OCT/08	MODO DE INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6		
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteración del estado de conciencia relacionado con exeresis manifestado por somnolencia, Glasgow de 8 puntos, indiferencia al medio y rigidez (descerebración) <p>OBJETIVO: Limitar el daño neurológico y evitar complicaciones.</p> <p>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de edema relacionado con la obstrucción de la Ventriculostomía. ➤ Alteración de la eliminación relacionada con Ventriculostomía disfuncional manifestada por salida de líquido cefalorraquídeo <p>OBJETIVO: Favorecer la disminución del edema cerebral</p>					
<u>INTERVENCIONES:</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN</u>		<u>Int. Ind</u>	<u>Int. Dep:</u>	<u>Int. Inter:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorización del paciente neurológico. T/A TAM TEMP. PIC, FC, RESPIRACIÓN, SAT O₂ 	<p>En el paciente crítico es primordial la detección temprana de efectos fisiológicos que afectan el sistema nervioso para evitar complicaciones, los sistemas de monitoreo proveen información útil para la vigilancia desde la arritmias asociadas a hemorragias hasta el choque distributivo de la lesión medular. Estos peligros son la hipotensión, hipoxia, hipercapnia, hipertermia, y</p>		XXX		

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar E.F ✓ Valorar nivel de consciencia. ✓ Valoración de la función sensitiva. ✓ Evaluación de la función motora. ✓ Monitoreo metabólico. Con glucometrias Capilares cada hora 	<p>alteraciones electrolíticas.</p> <p>González, C.A. Cuidados intensivos en el paciente con trastornos neurológicos graves. Ed. Prado. México.2004 p. 1-9</p> <p>Es importante complementar los resultados del monitoreo con la E.F evitando la valoración subjetiva y utilizando escalas comparativas como la de Glasgow.</p> <p>Se pueden valorar varios pares craneales (2°, 3°, 5°, 7°, 9°, 10°).</p> <p>La evaluación de la función motora sin alteración del estado de consciencia se puede realizar con la escala de 0-5.</p> <p>González, C.A. Cuidados intensivos en el paciente con trastornos neurológicos graves. Ed. Prado. México.2004 p. 3-9</p> <p>Es un aspecto importante, relacionado con el estado catabólico de este tipo de pacientes, ya que el SNC depende de la glucosa y por generar incluso depleción de los depósitos de glucógeno, para posteriormente desviar el metabolismo a la glucólisis y la gluconeogénesis, y puede afectar el sistema inmunológico al disminuir las reservas proteicas.</p> <p>González, C.A. Cuidados intensivos en el paciente con trastornos neurológicos graves. Ed. Prado. México.2004 p. 14</p>			
--	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoración y vigilancia del patrón respiratorio. ✓ Mantener drenaje ventricular permeable. ✓ Evitar manipulación constante. ✓ Realizar muestras de LCR con técnica estéril. ✓ Realizar curación de exeresis PRN, ✓ PVC. Horaria. 	<p>El patrón de la respiración informa la presencia de lesiones neurológicas desde la más insignificante hasta la más grave (apnea). Existen otros tipos de respiraciones Cheyne-Stokes, atáxica las cuales deben valorarse con gasometrías, pulsooximetría y el capnógrafo.</p> <p>González, C.A. Cuidados intensivos en el paciente con trastornos neurológicos graves. Ed. Prado. México.2004p. 12-14.</p> <p>El catéter intraventricular es el estándar de oro en referencia a precisión, puede ser recalibrado y permite el drenaje de LCR. El monitoreo de la PIC puede funcionar por largos periodos de tiempo son los cuidados necesarios (técnica estéril). Complicaciones más frecuentes: infección y la hemorragia.</p> <p>Contraindicaciones: Coagulopatía, trombocitopenia, inmunosupresión (relativo).</p> <p>González, C.A. Cuidados intensivos en el paciente con trastornos neurológicos graves. Ed. Prado. México.200</p>			
---	--	--	--	--

REGISTRO	EVALUACIÓN
<p>-Me presenté con Julián diciendo mi nombre y mis funciones a realizar durante el turno matutino.</p> <p>-Monitorizo signos vitales, encontrando elevación en la PIC.</p> <p>-Se realizó valoración neurológica encontrando disminución de fuerza, sensibilidad e inmovilización.</p>	<p>-De acuerdo con el diagnóstico inicial se resolvió el problema ya que se limitó el daño.</p>

NECESIDAD ALTERADA	OXIGENACIÓN				
FECHA: 14/OCT/08	MODO DE INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6		
<p>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con manejo inadecuado de secreciones manifestado por estertores crepitantes de predominio en hemitorax izquierdo. ➤ Alteración del intercambio gaseoso relacionado con abundantes secreciones manifestada por hiperventilación, estertores bilaterales crepitantes y acidosis sin acidemia. <p>OBJETIVO: Favorecer la limpieza de las vías aéreas</p> <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de broncoespasmo relacionado con la incapacidad de expectorar. <p>OBJETIVO: Evitar la presencia de broncoespasmos y mantener la vía aérea permeable.</p>					
<u>INTERVENCIONES:</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN</u>		<u>Int. Ind</u>	<u>Int. Dep:</u>	<u>Int. Inter:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Favorecer el mantener vía aérea permeable. ✓ Auscultación de campos pulmonares de forma simétrica y comparativa. 	-La retención de las secreciones aumenta la probabilidad de obstrucción de la vía aérea y de infecciones pulmonares. El aumento de la edad genera una disminución de la eliminación mucociliar.		XXXX		

