



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL ADULTO
EN ESTADO CRÍTICO

**ESTUDIO DE CASO A UNA PERSONA CON MALFORMACIÓN DE
LA UNIÓN CRÁNEO - CERVICAL ARNOLD CHIARI TIPO I,
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

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

PRESENTA:

LIC. DIANA SARABIA SOLIS

Ced.: 6469882

ASESORA:

LIC. MAGDALENA CASTILLO PEREZ

COORDINADORA:

E.E.N LAURA ORALIA TORRES LOPEZ



AGOSTO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado en el transcurso de la Especialidad, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobretodo felicidad.

A la Lic Magdalena Castillo Pérez, E.E.N Laura Oralia Torres López y E.E.N Verónica Balcazar Martínez, asesoras de esta Tesina por todas sus enseñanzas en Metodología de la investigación y correcciones, que hicieron posible la culminación de este Estudio de Caso.

A la ENEO por todas las enseñanzas de la Especialidad en Enfermería del Adulto en Estado Crítico por lo que fue posible obtener los aprendizajes significativos de sus excelentes maestros.

Al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, por haberme brindado la oportunidad de ser una Especialista y así brindar los cuidados especializados de enfermería con calidad profesional.

Dedicatorias

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño.

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida.

Gracias por todo mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre has estado apoyándome.

A mi papá que aunque ya no se encuentre con nosotros físicamente, siempre estará presente en mi corazón, por haber creído en mí hasta el último momento.

A mis hermanas Gabriela y Guadalupe Sarabia Solis por su apoyo incondicional, su compañía y voto de confianza en cada momento de mi carrera profesional. A mis cuñados, sobrinas y sobrinitos por estar siempre conmigo.

INDICE

1.	Introducción	4
2.	Justificación.....	5
3.	Objetivo General.....	5
	3.1 Objetivo Específico.....	5
4.	Fundamentación.....	6
	4.1 Antecedentes.....	6
5.	Marco Conceptual.....	7
	5.1 Conceptualización de Enfermería.....	7
	5.2 Metaparadigma.....	8
	5.3 Teoría de Enfermería.....	10
	5.4 Proceso Atención de Enfermería.....	14
	5.5 Patología.....	17
6.	Metodología.....	26
	6.1 Estrategias de Investigación.....	26
	6.2 Selección del Caso y Fuentes de Información.....	26
	6.3 Consideraciones Éticas.....	27
7.	Presentación del Caso.....	28
	7.1 Descripción del Caso.....	28
8.	Aplicación del Proceso de Enfermería.....	31
	8.1 Valoración.....	31
	8.2 Jerarquización y Priorización del Problema.....	38
	8.3 Diagnósticos de Enfermería.....	39
	8.4 Problemas Interdependientes.....	39
	8.5 Planeación Ejecución y Evaluación de los Cuidados.....	39
	8.6 Evaluación del Proceso.....	39
9.	Plan de Alta.....	56
10.	Conclusiones.....	60
11.	Anexos.....	61
12.	Bibliografía.....	76

1. Introducción

Virginia Henderson menciona: *“La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o en recuperación (o su muerte tranquila): tarea que el individuo realizará por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios; y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible.”*¹

Para el profesional de Enfermería se hace sumamente importante la aplicación del proceso de atención de enfermería como un método, que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biopsicosocio-cultural y espiritual.

Con la aparición del proceso de enfermería, en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica, así como evidenciar sus experiencias al dar cuidado; el enfoque procedimental cambió hacia el de una práctica basada en el conocimiento científico.

La patología de Arnold Chiari es una enfermedad de carácter progresivo, calificada como enfermedad rara dada su baja morbilidad en la población en general que fundamentalmente, actúa sobre el sistema nervioso central, deteriorando como consecuencia de ello la calidad de vida de las personas si no es diagnosticada precozmente y si no es aplicada la técnica quirúrgica adecuada.

Es por ello que el presente trabajo se llevó a cabo teniendo la finalidad de estudiar las intervenciones de Enfermería Especializada a una persona con Malformación de la unión Cráneo – Cervical Arnold Chiari Tipo I, en los servicios críticos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez, mediante una valoración de enfermería, utilizando el modelo de desarrollo de las catorce necesidades de Virginia Henderson, jerarquizarlas y realizar diagnósticos de enfermería con el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) y poder dar una intervención de enfermería especializada a sus necesidades alteradas, y con esto pudimos cumplir los objetivos establecidos satisfactoriamente.

¹ Fernández FC, Garrido AM, Santo Tomás PM, Serrano MD. Enfermería Fundamental. Masson; Barcelona; 2000.

2. Justificación

La malformación de la unión Cráneo – Cervical Arnold Chiari Tipo I es una malformación rara y congénita del sistema nervioso central que consiste en un descenso del cerebelo induciéndose este en el canal medular, incapacitante que afecta al 0.5% de la población, siendo el 80% mujeres.²

Se busca un aprendizaje efectivo y relevante que se traduzca en cambios conductuales, que tenga un impacto personal, familiar y social en el cuidado de su salud, valorando la identificación y el control de los factores de riesgo modificables para prevenir en que las personas hospitalizadas se vean expuestas en peligro de muerte.

Por lo que este estudio de caso está basado en principios científicos para el cuidado del paciente en estado crítico con base en sus necesidades y problemas de salud.

3. Objetivo General

Realizar un estudio de caso a una persona con Malformación de Arnold Chiari Tipo I, basado en el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson, para proporcionar cuidados especializados de enfermería en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, con la finalidad de reducir las repercusiones biopsicosociales derivadas de dicha enfermedad y mejorar la calidad de vida de la persona.

3.1 Objetivos Específicos

En base a la valoración de las catorce necesidades de Henderson establecer diagnósticos de enfermería con el formato PES y jerarquizarlos.

Elaborar un plan de atención especializado en las necesidades alteradas para poder establecer un cuidado integral al paciente.

Capacitar a la familia a fin de que pueda brindar los cuidados específicos en el hogar al paciente con malformación de Arnold Chiari Tipo I.

Disminuir la evolución del cuadro agravante de la sintomatología, tratar las discapacidades físicas y abordar a la persona en todas sus esferas biológicas, psicológicas y sociales, mediante intervenciones combinadas, médicas y psicológicas.

² Martí I, Garcia A, Prats JM. Malformación de Chiari tipo I y siringomielia reversible. Neurología 2003 Mar; 18(2):101.

4. Fundamentación

4.1 Antecedentes

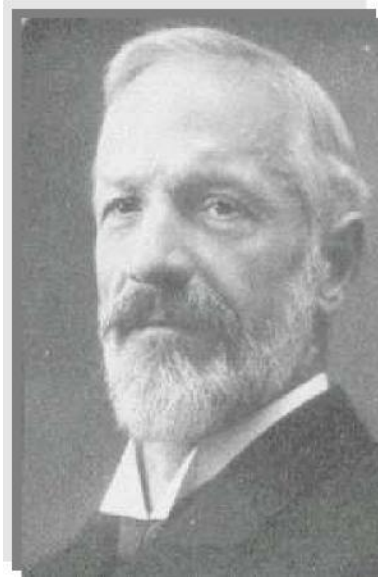
La malformación de Arnol-Chiari consiste en un desplazamiento de la porción caudal del cerebelo y del tronco cerebral, que se encuentran situados por debajo del foramen magno, su causa es desconocida sin embargo se ha sugerido que la malformación ocurre durante el desarrollo temprano del embrión, históricamente se ha considerado como una patología puramente congénita.

El Chiari tipo I no es un síndrome nuevo. En 1883 John Cleland describe por primera vez una malformación congénita del cerebro y el cerebelo con herniación de la medula espinal. En 1985 presenta el resultado de la autopsia de 9 niños, en donde describe los hallazgos necróticos que presentaban características de lo que hoy conocemos como malformación de Chiari Tipo II (CH-II), donde el IV ventrículo y el tronco del encéfalo estaban enlongados y se situaban en el raquis cervical superior.³ En 1891 el patólogo austriaco Hans von Chiari describía tres tipos de anomalías de encéfalo, todas ellas asociadas a hidrocefalia, donde describe 24 casos de los cuales 14 de ellos presentaron lo que el autor definió como malformaciones tipo I caracterizados por la existencia de una herniación de las amígdalas y de la parte media del lóbulo inferior del cerebelo en el canal cervical superior. Y la malformación denominada tipo III, era la existencia de un encefalocele cráneo-cervical en el que el cerebelo se herniaba, del cual solo presento un caso en un recién nacido afectado de espina bífida. En 1896 en su trabajo definitivo Chiari añade a la clasificación una cuarta anomalía (tipo IV) que se define por la existencia de una hipoplasia del cerebelo.

Tres años después de lo que Chiari en 1891 describe, el patólogo alemán Arnold en 1894 da a conocer los hallazgos de un único paciente, un recién nacido con malformaciones viscerales múltiples (existencia de una herniación del cerebelo y del IV ventrículo en el canal cervical). Chiari cita a este autor en su trabajo de 1896. Es a partir del trabajo de Carmel y Markesberry publicado en 1972 cuando todo este proceso se engloba en la “Conspiración” para incorporar el nombre de Arnold Chiari para englobar a todas estas anomalías.

³ Carmel PW, Markesberry WR. Early descriptions of the Arnol-Chiari malformation: the contribution of John Cleland. J Neurosurg 1972;37:543-547

Figura 1. Hans Chiari
Profesor en el Instituto
de Patología de Praga.
El trabajo por el que
fue conocido como
Malformación de Chiari
se publicó en Deutsche
Medizinische
Wochenschrift en 1891
y se titulaba
“Concerning alterations
in the cerebellum
resulting from cerebral
hydrocephalus”



Epidemiología: La incidencia de esta patología en la resonancia nuclear magnética (RNM) está entre 0.56% y 0.77%, y entre un 15% y un 30% de estos pacientes está asintomático. La ectopia de amígdalas también se ha visto en un 0.62% de autopsias.