<p>✓ Aspiración de secreciones con técnica estéril por cánula y boca.</p> <p>✓ Realizar fisioterapia y vibración pulmonar por turno.</p> <p>✓ Realizar aseo bucal.</p> <p>✓ Vigilar parámetros ventilatorios.</p>	<p>-Para mantener la permeabilidad de la vía aérea son necesarias aspiraciones frecuentes, el aumento de las secreciones y la dificultad para deglutir la saliva aumenta el riesgo de aspiración.</p> <p>Las secreciones que se acumulan reducen la ventilación alveolar y contribuyen a la hipoxemia y al aumento del trabajo respiratorio.</p> <p>-La fisioterapia torácica facilita la movilización de secreciones.</p> <p>Gauntlett, B.A Enfermería medico quirúrgica, Ed.Harcourt. Madrid España. P.290-298.</p> <p>-La higiene oral adecuada evitan secreciones disminuye el riesgo de formación de costras, las infecciones bucales y las obstrucciones del orificio de entrada de la vía aérea.</p> <p>-El cambio del estado respiratorio puede indicar el desplazamiento de la vía aérea oral o el empeoramiento del estado respiratorio. Lynn-McHale, D.J cuidados intensivos procedimientos de la American Association of critical-care nurses, Ed. Panamericana.Buenos aires .2003. P. 33-36.</p>			
---	---	--	--	--

<p>✓ Monitoreo de saturación de oxigenación.</p> <p>✓ Posición semifowler 30°</p>	<p>-Los valores de saturación obtenidos por oximetría de pulso (SatPO₂) son parte de una evaluación completa del estado de oxigenación del paciente, y no son un sustituto de la medición de la presión parcial arterial de oxígeno (Pao₂) o de la ventilación.</p> <p>Lynn-McHale, D.J cuidados intensivos procedimientos de la American Association of critical-care nurses, Ed. Panamericana. Buenos aires .2003. P. 90-96.</p> <p>-Esta posición promueve la comodidad, la oxigenación y la ventilación, disminuye la tensión.</p> <p>Lynn-McHale, D.J cuidados intensivos procedimientos de la American Association of critical-care nurses, Ed. Panamericana. Buenos aires .2003. P. 50-52.</p>			
REGISTRO		EVALUACIÓN		
<p>Valoré el apoyo ventilatorio con el que contaba Julián y procedí a la auscultación y palpación en tórax de forma simétrica y comparativa, percatándome que presentaba secreciones abundantes, posteriormente las aspiré y realice aseo bucal.</p> <p>Realice fisioterapia y vibración pulmonar, le di posición semifowler.</p>		<p>-Después de las intervenciones realizadas disminuyeron las secreciones y la saturación se mantuvo en cifras normales, arriba del 90%.</p>		

NECESIDAD ALTERADA	NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN				
FECHA: 14/OCT/08	MODO INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6		
<p>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteración de la alimentación relacionado con obstrucción de la epiglotis secundaria a tubo endotraqueal, manifestado por incapacidad para masticar e ingerir los alimentos. <p>OBJETIVO: Administrar requerimientos calóricos por medio de vías alternas (Sonda nasogastrica, gastrostomía)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de desnutrición relacionado con la incapacidad de alimentarse por sí mismo. <p>OBJETIVO: Favorecer una alimentación temprana y adecuada a sus requerimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteración de la nutrición relacionada con proceso infeccioso de abdomen manifestado por anemia/ (Hb 10.5 mg/dl). <p>OBJETIVO: Evitar ayunos prolongados.</p>					
<u>INTERVENCIONES</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN</u>		<u>Int. Ind</u>	<u>Int. Dep</u>	<u>Int. Inter</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar ayunos prolongados. ➤ Restablecer uso de la gastrostomía lo más pronto posible. ➤ Administrar dieta adecuada. 	<p>-La evaluación del peso del peso basal y del equilibrio hídrico aportaran una evidencia de la efectividad del aporte nutricional por vía enteral luego de su establecimiento.</p> <p>-Los objetivos del apoyo nutricional comprenden la provisión de un aporte nutricional compatible con la vía de administración disponible en el paciente, con su estado nutricional y con su condición clínica. Además se incluye la prevención o el tratamiento de las deficiencias de los</p>		XXXX		

<p>➤ Verificar peristalsis intestinal.</p> <p>➤ Medir perímetro abdominal</p>	<p>macronutrientes o de micronutrientes, la prevención de las complicaciones relacionadas con la técnica del aporte de los nutrientes y el progreso en la recuperación de la enfermedad.</p> <p>-Es importante tomar en cuenta todos los signos y síntomas (nauseas, cólicos y distensión abdominal) ya que pueden indicar una posible intolerancia a la velocidad de infusión o al tipo de fórmula y disminuyen la comodidad del paciente y puede ser causa para iniciar vía parenteral.</p> <p>Lynn-McHale, D.J cuidados intensivos procedimientos de la American Association of critical-care nurses, Ed. Panamericana.Buenos aires .2003. P. 969-990.</p>			
REGISTRO		EVALUACIÓN		
<p>De acuerdo a las indicaciones médicas Julián se encontraba en ayuno para ser reintervenido quirúrgicamente.</p> <p>Inspeccione y palpe su abdomen confirmando peristalsis, y no presentaba distensión abdominal.</p>	<p>-Después de cirugía continuó en ayuno hasta comprobar que la fistula quedará cerrada</p> <p>Se valorará el inicio de NPT</p>			

NECESIDAD ALTERADA	NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN			
FECHA: 14/OCT/08	MODO DE INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6	
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteración del metabolismo de la glucosa relacionada con proceso infeccioso abdominal manifestado por hiperglicemia (188 mg/dl). <p>OBJETIVO: Favorecer los niveles de glicemias adecuadas.</p>				
<u>INTERVENCIONES</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN</u>	<u>Int. Ind</u>	<u>Int. Dep:</u>	<u>Int. Inter:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control estricto de la glucosa. ✓ Administrar antibióticos (Meropenem, vancomicina, Cefepime) 	<p>-Se ha demostrado que existe una mejora impresionante cuando existe un control glucémico muy estrecho. El beneficio de la mortalidad parece estar dado por el control del nivel sérico de glucosa más que la cantidad de insulina administrada.</p> <p>- Los microorganismos pueden penetrar en el organismo durante la operación o a través de la incisión. Los agentes patógenos circulantes desencadenan los mecanismos de defensa corporal: se liberan los leucocitos para destruir algunos agentes</p>	XXXX		

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar curación de Hx. Abdominal con técnica estéril. ✓ Cambios de apósitos PRN. 	<p>- Estas medidas ayudan a evitar la introducción de microorganismos en la herida y también reducen el riesgo de contagio de infección a otras personas.</p> <p>Carpenito, M.L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería, Ed. Mc Graw Hill. España. 2005 P 672-675.</p>			
REGISTRO		EVALUACIÓN		
<p>Al realizar la valoración cefalocaudal observé la herida quirúrgica dehiscente, le realicé la curación con técnica estéril con el respectivo cambio de apósitos PRN por presentar salida de secreción purulenta, así mismo le administre los medicamentos recomendados para contrarrestar la infección.</p>		<p>-La herida se delimitó y la salida de secreción disminuyó.</p>		

NECESIDAD ALTERADA	ELIMINACIÓN			
FECHA: 14/OCT/08	MODO DE INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6	
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteración de la eliminación relacionada con sangrado de tubo digestivo manifestada por posos de café. <p>OBJETIVO: Limitar y evitar nuevos periodos de sangrado.</p>				
<u>INTERVENCIONES</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN</u>	<u>Int. Ind</u>	<u>Int. Dep:</u>	<u>Int. Inter:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar cantidad y características del sangrado de tubo digestivo ✓ Administrar medicamentos y evitar sangrado. ✓ Controlar el estrés. 	<p>-Las hemorragias constituyen una de las complicaciones más frecuentes de úlcera péptica que afecta a entre un 15 y 20% de los pacientes. Las manifestaciones de la hemorragia pueden ser molestas y presentarse gradualmente o de una forma evidente y a gran escala.</p> <p>-El ácido clorhídrico es supuestamente un factor que contribuye de una forma importante a la formación de la úlcera péptica.</p> <p>-La relación existente entre el estrés y la úlcera péptica se fundamenta en el hecho de que la úlcera péptica tiene una mayor incidencia entre aquellos que sufren ansiedad crónica.</p>	XXX		

<p>✓ Administrar antiácidos, sucralfato anticolinérgicos, o lo prescrito por el médico</p>	<p>-La secreción de ácido clorhídrico se puede controlar neutralizándolo con tratamientos farmacológicos.</p> <p>Carpenito, M.L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería, Ed. Mc Graw Hill. España. 2005 P 272-278.</p>			
REGISTRO		EVALUACIÓN		
<p>-La SNG presentaba salida de residuo gástrico (posos de café) Le administre medicamento para evitar el sangrado. (Omeprazol) -Le platique a Julián para aminorar su estrés.</p>		<p>-Julián se mostro más tranquilo pero continuaba con posos de café en menor cantidad.</p>		

NECESIDAD ALTERADA	ELIMINACIÓN				
FECHA: 14/OCT/08	MODO DE INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6		
<p>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteración de la eliminación relacionada con fístula intraventricular manifestada por salida de líquido seroso por pabellones auriculares. ➤ Riesgo de infección de Ventriculostomía relacionada con extravasación de líquido cefalorraquídeo <p>OBJETIVO: Disminuir el proceso infeccioso.</p>					
<u>INTERVENCIONES</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN</u>		<u>Int. Ind</u>	<u>Int. Dep</u>	<u>Int. Inter:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuantificar salida de líquido y características. ✓ Evitar riesgo de contaminación. ✓ Manejo con técnica estéril. ✓ Evitar laceración en pabellones auriculares. 	<p>-El sistema de drenaje de LCR puede ser obstruido por tejido cerebral, coágulos sanguíneos o sedimentos dado que estas sustancias atraviesan el catéter intraventricular junto con el LCR.</p> <p>-Es necesario contar con conocimientos acerca del empleo de una técnica aséptica.</p> <p>-Esta técnica disminuye la transmisión de microorganismos; precauciones estándar.</p> <p><small>Lynn-McHale, D.J cuidados intensivos procedimientos de la American Association of critical-care nurses, Ed. Panamericana.Buenos aires .2003. P. 624-633.</small></p>		XXXX		

REGISTRO	EVALUACIÓN
<p>-En la valoración cefalocaudal observé la salida de líquido transparente por el conducto auditivo e inmediatamente le avisé al médico y lo programo para cirugía (cierre de fistula).</p> <p>-Coloqué un apósito estéril para evitar que el líquido macerará la piel en pabellón auricular y así evitar una úlcera o infección.</p>	<p>-Se le realizó la cirugía (cierre de fistula) con lo cual quedó resuelto el problema.</p>

NECESIDAD ALTERADA	ELIMINACIÓN			
FECHA: 14/OCT/08	MODO DE INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6	
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteración urinaria relacionada con el aumento de la filtración glomerular secundario a uso de diurético manifestado por poliuria. <p>OBJETIVO: Vigilar la existencia de complicaciones por el uso de diuréticos.</p>				
<p><u>INTERVENCIONES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar factores que contribuyen a trastornos renales. ✓ Control estricto de líquidos. ✓ Medición de densidad urinaria. 	<p><u>FUNDAMENTACIÓN</u></p> <p>-Los trastornos renales pueden ser secundario a diferentes problemas, incluidas lesiones, infecciones, compromiso de la perfusión renal, anomalías vasculares, estructurales y sustancias nefrotóxicas. Los trastornos renales también son secundarios a otros procesos patológicos, como hipertensión o D.M y pueden producir un gran número de alteraciones, desde leves molestias y disfunciones hasta importantes alteraciones que pueden provocar insuficiencia renal.</p> <p><small>Gauntlett, B.A Enfermería medico quirúrgica, Ed.Harcourt. Madrid España. P.788-793.</small></p>	<p><u>Int. Ind</u></p>	<p><u>Int. Dep:</u> XXXX</p>	<p><u>Int. Inter:</u></p>
REGISTRO		EVALUACIÓN		
Se observo el incremento de diuresis		Continúo con poliuria por la administración de diurético, sin alteración de electrolitos y densidad urinaria.		