Esta patología es más frecuente en mujeres con una ratio 3:1. La edad de inicio de los síntomas es de unos 25 años (\pm 15 años) con un diagnóstico 5 años después.

Existe una fuerte asociación entre la malformación de Chiari del Adulto (MCA) y siringomielia. Entre un 30%- 50% de Chiari tipo I y un 45%-90% de Chiari tipo II tienen siringomielia asociada; y hasta un 70% de siringomielias tienen asociado un problema de fosa posterior. El sirinx asociado a MCA es habitualmente cervical ó cervico-torácico.⁴

5. Marco Conceptual

5.1 Conceptualización de Enfermería

Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano amplio, compensativo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano.

Nightingale, 1859 menciona; la enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de la persona y tiene que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella.

Baldera 1998; define la enfermería como el conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de la salud, diagnósticos de enfermería, tratamiento y rehabilitación. Esto propone atención directa, investigación, docencia y administración como funciones generales.

La definición de la American Nurses Association en 1980 menciona; la enfermería es el proceso de diagnóstico y tratamiento de respuesta humana a problemas de salud real y probable.

⁴ Fernández C.V; Malformación de Chiari en Adultos;Neurología Contemporánea, Vol. 1; Núm 3;Junio 2007.

Enfermería es considerada como CIENCIA, en tanto que posee un cuerpo organizado de conocimientos abstractos (teorías) al que se llega mediante la investigación científica y el análisis lógico. Y como ARTE cuando en la práctica de los cuidados enfermeros, de forma ética, creativa e imaginativa, usa este cuerpo de conocimientos en servicio de los seres humanos y de sus necesidades de salud.

Enfermería es a la vez una disciplina y una profesión:

Como **profesión** se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos.

Como **disciplina** es un terreno del conocimiento, un cuerpo del conocimiento que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud.

Disciplina profesional orientada hacia la práctica.

5.2 Metaparadigma

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

Mientras que disciplinas como la física, la fisiología, la sociología y la historia son llamadas teóricas, otras, como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales, es decir, que están ante todo orientadas hacia una práctica profesional.⁵ Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale (1969).

Según los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991), se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.

Paradigmas de la categorización: según el paradigma de la categorización, los

⁵ Kérouac S, Pepin J, Ducharme A, Major Francie, El Pensamiento Enfermero, El sevier , 1ra edición, España 2007

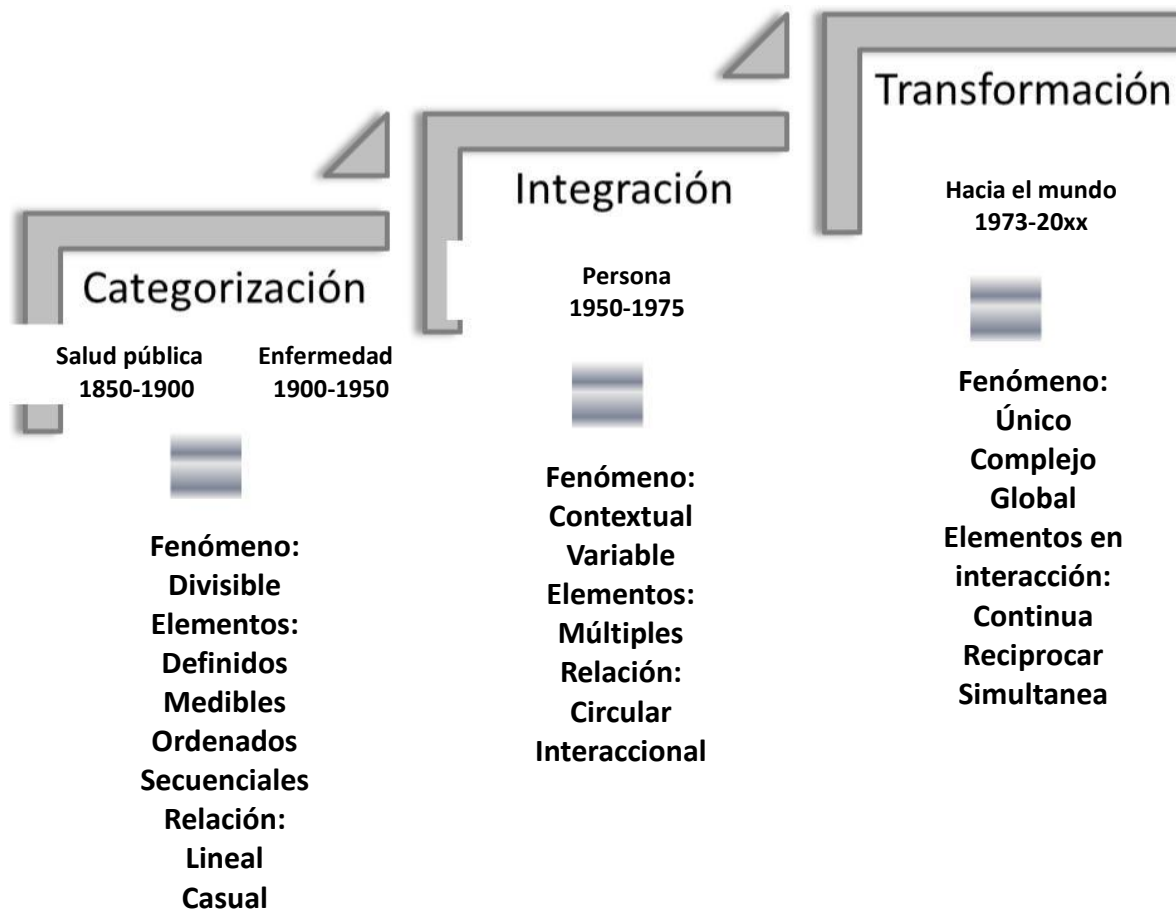
fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Paradigma de Integración: Prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

Paradigma de la Transformación: Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente.

Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad más grande, el mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.

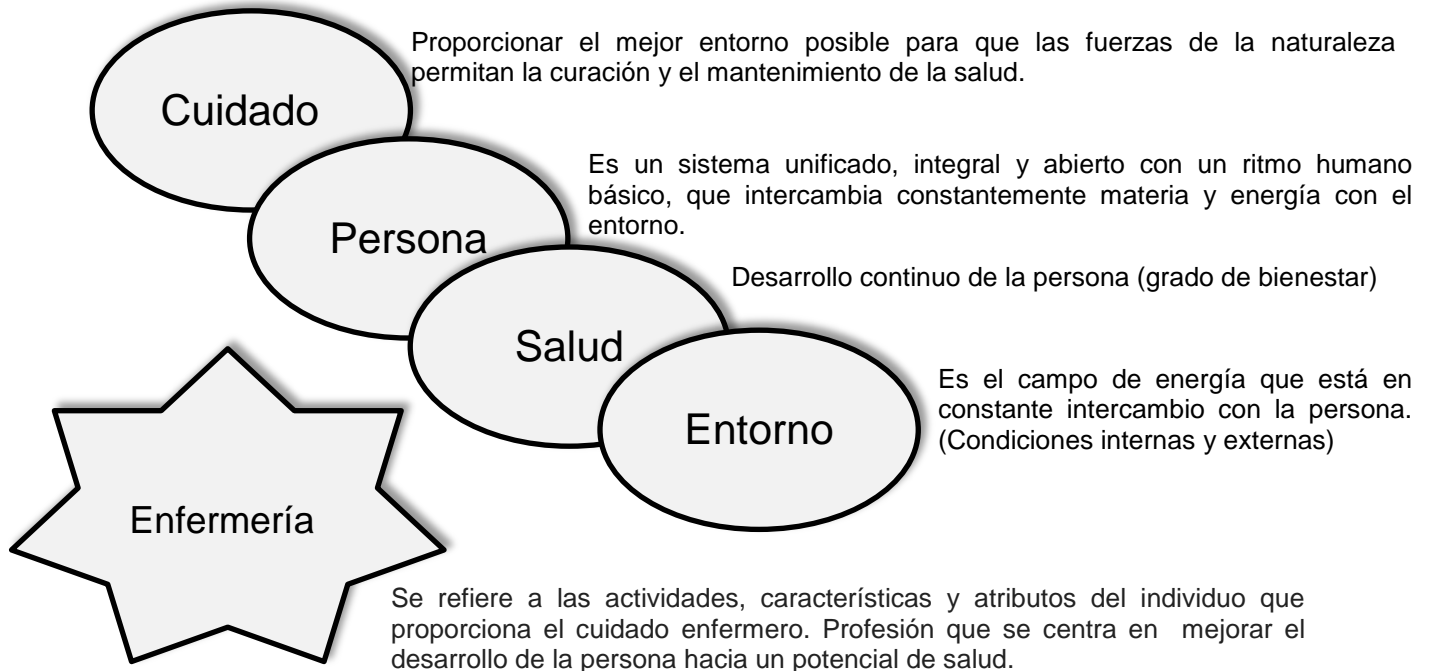
Las corrientes del pensamiento en las orientaciones de la disciplina enfermera.



Fuente: Teorías y Modelos de Enfermería, Bases Teóricas para el Cuidado Especializado; Antología 2a. edic. UNAM Posgrados; México D.F. Abril 2009.

Factores del Metaparadigma

La relación particular entre el concepto cuidado, persona, salud y entorno constituyen el núcleo de la disciplina de enfermería.



5.3 Teoría de Enfermería

Modelo de enfermería de Virginia Henderson

Virginia Henderson, nació en 1897 en Kansas city, en 1921 se graduó y aceptó un puesto en el Henry Street Visiting Nurse Service de New York, en 1929 ocupó el cargo de supervisora pedagógica en las clínicas Strong Memorial Hospital de Rochester.

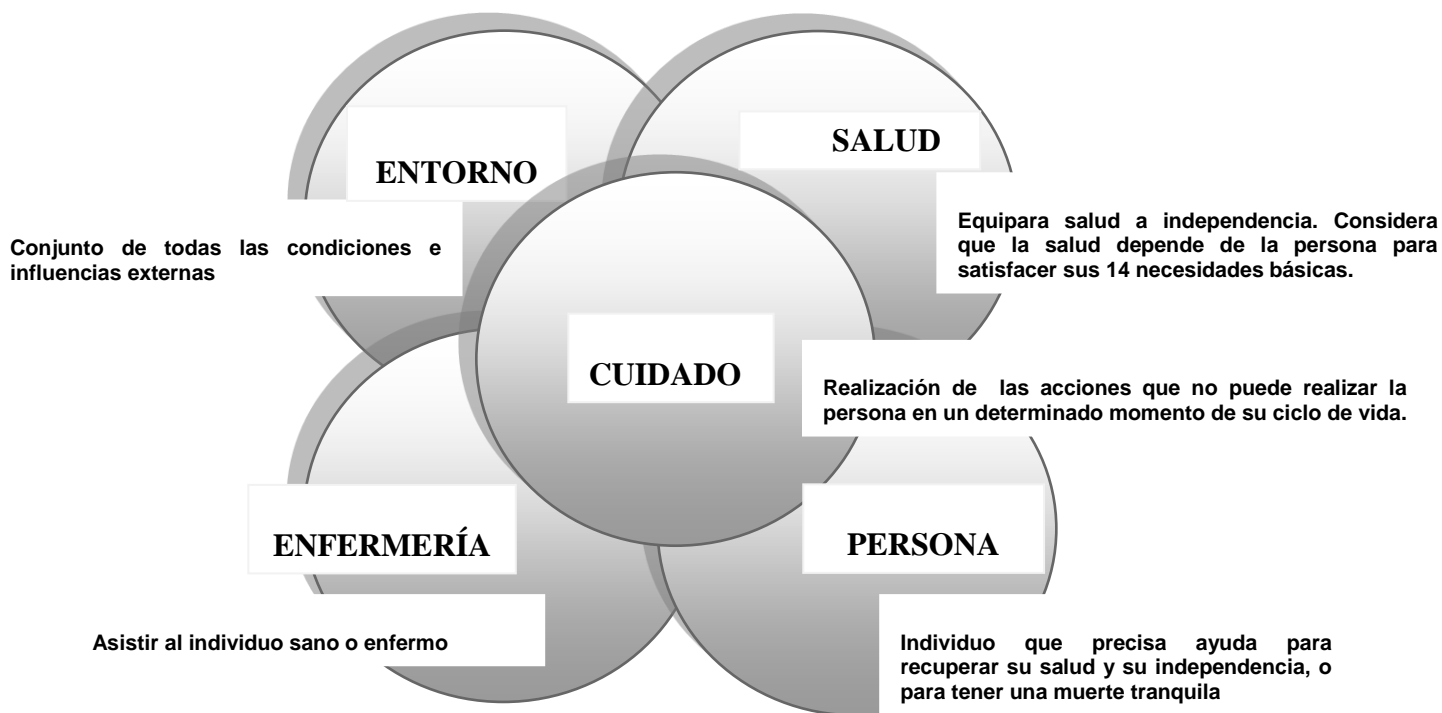
En 1960, se publicó su folleto Basic Principles of Nursing Care para el internacional Council of Nurses. Henderson falleció de muerte natural en Marzo de 1996, a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.⁶



⁶Campo MA, Espinalt MA, Fernández C, Oriach MR y Viladot A. Proceso de Enfermería y Valoración. Barcelona: Multimédica; 2000.

El modelo de Virginia Henderson, está influido por la corriente de pensamiento de la integración, se incluye dentro de la escuela de las necesidades. Las componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano.

Postula que todos los seres humanos tienen catorce necesidades básicas. Estas necesidades, que son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene suficientes conocimientos para ello, deben ser satisfechas para que la persona pueda adquirir la independencia a la que aspira.



Funciones de enfermería.

1. Ayuda a la persona sana y enferma.
2. Actúa como miembro del equipo sanitario
3. Actúa independiente del médico pero colabora con él.
4. Realiza diagnósticos y tratamientos de enfermería.
5. Aprecia las necesidades básicas humanas.
6. La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.

Relaciones enfermera – paciente 3 niveles:

1. Sustituye al paciente en la falta de fuerza física, psicológica, o la ausencia de conocimientos del mismo.
2. Ayuda al paciente a recuperar su independencia.
3. Es compañera del paciente, colaborando ambos estrechamente en su tratamiento.

Relación enfermera – médico

1. Función distinta al médico, basada en el desarrollo de planes de cuidados del paciente.
2. No obstante ambas funciones se solapan con frecuencia
3. La enfermera, como miembro del equipo sanitario, trabaja en colaboración y con independencia de otros profesionales sanitarios.

De acuerdo a la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con un componente biológico, psicológico, social y espiritual, que tiene catorce necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- 1.- Necesidad de oxigenación
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación
- 3.- Necesidad de eliminación
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- 5.- Necesidad de descanso y sueño
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- 7.- Necesidad de termorregulación
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel
- 9.- Necesidad de evitar peligros
- 10.- Necesidad de comunicarse
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse
- 13.- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas
- 14.- Necesidad de aprendizaje

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crear y desarrollarse a lo largo de su vida.⁷

Niveles de dependencia e independencia

Dependencia.- Es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades básicas y por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las mismas.

Independencia.- Capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

⁷ Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 1998.

Niveles de motivación de Independencia

La ausencia total de motivación
La motivación suscitada por miembros del equipo de cuidados
La motivación producida por el miedo
La motivación intrínseca

Niveles de Dependencia

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

Fuentes de Dificultad

Son los obstáculos o las limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

Falta de Fuerza	No solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a términos las acciones pertinentes a la situación lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
Falta de Conocimientos	En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
Falta de Voluntad	Entendida como incapacidad o limitación de las personas para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

5.4 Proceso de Atención de Enfermería

El desarrollo del cuidado integral a los pacientes, implica un cambio en las funciones clásicas del enfermero y la incorporación de nuevos conocimientos que le capacite para dar respuestas a los problemas de la salud del individuo y de la sociedad a quien pertenece.

Existe una forma sistemática y ordenada de determinar los problemas de un individuo, formando planes para resolverlos, llevando acabo esos planes y evaluando su eficacia mediante el proceso de atención de enfermería (P.A.E.)⁸, el cual se compone de:

Valoración: Es la primera fase y la que determinará las posteriores. En ellas se llevan a cabo la recolección y ordenación de datos.

La recolección de datos comienza en el ingreso del paciente y sigue en cada una de las fases del proceso. Los métodos que se usan son: la integración, la observación y el examen físico. La ordenación de los datos se hará tratando de descubrir aquellas necesidades del individuo que no están atendidas y que inciden sobre su salud. A saber:

⁸ Iyer, P.W. Taptich, B.J. Proceso y diagnóstico de enfermería;3a. edición. México. McGraw Hill-Interamericana, 1997

Necesidades fisiológicas (oxigenación, nutrición, eliminación, ventilación, termorregulación, etc.).

Necesidades de bienestar, seguridad y comodidad (higiene, intimidad, situación analgésica, reposo-sueño, etc.).

Necesidades de afecto y autoestima (atención, visitas, independencia, etc.).
Necesidades que también estarán determinadas por el nivel de crecimiento y el desarrollo individual.

Diagnóstico: Es un enunciado de los problemas reales o potenciales del paciente, que requieren de la intervención de enfermería, con objeto de resolverlos o minimizarlos.⁹

Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo y/o de salud:

Diagnostico Real: Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, datos objetivos y subjetivos) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas. Para escribirlos, se aconseja un formato en tres partes, donde el problema se une a la causa mediante la fórmula:

Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos

Diagnóstico de Riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables, se apoya en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Al escribirlo debe anteponerse la frase <riesgo de> y se acomoda el formato en dos partes:

Problema r/c factores de riesgo (causa)

Diagnóstico de Salud: Describe respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial para alcanzar un grado superior. Este tipo de diagnóstico tiene un solo componente:

Situación de salud a mejorar

En los dos primeros casos (DxE reales y de riesgo) es importante identificar la causa que lo provoca o que contribuye a ellos, ya que en la medida en que ésta pueda eliminarse o reducirá se controlará) no obstante, en los diagnósticos de salud no es preciso identificar la causa, dado que ésta es irrelevante para nuestros propósitos.

⁹ Iyer, P.W. Taptich, B.J. Proceso y diagnóstico de enfermería;3a. edición. México. McGraw Hill-Interamericana, 1997

Planificación: Es determinar la estrategia que se va a seguir.