NECESIDAD ALTERADA	MOVIMIENTO Y POSTURA				
FECHA: 14/OCT/08	MODO DE INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6		
<p>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Incapacidad para movilizarse relacionado con deterioro neurológico manifestado por pérdida de fuerza y masa muscular ➤ Riesgo de hipotonía muscular relacionado con deterioro neurológico. <p>OBJETIVO: Evitar complicaciones por inmovilidad.</p>					
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN		<u>Int. Ind</u>	Int.Dep	Int.Inter
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar movilización gentil. ✓ Realizar ejercicios de flexión y extensión de miembros pélvicos. ✓ Al realizar baño de esponja realizar masaje en general. 	<ul style="list-style-type: none"> -La inmovilidad reduce el retorno venoso y aumenta la presión intravascular que contribuye a la estasia venosa y la tromboflebitis. -Las articulaciones que no se ejercitan con amplitud de movimiento presentan contracturas después de 3 a 7 días, porque los músculos flexores son más fuertes que los extensores. -El eritema y la palidez son signos iniciales de hipoxia tisular. El masaje intenso puede lesionar los capilares, pero el suave estimula la circulación local. 		<u>XXX</u>		

<p>✓ Colocar medias elásticas</p> <p>✓ Colocar tenis de media bota para evitar atrofia en pies</p>	<p>-Las medias elásticas reducen la acumulación venosa al ejercer presión sobre las piernas; aumentan el riesgo en las venas más profundas al disminuir el calibre de la vena superficial.</p> <p>-Esta medida evitan la rotación interna y la aducción del fémur impidiendo la caída del pie.</p>			
REGISTRO		EVALUACIÓN		
<p>Realicé baño de esponja y observé que.</p> <p>-Julián presentaba pérdida de fuerza y masa muscular.</p> <p>-Le brindé terapia muscular y flexión de miembros torácicos y pélvicos.</p> <p>-Posteriormente le coloque medias de mediana compresión y tenis de media bota.</p>		<p>Presento mejoría en relación a espasticidad pero no a la fuerza muscular.</p>		

NECESIDAD ALTERADA	ELIMINACIÓN				
FECHA: 14/OCT/08	MODO DE INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6		
<p>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pérdida de la integridad cutánea relacionada con secreción en herida dehiscente en abdomen manifestada por irritación, eritema y salida de líquido purulento. ➤ Alteración de la eliminación relacionada con herida abdominal dehiscente, manifestada por salida de líquido purulento. <p>OBJETIVO: Delimitar el daño en piel.</p>					
<u>INTERVENCIONES</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN</u>		<u>Int. Ind</u>	<u>Int. Dep.</u>	<u>Int. Inter.</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener Hx Qx limpia y seca. ✓ Observar salida de líquido purulento y anotar cantidad. 	<p>-La interrupción quirúrgica de la integridad de la piel altera la primera línea de defensa corporal frente a la infección y permite la entrada de microorganismo. En la mayoría de los casos, una herida quirúrgica debe cerrar en las 24 hrs.</p> <p>-El tejido responde a la infiltración de agentes patógenos con el aumento de riego sanguíneo y linfático (manifestado por edema, eritema y aumento de la supuración) y reducción de la epitelización (acentuada por la separación de los bordes). Los agentes patógenos circulantes estimulan el hipotálamo para elevar la temperatura corporal; algunos microorganismos no pueden sobrevivir temperaturas altas.</p>		XXXX		

<p>✓ Realizar curación y evitar laceración con las gasas.</p> <p>✓ Disminuir el estrés.</p>	<p>-El exudado de las heridas infectadas altera la epitelización y el cierre de la herida.</p> <p>-Estas medidas ayudan a evitar la introducción de microorganismos en la herida y también reducen el riesgo de contagio de infección a otras personas.</p> <p>-El estrés y la actividad producen elevación de calona, un inhibidor miótico que deprime la regeneración epidérmica.</p> <p><small>Carpenito, M.L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería, Ed. Mc Graw Hill. España. 2005 P 672-675.</small></p>			
REGISTRO		EVALUACIÓN		
<p>En la herida quirúrgica observé dehiscencia y salida de secreción purulenta.</p> <p>-Realicé curación con técnica estéril y cambio de apósitos para mantener la herida lo más seca posible.</p> <p>-Coloqué una venda en abdomen para sostener los apósitos y de esta manera evitar el uso de transpore para evitar laceración en la piel.</p>		<p>-La herida se mantuvo seca por un periodo corto, sin embargo se realizo nuevamente la curación en el transcurso de la rotación.</p> <p>-Se logró delimitar el daño en piel.</p>		

NECESIDAD ALTERADA	HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL			
FECHA: 14/OCT/08	MODO DE INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6	
<p>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteración en la integridad de la piel relacionada con multipunciones manifestada por hematomas en ambos brazos. ➤ Riesgo de extravasación de líquidos relacionados con multipunciones. ➤ Riesgo de flebitis relacionado con multipunciones. <p>OBJETIVO: Utilizar catéter central para toma de muestras.</p>				
<u>INTERVENCIONES</u>	<u>FUNDAMENTACIÓN</u>	<u>Int. Ind</u>	<u>Int.Dep:</u>	<u>Int. Inter:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar toma de muestra de laboratorios en brazos y extraerla del catéter central. ✓ Administrar fomento de agua tibia en sitios de punción. 	<p>-Para los pacientes que requieren la recolección frecuente de muestras de sangre venosa y los que tienen accesos venosos limitados se debe considerar la canulación de una vena central.</p> <p>-La complicación más común asociada con la venopunción es el hematoma, Las complicaciones menos comunes son dolor excesivo, sangrado excesivo, trombosis, flebitis y celulitis.</p>			XXXX