**PLANIFICACIÓN = ESTABLECER PRIODIDADES + IDENTIFICAR
OBJETIVOS + PLANIFICAR CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

La planificación de los cuidados abarca todas aquellas acciones que el enfermero planea hacer para ayudar al paciente a conseguir un determinado objetivo. Deben escribirse por escrito un plan de cuidados y enumerarlas de forma progresiva. Debe iniciarse de forma precisa su frecuencia y no centrarse en aspectos puramente curativos; si no abarcando todas las etapas del ciclo salud-enfermedad: prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

Ejecución: Una vez que se han desarrollado los planes de cuidados de enfermería, la siguiente etapa es llevarlos a la práctica. Al ejecutar la acción, enfermería puede proporcionar cuidados directamente al paciente o participando en actividades indirectas que contribuyan a estos cuidados.

Evaluación: Esta es la última etapa del proceso y sirve para comprobar si se consiguieron los objetivos buscados. En caso afirmativo fue algo satisfactorio y muy bueno para el paciente, en caso negativo habría que revisar el proceso y detectar en qué fase falló y realizar las modificaciones oportunas.

5.5 Patología

Definición: La malformación de Arnold Chiari es una enfermedad generalmente congénita, que consiste en una alteración anatómica de la base del cráneo, en la que se produce herniación del cerebelo y del tronco del encéfalo a través del foramen magnum hasta el canal cervical.¹⁰

La Clasificación comprende de cuatro subtipos:	
Malformación de Chiari tipo I	<p>Herniación caudal de las amígdalas cerebelosas mayor de 5mm por debajo de foramen magnum. Característicamente está asociada a hidrosiringomielia. No suele acompañarse de descenso del tronco del encéfalo o del cuarto ventrículo ni de hidrocefalia.</p> <p>Solo están descendidas las amígdalas.</p>
Malformación de Chiari tipo II	<p>Herniación caudal a través del foramen magnum del vermis cerebeloso, tronco del encéfalo y cuarto ventrículo. Se asocia con mielomeningocele e hidrocefalea, y de forma menos frecuente con hidrosiringomielia. Se pueden observar otros tipos de alteraciones intracraneales (hipoplasia del tentorio, craneolacunar, anomalías del conducto de Silvio). Descienden las amígdalas más la parte inferior del vermis e incluso la parte inferior del IV ventrículo. Se asocia siempre a espina bífida abierta e hidrocefalia, aparece en niños.</p>
Malformación de Chiari tipo III	<p>Consiste en un encefalocele occipital con parte de las anomalías intracraneales asociadas al Chiari II.</p> <p>Todo el cerebelo esta descendido y existe encefalocele occipital.</p>
Malformación de Chiari tipo IV	<p>Aplasia o hipoplasia del cerebelo asociada con aplasia de la tienda del cerebelo.</p> <p>Hipoplasia del cerebro.</p>

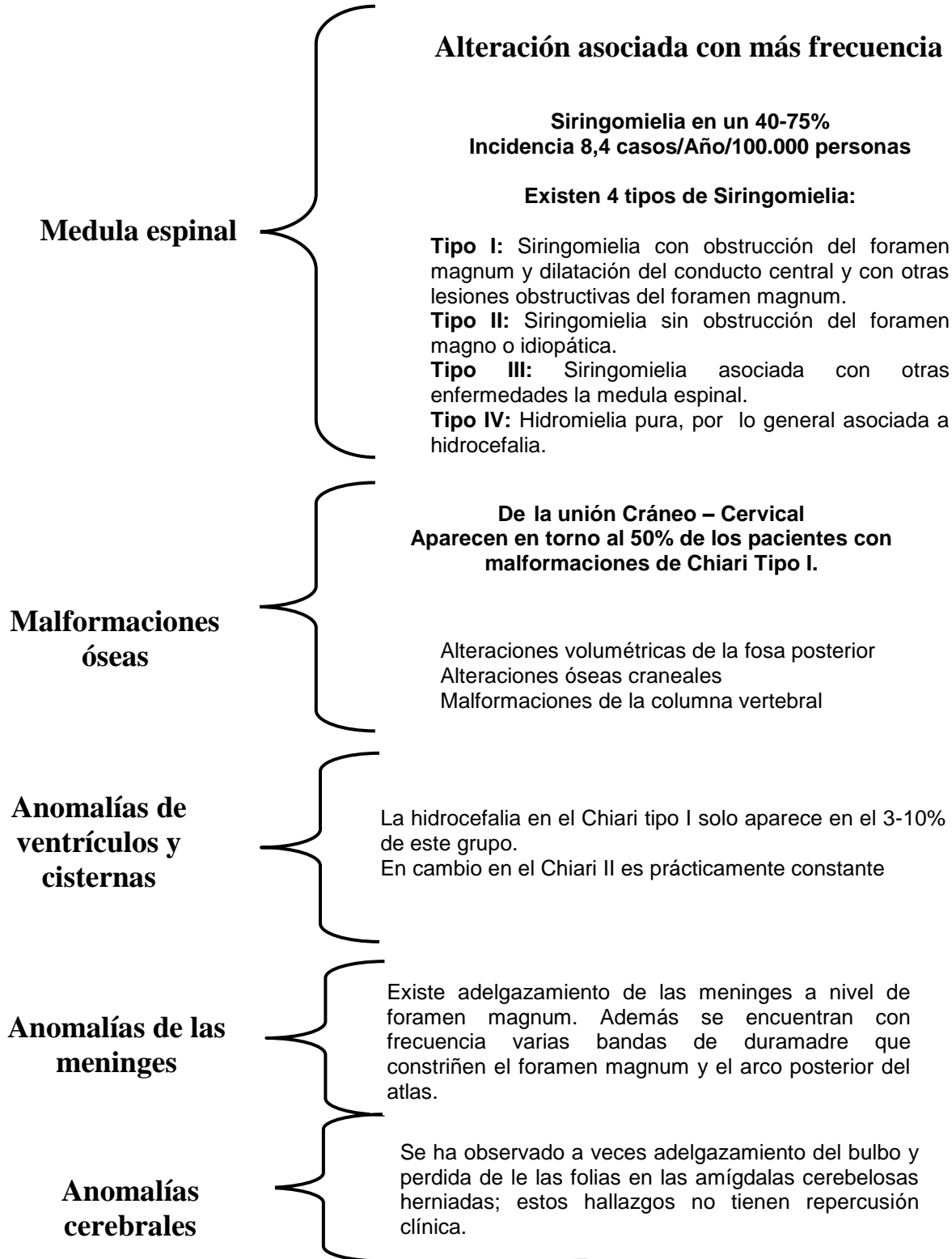
En la actualidad se distinguen dos entidades:

Chiari tipo I: Se representa clínicamente en la edad adulta.

Chiari tipo II: Se presenta en niños asociados con espina bífida e hidrocefalia. Los síntomas experimentados por personas con malformación de Arnold Chiari pueden ser muy variados. Los síntomas iniciales pueden ser vagos y variables.

¹⁰ Martí I, García A, Prats JM. Malformación de Chiari tipo I y siringomielia reversible. Neurología. 2003

Existen muchos síntomas que son vagos, por ello muchas veces son mandados a psicólogos o psiquiatras al tener un cuadro tan amplio y tan evidente. La mayoría de los síntomas se relacionan con la compresión de los nervios craneales más bajos o las estructuras del tronco cerebral. La malformación de Arnold Chiari Tipo I, es sin duda la más frecuente puede coexistir con otras anomalías, que se clasifican en función de la zona afectada en:



Clínica: La sintomatología del Chiari comienza en la segunda o tercera década (entre los 25 y 45 años), aunque suele aparecer en forma más temprana en pacientes con siringomielia. Los síntomas suelen ser de inicio insidioso y curso progresivo. Existen muchas variaciones clínicas entre los pacientes, pues hay algunos asintomáticos y otros con manifestaciones clínicas inespecíficas o signos neurológicos graves. A veces la clínica comienza de forma brusca tras una hiperextensión del cuello por manipulación dentaria o quiropráctica, intervención quirúrgica, trauma cervical o maniobra de Valsalva.¹¹

Síntomas	
Secundarios a alteración de la dinámica del líquido cefalorraquídeo	<p>Cefalea suboccipital en un 60 – 70%, opresiva y aumenta con maniobras de Valsalva.</p> <p>Cervicalgias caracterizadas por carácter de distribución radicular, localizadas en los hombros, nuca, pecho y extremidades superiores.</p> <p>Vértigos posicionales o desencadenados con el movimiento de cabeza.</p> <p>Acufenos y la presión en el oído, presencia de hipoacusia neurosensorial leve con vestibulopatía periférica.</p> <p>Síntomas oculares; diplopía, fotopsias, visión borrosa y fotofobia.</p>
Por compresión de la medula o del bulbo raquídeo	<p>Síntomas de compromiso de vías motoras, sensitivas o de pares craneales bajos.</p> <p>Debilidad o espasticidad en las 4 extremidades (44% extremidades superiores – 39% en extremidades inferiores).</p> <p>Parestesias en un 61%.</p> <p>Caídas bruscas sin pérdida de del conocimiento.</p> <p>Alteraciones esfinterianas.</p> <p>Apnea.</p> <p>Neuralgia del trigémino o del glosofaríngeo.</p> <p>Sordera neurosensorial.</p> <p>Bradycardia sinusal o palpitaciones.</p> <p>Síndrome cerebeloso 75%.</p> <p>Síndrome centromedular: debilidad segmentaria y atrofia de las manos, con arreflexia e hipoestesia disociada suspendida en tronco o extremidades. En la siringomielia, la cavidad se puede extender hacia los cordones laterales de la medula, lo que produce debilidad e hiperreflexia en extremidades inferiores, con compromiso de la sensibilidad táctil y síndrome de Horner, este último debido a alteración del haz intermediolateral a nivel C8, T1 y T2.</p>

¹¹ Rev. Med. Electrón. v.32 N.5 Matanzas sep.-oct. 2010 Hospital Provincial docente clínico quirúrgico José Ramón López Tabrane. Matanzas, Malformación de Arnold Chiari tipo I. Presentación de un caso.

Signos

Desde el punto de vista del fenotipo, hasta el 25% de los pacientes pueden tener el cuello corto o de toro. En los casos asociados a siringomielia, los pacientes pueden presentar levoescoliosis.

Primera motoneurona: hiperreflexia generalizada, espasticidad y Babinski. Predomina en extremidades inferiores.

Segunda motoneurona: atrofia, debilidad, fasciculaciones y arreflexia. Sobre todo en las extremidades superiores.

Sistema sensitivo: síndrome centro neuronal característico de la siringomielia.

Cerebeloso: nistagmo, ataxia y dismetría.

Pares craneales bajos: se afectan en un 15-25% de los casos. Se puede observar: parálisis de cuerdas vocales, debilidad de paladar blando, atrofia lingual, acalasia cricofaríngea, hipoestesia facial y ausencia de reflejo nauseoso (el signo más frecuente de compromiso de pares craneales bajos).

Fisiopatogenia: No existe una teoría universalmente aceptada que explique la malformación de Chiari y sus anomalías asociadas. Se ha comenzado a hablar de un factor genético en algunos subtipos de Chiari.¹²

Hay dos razones que apoyan la posibilidad de un factor genético.

1.- La asociación familiar: Se han observado de forma aislada casos de familias con varios miembros afectados en un 12%, sin embargo a pesar de estos casos no se pueden sacar conclusiones definitivas en torno a las sospechas de un componente genérico y una asociación familiar de esta entidad.

2.- Coexistencia con anomalías genéticas: Klippel – Feil o acondroplasia.

En la actualidad, se proponen varias teorías fisiopatogénicas respecto del complejo Chiari tipo I-siringomielia, aunque las más aceptadas refieren a un factor mecánico (fosa posterior excesivamente pequeña) y a una alteración del desarrollo embrionario.

Etiopatología

La malformación de Chiari del adulto es consecuencia de una desproporción cráneocefálica, dando lugar a ectopia amigdalár. Una fosa posterior pequeña es un hallazgo común en estos pacientes. Se han publicado casos de ectopia amigdalár adquirida en pacientes con una calota muy engrosada y craniosinostosis, consecuencia de un volumen intracraneal disminuido.

¹² Fernández C.V; Malformación de Chiari en Adultos; Neurología Contemporánea, Vol. 1; Núm 3;Junio 2007.

Asimismo, este mismo problema puede suceder en condiciones en que se incrementen los contenidos intracraneales, como en la hidrocefalia ó en las masas intracerebrales.

Fisiopatología

Existen diferentes mecanismos que provocan la sintomatología de Malformación de Chiari del Adulto (MCA).

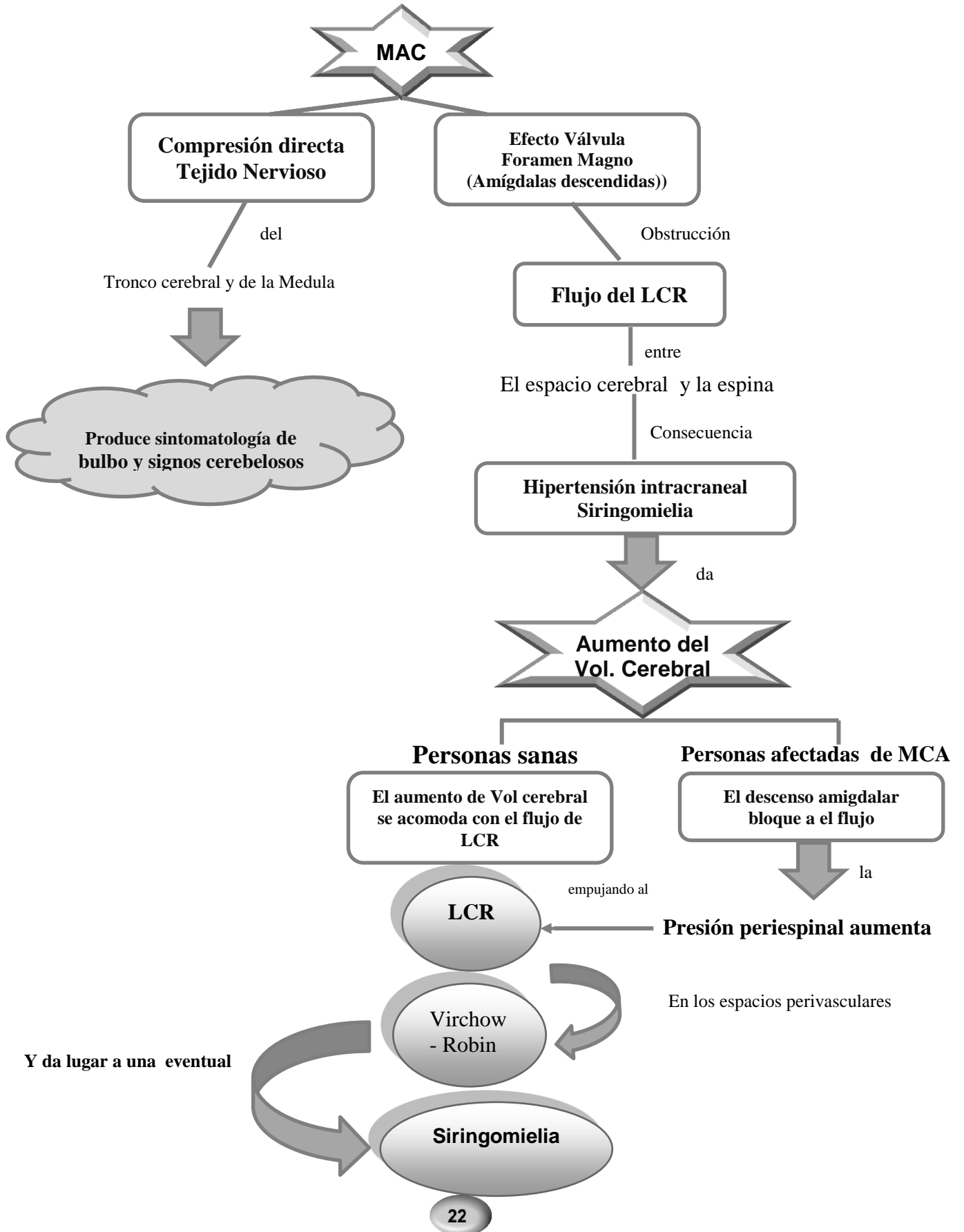
Están relacionados con la compresión directa de tejido nervioso o al efecto válvula causado en el foramen magno por unas amígdalas descendidas.

La compresión directa a nivel del tronco cerebral más bajo y de la médula produce sintomatología de bulbo y signos cerebelosos. El efecto válvula da lugar a una obstrucción intermitente del flujo de líquido cefalorraquídeo entre el espacio cerebral y espinal, teniendo como consecuencia la hipertensión intracraneal y la siringomielia. Con cada sístole, el volumen sanguíneo cerebral aumenta, dando lugar a un incremento del volumen cerebral. En individuos sanos este incremento se acomoda con el flujo de líquido cefalorraquídeo (LCR) desde el compartimento intracraneal al intraespinal. En pacientes afectados de MCA, el descenso amigdalar bloquea este flujo; produciendo que éstas sean empujadas caudalmente por el aumento de volumen cerebral en cada sístole. Este movimiento caudal actúa como un pistón en el espacio subaracnoideo alrededor la médula espinal. La presión periespinal aumenta, empujando el LCR en los espacios perivasculares de Virchow- Robin y dan lugar a una eventual siringomielia.

La obstrucción del flujo de LCR por el efecto valvular parcial y el desplazamiento del LCR desde los espacios estrechados de la fosa posterior dan lugar a una menor adaptación durante los cambios de presión, una complianza cerebral y de LCR alterada y a una hipertensión intracraneal. Esto explica la amplia gama de síntomas en la malformación de Chiari, alguno de los cuales no concuerda con una compresión del tronco cerebral más caudal o una siringomielia, pero se asemejan a los síntomas de una hipertensión intracraneal idiopática, por ejemplo, cefaleas occipitales, episodios de dolor retroocular y fenómenos visuales, síntomas similares a los de la enfermedad de Menière, y empeoramiento sintomático con esfuerzos y maniobras de Valsalva.¹³

¹³ Fernández C.V; Malformación de Chiari en Adultos; Neurología Contemporánea, Vol. 1; Núm 3;Junio 2007.

*** Fisiopatología ***



Diagnóstico: Técnicas de neuroimagen resonancia magnética (RM) ya que se realizan estudios volumétricos de la fosa posterior y estudios de dinámica de flujo. Los datos más frecuentes en estos pacientes son compresión del espacio subaracnoideo posterolateral al cerebelo, herniación de las amígdalas cerebelosas de al menos 5mm, reducción de la altura del supraoccipucio e incremento de la inclinación del cerebelo.¹⁴

El diagnóstico de siringomielia debe hacerse mediante una RM espinal completa (cervical, dorsal y lumbar). Las radiografías simples y la tomografía axial computarizada (TAC) se utilizan para el estudio de las anomalías óseas. Además la TAC craneal es útil para el control de la hidrocefalia.

Una vez diagnosticada la siringomelia o el Chiari tipo I, el paciente debe ser evaluado por el neurólogo y el neurocirujano que incluya además la realización de estudio del sueño y potenciales evocados, con el fin de valorar el grado de afectación y la severidad de la enfermedad.