<p>✓ Proteger los sitios de extravasación para evitar infección.</p> <p>✓ Evitar multipunciones.</p>	<p>-Los apósitos que cubren los lugares de introducción de vías intravenosas deben cambiarse siguiendo una técnica estéril.</p> <p>- La puerta de entrada de vías y catéteres debe ser controladas de modo que se reduzca la posibilidad de que se conviertan en una puerta de bacterias al organismo.</p> <p>Lynn-McHale, D.J cuidados intensivos procedimientos de la American Association of critical-care nurses, Ed. Panamericana. Buenos aires .2003. P 605-612.</p>			
REGISTRO		EVALUACIÓN		
<p>En ambos brazos presentaba multipunciones y hematomas por lo que tomé todas las muestras necesarias del catéter central.</p> <p>-En los sitios que presentaba extravasación de líquidos le coloqué apósitos secos para retener la humedad y evitar macerar la piel.</p> <p>-En donde presentaba hematomas le coloque bolsas de agua tibia para disminuirlos y evitar dolor.</p>	<p>- Se logro disminuir las venopunciones.</p> <p>- Los hematomas poco a poco desaparecieron.</p> <p>- Se logró mantener la piel seca en los sitios de extravasación.</p>			

NECESIDAD ALTERADA	HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL				
FECHA: 14/OCT/08	MODO DE INTERVENCIÓN SUPLENCIA	FUENTE DE DIFICULTAD FUERZA	NIVEL DE DEPENDENCIA 6		
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de úlceras por presión relacionado con estancia hospitalaria prolongada e inmovilización secundaria a estado hemodinámico <p>OBJETIVO: Evitar pérdida de la integridad tisular.</p>					
INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN		Int. Ind.	Int. Dep	Int.Inter
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar por turno sitios de riesgo de úlceras. ✓ Colocar en prominencias óseas cojines de alpiste. ✓ Evitar humedad en pliegues. 	<p>-Un trastorno en la movilidad física obliga al paciente a mantener la misma postura corporal durante mucho tiempo. La presión constante causa isquemia en el tejido comprimido, que es la causa principal de la ulceración tisular.</p> <p>-El movimiento regular alivia la presión constante sobre una prominencia ósea. Los desplazamientos pequeños del peso corporal ayudan en la reperusión de las áreas comprimidas.</p> <p>-La piel es una barrera protectora frente a numerosos microbios cuando se produce una ruptura de la integridad de</p>		XXXX		

<p>✓ Mantener la piel hidratada para evitar lesiones por resequeidad</p>	<p>la piel y existe humedad el numero de bacterias aumenta. Una piel limpia y seca reduce la posibilidad de infección. -Los factores contribuyentes de la destrucción tisular pueden ser intrínsecos (p. ej., piel vulnerable, trastornos sistémicos) o extrínsecos (p. ej., mecánicos, químicos) cuantos más factores existan, más vulnerable será el paciente.</p> <p>-La piel seca es susceptible al agrietamiento e infecciones. Un uso excesivo de emolientes puede causar maceración.</p> <p><small>Carpenito, M.L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería, Ed. Mc Graw Hill. España. 2005 P 445-455.</small></p>			
REGISTRO		EVALUACIÓN		
<p>-Al inicio del turno pude observar inicio de presión en prominencias óseas y le coloque cojines de alpiste y protectores de gel para evitar úlceras por presión, así mismo coloque parches de duoderm para protección.</p> <p>-Lubrique la piel para hidratarla.</p> <p>-En pliegues especialmente observé que no había humedad.</p>		<p>-Se logró evitar úlceras por presión.</p> <p>-La piel se hidrató sin presentar maceración por humedad.</p>		

VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se considera importante el establecer los cuidados especializados en una persona con alteración neurológica, ya que el pronóstico es reservado, las complicaciones son elevadas y es nuestro deber limitar el daño o brindar cuidados paliativos.

Se llevaron a cabo los planes de cuidado especializado sin descuidar la parte humana y cálida que requirió Julian durante su estancia hospitalaria.

En este estudio de caso se cumplieron los objetivos planteados, se logro implementar el modelo de Virginia Henderson basado en el proceso atención de enfermería.

De acuerdo a la aplicación de las etapas del proceso de Enfermería se consideraron importante cada una de ellas porque es un sistema cíclico que nos permite regresar las veces necesarias para elaborar un adecuado plan de cuidados

El llevar a cabo este modelo es útil porque se pueden jerarquizar los cuidados y atención a nuestro paciente de una manera integral y holística

No debemos olvidar que la atención especializada a los pacientes conlleva a ser minuciosos y detallistas, para lograr un cuidado integral.

De acuerdo al tiempo que se me asigno el cuidado integral de Julian observe que el daño neurológico y las complicaciones inherentes a su padecimiento incrementaron por lo que la atención se enfoco a delimitar el daño y brindar cuidados paliativos, incluyendo a su familia para la aceptación del mal pronóstico a corto plazo.