Diagnóstico diferencial: Desde el uso generalizado de la resonancia magnética nuclear (RMN), se ha hecho posible diagnosticar un número creciente de casos de MCA. Algunos pacientes están asintomáticos y otros presentan síntomas que no son específicos de esta enfermedad. Esto es un arma de doble filo: pacientes con MCA no se diagnostican y se etiquetan de otra patología y, por otro lado, pacientes con un descenso en el límite de las amígdalas son sometidos a una descompresión de fosa posterior cuando realmente sus síntomas están causados por otra patología. El diagnóstico de MCA debería realizarse por exclusión. Se deberían descartar otras patologías con presentación similar antes de proceder a una descompresión. Algunas de las entidades con la que realizar el diagnóstico diferencial son:

Esclerosis múltiple: a veces se pueden confundir porque se presentan en los mismos grupos de edad y sexo y, además tienen síntomas muy parecidos.

Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica: El 57% de los pacientes con MCA presentan fatiga crónica y el 39% presentan pérdida de memoria (Milhorat et al.). Estas estadísticas explican el frecuente mal diagnóstico de pacientes con MCA etiquetados con estas patologías.

Alteraciones psicológicas: Los síntomas que presentan los pacientes con MCA pueden confundirse con facilidad con patologías psiquiátricas. De todos modos, los pacientes con MCA puede presentar paralelamente alteraciones afectivas debido a la naturaleza crónica de sus síntomas, el mal control con la medicación y la actitud escéptica de sus familiares, amigos y doctores.

Migraña: Las cefaleas que sufren los pacientes con MCA se pueden etiquetar fácilmente de migraña.

¹⁴ Revista neurocirugía; <http://www.rneurocirugia.com/?p=210>

Hipertensión intracraneal benigna (HIB): Estas dos patologías se pueden solapar. El 6% de los pacientes con HIB pueden tener las amígdalas cerebelosas descendidas. Los modelos experimentales de hipertensión intracraneal demuestran un descenso amigdalario secundario. Algunos pacientes con MCA tienen edema de papila e hipertensión intracraneal. Los síntomas de ambas entidades son similares.

Neoplasias medulares: Como los tumores medulares pueden presentar siringomielia y pueden tener síntomas similares, es necesario tener RNM panmedular con contraste para descartar esta patología.

Tratamiento: El tratamiento de MCA es mayoritariamente quirúrgico. De todos modos, no todo descenso amigdalario, siringomielia asociada a Chiari, o MCA sintomático, necesita ser intervenido. Hay que tener en cuenta los siguientes factores para la valoración riesgo-beneficio del tratamiento:

- Severidad y naturaleza de los síntomas
- La afectación de la calidad de vida
- La certeza de que los síntomas referidos por el paciente se deben al descenso amigdalario.
- Factores psicológicos asociados.
- La presencia de siringomielia sintomática.
- El porcentaje de complicaciones quirúrgicas del cirujano, y
- Los resultados a largo plazo del tratamiento quirúrgico del síntoma en concreto que se está tratando.

La decisión quirúrgica es individualizada, sobre todo porque los síntomas son muy subjetivos. En MCA asociada a siringomielia se sabe que la destrucción de tejido medular puede causar un daño neurológico irreversible. Hay evidencias recientes que sugieren tratamiento conservador para casos asintomáticos: ocho de nueve pacientes de la serie de Nishizawa permanecían sin síntomas tras 10 años de seguimiento. La cirugía está indicada en casos sintomáticos, especialmente si hay deterioro clínico o el paciente presenta síntomas invalidantes.

Tratamiento quirúrgico

El objetivo de la cirugía es restablecer el flujo normal entre los compartimentos craneal y espinal a nivel del foramen magno; aunque también hay neurocirujanos que opinan que el objetivo es agrandar la fosa posterior. La craneotomía descompresiva suboccipital ha sido la técnica de elección clásica, con numerosas modificaciones.¹⁵

Técnica quirúrgica: Se dice que la mejor técnica es la que incluye la craneotomía suboccipital, laminectomía de C1, apertura de duramadre y dura plástica. La laminectomía de C2 se reserva para casos en que el descenso de las amígdalas

¹⁵ Martí I, García A, Prats JM. Malformación de Chiari tipo I y siringomielia reversible. Neurología 2003.

llega al espacio C1-C2, otras variantes incluyen la incisión de la capa externa de la duramadre, dejando la interna intacta; la apertura de la aracnoides, la extirpación de las amígdalas ó la derivación del IV ventrículo. Para la duraplastia se han utilizado diferentes materiales, que incluyen fascia pericraneal autóloga, fascia lata, pericardio bovino y parches de material sintético.¹⁶

Complicaciones quirúrgicas

- **Fístula de LCR.** Puede ser fatal si da lugar a meningitis. Esta complicación podría evitarse realizando un cierre dural hermético con buen cierre de la fascia y piel. Se trata mediante drenaje lumbar y sellado de la cicatriz si persiste la fístula.
- **Pseudomeningocele.** Se puede evitar y tratar como si de una fístula se tratara. Si todos los métodos fallan, habría que re explorar la herida quirúrgica.
- **Infarto de tronco cerebral.** Puede ocurrir si se lesiona la arteria vertebral o la PICA. La arteria vertebral puede lesionarse durante la ndisección de C1. La PICA puede tener un origen extradural, pudiendo ser lesionada durante la exposición de la duramadre. También se puede lesionar durante la disección intradural. Para prevenirlo hay que evitar una disección agresiva o muy amplia sobre el arco posterior de C1.
- **Descolgamiento de cerebelo.** Se han descrito en craniectomías muy amplias. Da lugar a cefaleas intratables y siringomielia recurrente. El tratamiento es la craneoplastia suboccipital o la derivación ventrículo-peritoneal.

Resultados

El éxito de la cirugía es variable y desciende en pacientes en seguimiento prolongado. La recurrencia es, en general, más suave y tolerable que el problema inicial. El éxito a largo plazo está entre el 50% y 85%, con los mejores resultados cuando el síntoma principal es la cefalea o la cervicalgia, seguido de los síntomas cerebelosos. Los peores resultados se observan con la disfunción de pares craneales bajos y con la siringomielia. Los casos con aracnoiditis importante también se asocian con malos resultados.¹⁷

¹⁶ Zarranz, J; Neurología, 3ª ed; Editorial El Sevier Science, Madrid España, 2003.

¹⁷ Fernández C.V; Malformación de Chiari en Adultos; Neurologia Contemporánea, Vol. 1; Núm 3;Junio 2007.

6. Metodología

6.1 Estrategias de investigación

El estudio de caso se aplicó dentro del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, y se le dio seguimiento desde el servicio de neurología, quirófano, recuperación, neurocirugía y consultas, del 10 de Octubre de 2011 al 28 de Octubre de 2011.

Las estrategias de investigación utilizada para el estudio de caso fueron:

Recolección de datos mediante el registro sistemático y confiable a través de la entrevista al familiar responsable (esposa).

Aplicación de un instrumento de valoración de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson especificando las catorce necesidades. (anexo1)

La utilización de un método científico basado en el Proceso de Enfermería (Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planeación. Ejecución y Evaluación).

Consulta del expediente clínico y de los registros de las hojas de enfermería.

Consulta de fuentes bibliográficas como libros, revistas y páginas de Internet, para la obtención de información de los antecedentes históricos y marco conceptual.

Para la realización de los diagnósticos de enfermería se empleó el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson y el formato PES.

El formato PES:

P: problema

E: etiología

S: signos y síntomas

Aspectos a considerar para redactar / establecer diagnósticos en el formato PES:

Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.

Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.

No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

6.2 Selección del caso y fuentes de información

La selección del este caso surge del interés por brindar la atención y cuidados específicos a una persona con Malformación de la unión Cráneo – Cervical Chiari Tipo I, la cual no es muy común y de poca frecuencia en el sexo masculino.

Fuentes de información

Entrevista directa a la esposa de la persona del estudio de caso
Instrumento de valoración de enfermería
Expediente clínico
Hoja de enfermería
Fuentes bibliográficas

6.3 Consideraciones Éticas

Ética: Proviene del vocablo griego "ethos" que significa carácter, modo de ser. Es una disciplina que proporciona enfoques teóricos para la toma de decisión ética. El pensamiento ético contemporáneo no tiene la tan rica tradición sino sólo los enfoques racionalistas de los que ha disfrutado la ética; sin embargo tienen bases muy sólidas en la ética Aristotélica y en otros sistemas éticos de pensamiento.

Además las enfermeras deben ser capaces de aplicar los principios de la ética tradicionales la práctica de enfermería junto con la consideración contextual de la ética del cuidado y la responsabilidad de las relaciones humanas.¹⁸

Describe la base sobre la cual las personas, de manera individual o colectiva, deciden que ciertas acciones son correctas o incorrectas y si es deber de una persona hacer algo, o si tiene el derecho de hacerlo.

La ética estudia las acciones humanas, sus efectos y el valor de dichas acciones. De igual manera determina que es lo correcto y lo incorrecto. La ética es una ciencia normativa, ya que se ocupa de un ideal, es decir, no con lo que la conducta humana es, sino con lo que debe ser. La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones a través del tiempo.¹⁹

¹⁸ Sara T. Fly, Megan J. Janes, Ética en la práctica de Enfermería Una guía para la toma de decisiones éticas, Manual Moderno, México D.F. 2010.

¹⁹ Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. En: http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html

Para la elaboración del presente estudio de caso se consideró el Código Ético de Enfermería, Código de Derechos Humanos y disposiciones de la Ley General de Salud en materia de investigación (Secretaría de Salud 1987), que ayudaron a regir la conducta de enfermería en el desarrollo del caso.