Se sugiere continuar con el plan de cuidados establecidos y ampliarlos de acuerdo al modelo de Virginia Henderson para brindar a pacientes con esta alteración confort y bienestar en esta etapa tan difícil de su vida.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRFICAS

- (1) Pérez y Cols. Hipertensión endocraneana. disponible en neuroc99.sld.cu/text/hipertensionendoc.htm consultado el 28 noviembre 2010
- (2) González y Cols. Cuidados intensivos en el paciente séptico. Ed. Prado. 2002. pp. 256.
- (3) Fernández, F.C., Nuvel, M.G. El proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos. Ed. Masson-Salvat 1993 p.p 115.
- (4) May L.E. Quality of Nursing Care. Adress at meeting of Departament of Baccalaureate and Higher Degree Programs of the New Jersey League for Nursing. 7 febrero, 1955, Seton Hall University, Newark, New Jersey,
- (5) Luis R. M.T., Fernández F C, Navarro G.M.V. De la Teoría a la Práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Ed. Masson S.A 2000, pp. .
- (6) García G.M.J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. una propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de Enfermería. Ed. Progreso S.A. 1997 pp. 19 y 20.
- (7) Sánchez, A,O Aplicación del proceso de Enfermería para los estudiantes: Factores que intervienen, en Enfermería clínica 2008, 8 (4): 5-1211-
- (8) Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Ed. McGraw-Hill. p.p18-22
- (9) Ibídem. Pérez y cols1
- (10) Ibídem. Pérez y cols1
- (11) Ibídem González y Cols2

VIII BIBLIOGRAFIA

- Beare.Myers, Enfermería Medico Quirúrgica. 3ª ed. Ed. Harcourt-Mosby
- Cottrell J.E., Smith D.S. Anestesia y Neurocirugía. Ed. Elsevier España, 2003
- Dueñas, F.J. Proceso de Atención de Enfermería. Disponible en: www.telenine.com. Terre. Es/personal/dueñas/pae 7 htm: 1,2,3. Consultado 28-10-10
- Fernández, F.C., Nuvel M.G. El proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos. Ed. Masson-Salvat 1993 p.p 115.
- García G.M.J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. una propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de Enfermería. Ed. Progreso S.A. 1997 pp. 19 y 20.
- González y Cols. Cuidados intensivos en el paciente séptico. Ed. Prado. 2002. pp. 256.
- Gutierrez, L.P Protocolos y procedimientos en el paciente crítico.Ed. Manual Moderno, 2010
- Luis R. M.T., Fernández F C, Navarro G.M.V. De la Teoría a la Práctica El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Ed. Masson S.A 2000, pp.
- Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Ed. Mosby
- Manual de la Enfermería. Ed. Oceano/Centrum p 1036 España
- May L.E. Quality of Nursing Care. Adress at meeting of Departament of Baccaalaureate and Higher Degree Programs of the New Jersey League for Nursing. 7 febrero, 1955, Seton Hall University, Newark, New Jersey,
- MEDICRIT Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica Beare.Myers, Enfermería Medico Quirúrgica. 3ª ed. Ed. Harcourt-Mosby
- Pérez y Cols. Hipertensión endocraneana. Disponible en neuroc99.sld.cu/text/hipertensionendoc.htm consultado el 28 noviembre 2010
- Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermeros. Ed. McGraw-Hill. p.p 18-22
- Sánchez, A,O Aplicación del proceso de Enfermería para los estudiantes: Factores que intervienen, en Enfermería clínica 2008, 8 (4): 5-1211-
- Zarranz Juan J. Compendio de neurología. Ed. Harcourt.

IX ANEXOS

ANEXO 1

ESQUEMA DE JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

1.- Necesidad: Nutrición e hidratación.	Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la nutrición relacionada con proceso infeccioso de abdomen manifestado por anemia. (Hb 10.5 mg/dl)
2.-Necesidad: Nutrición e hidratación	Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de desnutrición relacionada con incapacidad de alimentarse por sí mismo.
3.-Necesidad: Eliminación	Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación relacionada con sangrado de tubo digestivo bajo manifestada por posos de café.
4.-Necesidad: Eliminación.	Diagnóstico de Enfermería: Alteración urinaria relacionada con aumento de la filtración glomerular secundaria a uso de diurético manifestada por poliuria.
5.-Necesidad: Eliminación	Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección de Ventriculostomía relacionada con extravasación de liquido cefalorraquídeo
6.-Necesidad: Oxigenación.	Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de edema cerebral relacionado con la obstrucción de la ventriculostomía
7.-Necesidad: Eliminación.	Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación relacionada con fistula ventricular manifestada por salida de líquido seroso por pabellones auriculares.
8.-Necesidad: Eliminación.	Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación relacionada con herida abdominal dehiscente(apendicetomía),, manifestada por salida de liquido purulento

<p>9.-Necesidad: Eliminación.</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación relacionada con Ventriculostomía disfuncional manifestada por salida de líquido cefalorraquídeo.</p>
<p>10.-Necesidad: Nutrición e hidratación.</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Alteración del metabolismo de la glucosa relacionada con proceso infeccioso abdominal manifestado por hiperglicemia (188 mg/dl)</p>
<p>11.-Necesidad: Oxigenación</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con manejo inadecuado de secreciones manifestado por estertores crepitantes de predominio en hemitorax izquierdo.</p>
<p>12.-Necesidad: Oxigenación</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de broncoespasmo relacionado con la incapacidad de expectorar.</p>
<p>13.-Necesidad: Oxigenación</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Alteración del intercambio gaseoso relacionada con abundantes secreciones manifestada por hiperventilación, estertores bilaterales crepitantes y acidosis sin acidemia.</p>
<p>14.-Necesidad: Oxigenación</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Alteración del estado de conciencia relacionado con exeresis manifestado por somnolencia, Glasgow de 8 puntos, indiferencia al medio y rigidez (descerebración)</p>
<p>15.-Necesidad: Nutrición e hidratación</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la alimentación relacionado con obstrucción de la epiglotis secundaria a tubo endotraqueal, manifestado por incapacidad para masticar e ingerir los alimentos.</p>
<p>16.-Necesidad: Movimiento y postura</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Incapacidad para moverse relacionado con deterioro neurológico manifestado por pérdida de fuerza y masa muscular.</p>