Beneficencia y Maleficencia: Es la obligación de hacer el bien y evitar el mal, se rige por los deberes universales: hacer y promover el bien, prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Autonomía: Respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.

Privacidad: Su fundamento es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa e indirectamente influyen en la vida y salud de la persona.

Fidelidad: Compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona.

Se obtuvo el consentimiento informado de la esposa de la persona seleccionada para el seguimiento del caso, según el artículo 14, fracción V, a fin de respetar la dignidad y bienestar de la persona incluida en el estudio y el derecho a retirarse en el momento en que no quisiera seguir participando, artículo 13, fracción V. (anexo2)

En la investigación en seres humanos, se protegerá la privacidad, manteniendo el anonimato, los resultados se expondrán en forma general, artículo 16. A medida que las enfermeras incorporan conocimientos de ética en sus enfoques del cuidado del paciente, contribuyen al crecimiento de la bioética como disciplina y funcionan con más efectividad como agentes morales en el sistema de salud de su país.

7. Presentación del caso

7.1 Descripción del caso

Se trata del Sr. Teodo de 49 años, originario y residente de Puebla quien comienza su padecimiento en el mes de Junio de 2011, presentando deterioro de la marcha y disminución de la sensibilidad en miembros torácicos, refiere su esposa que en varias ocasiones durante la noche mientras dormía presentaba periodos de apneas, las tres últimas veces llegando a perder el estado de conciencia por lo que fue trasladado vía ambulancia al Hospital General del Sur de Puebla, en donde llegó a requerir hasta 7 intubaciones orotraqueales en sus tres recaídas la última ocasión presentando crisis convulsivas dando tratamiento con:

Fenitoína 125mg c/8hrs

Ácido Valproico 400mg c/8hrs

Donde se le diagnostica Sx de Arnold Chiari tipo I, por lo que deciden enviarlo al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) para su valoración diagnóstica.

El día 21 de Septiembre de 2011 es ingresado al INNN por el servicio de urgencias, (Hospitalización) encontrándose diaforesis profusa, palidez de tegumentos, con periodos de apnea de 20 seg, bradicardia, estuporoso (sin respuesta a estímulos verbales), con un Glasgow de 5, se inicia vía aérea con mascarilla reservorio, presenta cambios en ritmo cardiaco pasando de ritmo supra ventricular a bigeminismo con datos de bloqueo de rama derecha, con hipotonía generalizada. Es valorado por el servicio de neurocirugía quien decide intervención quirúrgica de urgencia (craniectomía descompresiva suboccipital y retiro de arco posterior de atlas), se coloca catéter venoso central en yugular interna derecha a primer intento, se toman laboratorios (reportados más adelante), colocación de línea radial izquierda así como vía de alto flujo en miembro pélvico derecho, se orointuba con tubo Murphy núm. 7 y se instala ventilador mecánico modo Control Volumen, momento en el cual pasa a quirófano donde ya en sala presenta deterioro hemodinámico importante, bradicardia de 30x', hipotensión severa 40/70mmHg y saturando por debajo de 70%, presentando compromiso pulmonar, se aspiran abundantes secreciones bronquiales espesas y verdosas sospechando proceso infeccioso pulmonar, se le realiza un recambio de sonda orotraqueal por tubo armado núm 7, y se comienza con apoyo de aminas vasoactivas (vasopresina en bolo de 40U y atropina 1mg I.V), mejorando la Fc 70x' y T/A de 70/40mmHg.

Biometría Hemática	
Leucocitos	27.28 10³/uL ↑
Hemoglobina	10.4 g/dL
Hematocrito	34.7 L%
Plaquetas	730 10³/uL ↑

Química sanguínea 3 elementos	
Glucosa	161.5 mg/dL ↑
Urea	8.3 mg/dL ↓↓
Creatinina	0.52 mg/dL ↓↓

Electrolitos Séricos	
Sodio	141 nmol/L ↓
Potasio	2.99 nmol/L ↓
Cloro	99.7 nmol/L ↓

GASOMETRIA= SO₂ 98.5% (SOLO SE MUESTRA ESTE VALOR)

Se considera persona con choque séptico y se decide diferir su procedimiento quirúrgico siendo trasladado al servicio de Recuperación, orointubado y bajo efectos sedación (fentanil) e infusión de Norepinefrina (dosis de 0.7mcg/kg/hr), Sat O₂ 95%, FC 70x", PAM 60mmHg, en estado de gravedad, donde por motivos de espacio físico no es aceptado. Se intenta ingresar a la Unidad de Terapia Intensiva Neurológica sin lograr su ingreso debido a: "mal pronóstico", por lo que es nuevamente trasladado a urgencias donde se descarta el proceso infeccioso pulmonar y continua con aminas vasoactivas a dosis respuesta, sin sedación para vigilar ventana neurológica y con VMA (A/C VT=558ml,FR=10x', PEEP= 4cmH₂O, Rel 1:E 1:1.8,FiO₂=50%,), por lo que se encuentra en vigilancia estrecha durante cinco días.

El día 22 de Septiembre de 2011 la infusión de norepinefrina fue disminuyendo hasta ser retirada por mejorar la inestabilidad hemodinámica, para el día 23 se le retiran manteniéndose hemodinámicamente estable con T/A de 140/80mmHg.

El día 24 de Septiembre de 2011 se le realiza:

Tomografía Axial Computarizada (TAC) simple encontrándose: Sonda de Derivación Ventrículo Peritoneal Derecho (SDVP) con punta de catéter en atrio ventricular y cisterna cuadrigeminal. (instalada en Junio 2010).

Imagen por Resonancia Magnética (IRM): Se observa herniación de amígdalas cerebelosas de 3.2cm caudales a la línea basion – opísteon, con compresión de superficie dorsal bulbar, justificándose así el daño a nervios bajos (IX,X y XII).

El día 26 Septiembre 2011, queda a cargo de terapia intermedia, paciente que se encuentra despierto, en Modo Ventilatorio CPAP, FiO₂ 50% SatO₂ 96%, T/A 119/69mmHg, Temp:37°C, sin presentar compromiso hemodinámico, se le retiran aminas vasopresoras. Se realiza un estudio de electroencefalograma (EEG) el cual lo reportan anormal por la presencia de leve a moderada disfunción generalizada y no se observa actividad epiléptica.

El día 27 Septiembre 2011, comienza con dieta por SNG, cubriendo el 100% de los requerimientos proteicos.

Día 29 Septiembre 2011 es trasladado al servicio de Neurología.

El Sr Teodoro se encuentra despierto, bajo ventilación mecánica en modo SIMV (VT=570ml, FR=13x", PEEP= 3ccH₂O, Rel 1:E 1:1.8,FiO₂=50% y saturando al

100%), quedando en ayuno y programado para el día 7 de Octubre hasta nuevas indicaciones.

Día 6 de Octubre de 2011.

El Sr Teodoro se encuentra estuporoso (responde solo a estímulos dolorosos), pupilas mióticas 2mm, con una T/A de 70/40mmHg, PAM 56, con deterioro neurológico e hipotensión, campos pulmonares con murmullo vesicular, con parámetros ventilatorios de: VM en modo SIMV, PEEP 5, FR 4, FiO2 40%.

Reportando una gasometría:

PH= 7.49 PO₂= 80 PCO₂= 39.1 HCO₃= 29.4 Sat 96.9%.

(Alcalosis metabólica).

Se aprecia a partir de este momento cambios súbitos tanto en el estado de conciencia como hemodinámicos además del patrón respiratorio polipnea, bradipnea, diaforético e hipoxemia.

Iniciando con vasopresores: Norepinefrina a 2 microgramos minuto.

El día 10 de Octubre de 2011, neurológicamente sin cambios en su evolución, se mantiene con apoyo aminérgico a dosis bajas, este fue el primer día que lo aborde y este día le aplico el instrumento de valoración de enfermería, reportando lo siguiente:

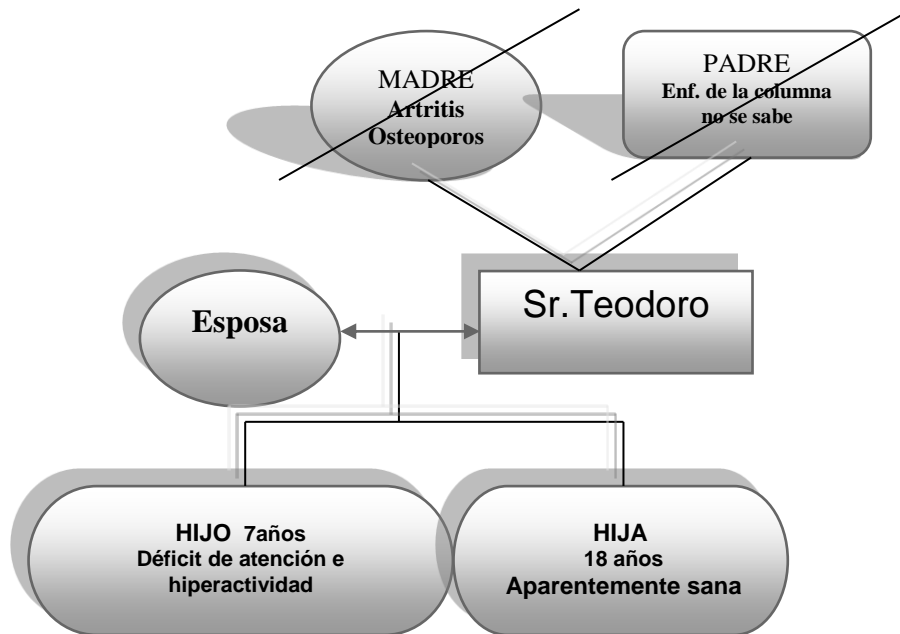
8. Aplicación del Proceso de Enfermería

8.1 Valoración de enfermería de acuerdo a las 14 Necesidades de Virginia Henderson aplicada el día 10 de Octubre de 2011

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Teodoro **Fecha de Nacimiento:** 25 de Abril de 1962 **Edad:** 49 años
Sexo: Masculino **Talla:** 1.65 m **Peso:** 54 kg **Grupo y Rh:** O Rh positivo
Estado civil: Casado **Religión:** Católica **Escolaridad:** preparatoria
Lateralidad: derecha **Alergias:** ibuprofeno y paracetamol
Ocupación anterior: acabados de casa **Ocupación actual:** desempleado **Nivel socioeconómico:** bajo
Domicilio: Calle XX Puebla **Teléfono:** (0122)2XX
Celular: 222XX **Fecha de ingreso al Instituto:** 21 de Septiembre de 2011
Fecha de Ingreso al servicio de Neurocirugía: 29 de Septiembre de 2011

Antecedentes heredofamiliares.