<p>17.-Necesidad: Higiene y protección de la piel.</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: pérdida de la integridad cutánea relacionada con secreción en herida dehiscente en abdomen manifestada por irritación, eritema y salida de liquido purulento.</p>
<p>18.-Necesidad: Movimiento y postura.</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de hipotonía muscular relacionado con deterioro neurológico.</p>
<p>19.-Necesidad: Higiene y protección de la piel.</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Alteración en la integridad de la piel relacionada con multipunciones manifestada por hematomas en ambos brazos.</p>
<p>20.-Necesidad: Higiene y protección de la piel.</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de extravasación de líquidos relacionados con multipunciones</p>
<p>21.-Necesidad: Higiene y protección de la piel.</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de úlceras por presión relacionado con estancia hospitalaria prolongada e inmovilización secundaria a estado hemodinámico.</p>
<p>22.-Necesidad: Higiene y protección de la piel</p>	<p>Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de flebitis relacionado con multipunciones</p>

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN CON LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA

NOMBRE _____ EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO _____

SEXO _____ DOMICILIO _____

ACTUAL _____

PESO _____ ESTATURA _____ SCT _____ IMC _____

LUGAR DE ORIGEN _____ RADICACION _____

ANTERIOR _____

ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____

OCUPACIÓN ACTUAL Y PREVIAS _____

RELIGION _____

GRUPO ÉTNICO _____

IDIOMA _____

FAMILIAR A QUIEN AVISAR _____

ENFERMERA/O RESPONSABLE _____

LUGAR DE INGRESO: _____

FECHA DE INGRESO A LA UNIDAD _____

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL _____

INFORMACIÓN OBTENIDA POR: _____

MUJER: Menstruación _____ dismenorrea _____ historia de embarazo _____

Gesta Para Abortos Cesareas medidas de control de la natalidad examen de Papanicolaou _____

Otros problemas _____

1. NECESIDAD DE OXIGENACION

DATOS SUBJETIVOS:

Estilo de vida (sedentaria, activa) _____

Realiza sus actividades cotidianas sin fatigarse

(disnea) _____ Cuantos cigarrillos fuma al dia, desde cuando _____

Antecedentes de enfermedades cardiorespiratorias, dolor precordial, asma, taquicardia, hipertensión, anemia, varices.

DATOS OBJETIVOS:

Signos vitales:

FR _____

FC _____ T/A _____ PAM _____ PVC _____ T _____ SO₂ _____

Estado mental _____ Efecto farmacológico _____
Vía aérea: tipo de respiración: _____
Patrón respiratorio (Ritmo, profundidad, regularidad) _____

Datos de dificultad respiratoria _____
Tos/reflejo tusígeno _____
Espujo (características) _____
Ruidos respiratorios (lados derecho/izquierdo; disminuidos, ausentes, estertores – tipo- _____
Ventilación mecánica _____
Gasometrías _____
Radiografía _____

2. NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACION

DATOS SUBJETIVOS

Se alimenta solo _____ con ayuda _____
Horario y numero de comidas habituales _____
Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día _____
Preferencias o desagradados _____
Patrones de aumento / pérdida de peso _____
Suplementos ante la eliminación _____
Conocimiento de facturas que favorecen la digestión _____
Anorexia, náuseas, vomito, indigestión, hiperacidez _____
Medidas para purificar el agua: hierva, desinfecta garrafón _____
boca: capacidad para hablar, masticar y deglutir _____

DATOS OBJETIVOS

Revisión: peso _____ talla _____ Días de estancia en la UTI _____
Días de ayuno _____ Pérdida de peso _____
Pliegue de tríceps _____ circunferencia de brazo _____
Perímetro abdominal _____
Lengua: hidratación, úlceras, inflamación. _____ Encías: color, edema, hemorragia, dolor _____ pelo _____ uñas _____
Dientes: caries, prótesis, sensibilidad al frío o al calor _____
Labios: color, hidratación y grietas _____
Alimentación: parenteral _____ enteral _____
Sonda
orogastrica _____ nasogastrica _____ nasoyeyunal _____
Gastrostomía _____ yeyunostmia _____
parenteral _____
Tipo de dieta (liquida, blanda) _____
Piel y mucosas _____ tono muscular _____
Estudios de laboratorio: Hb _____ albumina sérica _____ transferrina _____
Leucocitos _____ BUN _____ Urea _____
Creatinina _____
TP _____ TTP _____ INR _____
Calorimetría _____ Na _____ Cl _____ k _____
Mg _____ Ca _____

- Balance de líquidos (ingresos) _____
 Utilización de diuréticos _____
3. ELIMINACIÓN
- DATOS SUBJETIVOS
- Ardor o dolor al evacuar _____ orinar _____
 Estreñimiento _____ hemorroides _____ dolor menstrual _____
 Ayudas, líquidos, alimentos, medicamentos, enemas _____
 Problemas de: distensión abdominal, urgencia, retención, incontinencia, infecciones _____
 Intestino: dolor, diarrea, flatulencias, heridas, estomas _____
 Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción anormal _____
- DATOS OBJETIVOS
- Frecuencia y cantidad en 24 horas heces _____
 orina _____
 Color, consistencia, heces _____ orina _____
 Movimientos peristálticos _____
 Sonda vesical (fecha de instalación) _____
 Colostomía (fecha de instalación) _____
 Exámenes específicos: tiras reactivas (densidad, pH, etc.) prueba de guayco _____
 General de orina _____ urocultivo _____
4. TERMORREGULACIÓN
- DATOS SUBJETIVOS
- Se protegen en los cambios de temperatura ambiente _____
 Sensibilidad extrema al frío o al calor _____
 Medidas físicas _____
- DATOS OBJETIVOS
- Temperatura _____ la piel se encuentra (Intacta, quemada –grado y localización--, lesionada, con edema, fría, _____
 Existe protección de cuerpo (bata, sábanas) _____
 La superficie corporal del paciente se encuentra (húmeda, mojada, seca)
5. DESCANSO Y SUEÑO
- DATOS SUBJETIVOS
- Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta _____
 Alteraciones por estados emocionales _____
 Uso de reductores de tensión _____
 Facilitadores del sueño, masajes, relajación, música, lectura, medicamentos _____
- DATOS OBJETIVOS
- Índice del sueño 1-10 _____
6. EVITAR PELIGROS
- Problemas de olfato, gusto, tacto, memoria, orientación.
- _____
- Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo _____

Auto examen de mama y testículos: _____

Hogar: características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamientos _____

Entorno físico, vecindario, presencia de peligros ambientales _____

7. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener: oral, higiene femenina, arreglo personal.

Aseo de dientes, manos, baño con qué frecuencia _____

Uso de algún producto específico, colonia, crema etc., _____

Revisión de la piel. Pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito, edema. _____

Mucosa oral, íntegra, deshidratada, hidratada _____

8. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Hábitos de actividad y ejercicios, en casa, en el trabajo y en el tiempo libre. _____

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura (ejercicios activos y pasivos para mejorar tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado) _____

Limitaciones para la deambulación: _____

Postura habitual en relación con el trabajo _____

Dolor muscular, inflamación de articulaciones, defectos óseos.

Revisión: capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos, fuerza, presión, marcha, utilización de aparatos. _____

9. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Distingue relaciones de higiene personal y salud _____

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse _____

Hábitos sobre la higiene personal y vestido _____

Utiliza ropa limpia con qué frecuencia _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos _____

Relaciones con la familia y otras personas _____

Utilización de mecanismos de defensa (agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc.) _____

Limitaciones físicas que interfieren en su comunicación. _____

Contactos sociales frecuentes satisfactorios _____

Facilidades de la relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad _____

11. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conocimiento sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital _____

Conocimiento sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento, y auto cuidado que necesita.

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad.

Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida.

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. _____

12. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Intereses, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre _____

Ultima vez que participo en actividades de este tipo _____

El uso de su tiempo libre le produce satisfacción _____

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan _____

13. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión _____ ritos que debe practicar de acuerdo a su religión _____ frecuencia: _____

Valores que ha integrado a su estilo de vida _____

14. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Historia laboral, tipo de trabajo, duración _____

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto _____

La enfermedad que tipo de problemas le ha traído _____

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo se solicito por escrito en tiempo y forma el consentimiento informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ENFERMEÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO**

SEDE: HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE/ FAMILIAR
P R E S E N T E

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

Se le solicita consentimiento para la realización de un estudio de caso, de la especialidad de enfermería del adulto en estado crítico con sede en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” que consiste en el seguimiento de su padecimiento, con la única finalidad de registrar datos de sus signos y síntomas de acuerdo con la evolución de su enfermedad.

Los procedimientos que se le realizarían serían únicamente valorar sus signos vitales, y efectuar revisiones periódicas de su evolución la cual consistiría en exploración física, diariamente en el lapso de una semana aproximadamente. Que son totalmente inofensivas, no hay molestias, ni riesgos por estas valoraciones. Esto me permitirá tener un seguimiento de su padecimiento, y así poder evaluar la importancia de los cuidados de enfermería, que en un futuro se podrían proporcionar a otras personas que padezcan su misma enfermedad.

Todas las dudas que tuvieran Ud. o su familia de las acciones que realizaría serán aclaradas antes de proceder. Explicando ampliamente. Que en el momento que ud. o su familiar responsable lo decida, deja de participar en el estudio. Y que siempre se mantendrá la confidencialidad de Ud. y de la información relacionada con su privacidad, autorizando en su caso la publicación de los resultados. Y que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará su nombre o revelará su identidad.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se le aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a su participación en el proyecto,

Acepto participar en el estudio titulado: estudio de caso de la especialización de Enfermería del Adulto en Estado Critico

Nombre y firma del paciente o responsable

Nombre, y firma del testigo 1
Relación que guarda con el paciente

Nombre, y firma del testigo 2
Relación que guarda con el paciente

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal

DERECHOS DE LOS PACIENTES

- **Recibir atención médica adecuada.** La atención debe ser proporcionada por personal preparado de acuerdo a las necesidades del paciente y a las circunstancias particulares; a su vez, se debe informar a la persona cuando sea necesario que se le canalice con otro especialista.
- **Recibir trato digno y respetuoso.** Médico, enfermera y personal del área de salud deben respetar las convicciones personales y morales del paciente, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género e intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente..
- **Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.** El paciente o, en su caso, el responsable, tienen derecho a que el médico le brinde información completa sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento; el especialista debe expresarse en forma clara y comprensible, además de indicar cuál es el estado del paciente con apego a la realidad.
- **Decidir libremente sobre el tipo de atención.** El paciente o su responsable tiene derecho a aceptar o rechazar, de manera personal y sin presión alguna, cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas de supervivencia en pacientes terminales.
- **Otorgar o no consentimiento válidamente informado.** El paciente o su responsable tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos a procedimientos que impliquen un riesgo. Lo anterior incluye la participación del paciente en estudios de investigación o donación de órganos.
- **Ser tratado con confidencialidad.** Toda la información que el paciente exprese al médico debe manejarse con estricta confidencialidad y no divulgarse, salvo que exista autorización para dicho fin. Esto incluye aquellos datos que puedan ser de utilidad en investigaciones.
- **Contar con facilidades para una segunda opinión.** El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionado con su estado de salud.
- **Recibir atención médica en caso de urgencia.** Cuando está en peligro un órgano, una función o la vida, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
- **Contar con un expediente clínico.** El conjunto de datos relacionados con la atención médica que reciba el paciente debe escribirse en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente. El paciente puede solicitar un resumen clínico.
- **Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica.** El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención que ha recibido de parte de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para resolver un conflicto con el personal de salud.

ANEXO 5

DERECHOS DE LAS ENFERMERAS:

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

ANEXO 6

CODIGO DE ETICA.

- 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 afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- 3.- Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que 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 la atención, 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 el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.