Antecedentes personales patológicos.

Cirugía hernioplastia umbilical hace 6 años en el 2005.

Colocación de una Derivación Ventriculoperitoneal (SDVP) hace 2 años en Junio 2010.

Presenta cefalea holocraneana de tipo punzante con foto y fonofobia en ocasiones presentando náuseas y vomito de intensidad 10/10 la cual no sede con medicamentos, por lo que acude a un hospital privado y es diagnosticado como Hidrocefalia, por lo que colocan una SDVP con buenos resultados aunque continua con cefaleas de la misma característica solo disminuyendo su intensidad e inicia con debilidad progresiva de extremidades inferiores de distal a proximal, hasta postrarlo en cama y finalmente se agrega laq debilidad de las extremidades superiores del mismo patrón de progresión.

Presenta hipoacusia bilateral con predominio de lado izquierdo por lo que comienza a utilizar un amplificador de sonido, posterior a la cirugía.

1. Necesidad de Oxigenación

Datos Subjetivos: Sr. Teodoro de 49 años de edad, vive en un medio urbano cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, tabaquismo negado, expuesto a pinturas, aerosoles y polvo de madera con gran frecuencia. Desde el mes de Junio de 2011 presenta apneas nocturnas por lo requirió de apoyo ventilatorio mecánico invasivo.

Datos Objetivos: la persona se encontraba despierto, Glasgow 12 puntos, con palidez de tegumentos generalizado, mucosas orales hidratadas, con alteración en la respiración presentando taquipnea Fr de 30x' (desincronizado con el ventilador), respiración de Biot, campos pulmonares con hipoventilación bibasal, no se auscultan estertores, ni sibilancias, no hay datos de broncoespasmo, con oximetría

continua saturando a 92%, con intubación orotraqueal cánula 7.5 Fr, fija en 20cm, con los siguientes parámetros ventilatorios:

Modalidad: SIMV
FiO2: 40%
PEEP: 5
FR: 14 ciclados por minuto
Relación I:E: 1:2
VC: 550ml
INDICE DE KIRBY: 387

Reflejo tusígeno ausente, con circuito cerrado de aspiración de secreciones las cuales se observa cantidad moderadas de secreciones blanquecinas, parámetros de laboratorio:

LABORATORIOS		
GASES ARTERIALES	Resultados	Valores normales
Ph	7.46	7.35 - 7.45
PO2	155	80-100 mmHg
PCO2	37	35 – 45 mmHg
HCO3	25.9	21 – 25 mEq/L
Sat O2	99	95- 99%
DB	2.3	-2 + 2 mEq/L

Electrolitos Séricos	
Sodio	133 mmol/L
Potasio	5.16 mmol/L
Cloro	99.5 mmol/L

LABORATORIOS		
Tiempos de Coagulación	Resultados	Valores Normales
Tiempo de protombina	13.9	12 – 16 seg
Tp % de actividad	89	80.00-120.00 %
INR	1.12	0.90 – 1.50
Tiempo de tromboplastina parcial	22.3	30.00 – 45.00seg
Testigo TP	13.4	11.50- 14.50seg
Testigo TTPA	28.9	24.00 – 35.00seg

Resultado de la gasometría: Hiperoxemia Leve, respiraciones rápidas, profundas y trabajadas, presencia de astenia, angustia, irritabilidad, cefalea, vértigo y contracciones de los músculos faciales, ruidos cardiacos sincrónicos de buena

intensidad, presenta ritmo sinusal, con FC:72x' buen llenado capilar distal 2'sin datos de insuficiencia venosa.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación

Datos Subjetivos: Su esposa en la entrevista menciona que antes de estar hospitalizado sus hábitos dietéticos son: carne 3/7, verduras 2/7, hojas verdes 4/7, frutas 4/7, harinas 5/7, huevo y pescado 1/7, pan 5/7, tortilla 7/7, leguminosas 5/7, café 1/7, lácteos 1/7, refresco 7/7, agua 2/7; no tiene preferencias en cuanto a los alimentos y sus preferencias son más para el refresco, cuando consume agua es de garrafón pero solo toma de uno a dos vasos de agua cada tercer día, a partir de su padecimiento se nota una pérdida de peso (de 4kg desde su ingreso) y comienza con náuseas y en pocas ocasiones presenta emesis de contenido gástrico.

Datos Objetivos: actualmente cursa con el doceavo día en el servicio de Neurología, afección del IX nervio (glosofaríngeo) no tiene la capacidad para hablar, masticar y deglutir, se encuentra con alimentación por sonda nasogástrica proporcionándole fórmula oligomérica Inmunex 60cc/Hr 5x1 de 6 a 24Hrs. Somatometría: peso: 54.000kg, IMC: 19.8, talla:1.65, PA:71cm, circunferencia del brazo:22cm, se observa cuero cabelludo limpio, palidez de tegumentos generalizada, cavidad oral hidratada, uñas opacas y duras e hipotonía generalizada.

Ingresos de 1309ml, egresos de = 1900ml, balance parcial de -591ml.
PVC: 5mmH₂O (indicando un equilibrio hídrico)

Terapia Intravenosa:

- 1.- Sol Fisiológica 0.9% de 1000cc + 4 mEq de KCL + 1gr de MgSO₄ pasando 80cc/hora.
- 2.- inotrópicos (Sol. Glucosa 5% de 250ml + 2 amp de Norepinefrina a 1.6mcg/min).
- 3.- Sol Fisiológica 0.9% de 250cc +4 mEq de KCL en tres horas.

Laboratorios: Hb: 10.4mEq/dL, **Albumina: 2.69g/dL**, Urea: 23.0mg/dL, **Creatinina: 0.35mg/dL**, Na: 133mEq/dL, Cl: 99.5mEq/dL, K: 5.16mEq/dL.

Con estos laboratorios se sustenta el bajo aporte nutricional, la disminución de masa muscular calambres, debilidad muscular y fatiga.

3. Necesidad de Eliminación

Datos Subjetivos: Su esposa refiere tener buenos hábitos intestinales sin presencia de estreñimiento, diarreas o infecciones de vías urinarias constantes, presenta evacuaciones de 2 a tres veces por día así como uresis normal.

Datos Objetivos: se muestra con abdomen blando y depresible peristalsis presente de 8- 9 movimientos por minuto, sin megalias palpables. Genitales sin edema, con sonda vesical a derivación uresis de 1900ml y gasto urinario de 1.3ml/kg/hr durante 8 horas, con una densidad urinaria de 1.015, con un código de evacuaciones de: 1,S,a,c/a,pc,II.(anexo 3) Laboratorios: Urea: 23.0mg/dL, Creatinina: 0.35mg/dL.

4. Necesidad de Termorregulación

Datos Subjetivos: el familiar refiere vivir en una zona calurosa sin embargo en tiempos de invierno la zona se torna helada por lo que utiliza prendas de vestir adecuadas al clima y siempre se protege del frio, en lo particular prefiere estar en zonas calurosas.

Datos Objetivos: presenta una temperatura de 36°C la cual disminuyo durante el mediodía 35.5°C, la piel se encuentra pálida y fría con predominio en extremidades.

5. Necesidad de Descanso y Sueño

Datos Subjetivos: su esposa expresa que desde hace tres años su esposo no puede conciliar el sueño con facilidad ya que sufría de migraña desde los 15 años por lo que no tolera el ruido ni la luz, por lo regular duerme de 5 a 6hrs y no tiene un tiempo destinado para descansar ni realiza alguna actividad para ello. Al comienzo de su padecimiento presentaba apneas constantes por lo que tenía miedo para poder conciliar el sueño.

Datos Objetivos: se encuentra despierto por lo que el refiere por medio de gesticulaciones y señas cefalea frontal y occipital el cual no le permite conciliar el descanso ni el sueño aunque tenga prescripto un fármaco opiáceo que actúa como analgésico que es el Buprenorfina s/c c/8 Hrs.

6. Necesidad de Evitar peligros

Datos Subjetivos: refiere el familiar no estar informada en cuanto a sus cartilla de vacunación, desde hace tres años acude periódicamente al doctor ya que presenta cuadros de crisis convulsivas a las cuales se les dio un control con ácido valproico 400mg c/8hrs,sin embargo desde los 15 años de edad sufre de migrañas, por lo que presento 3 intentos de suicidio debido a las cefaleas intensas que presenta por lo que es necesario reforzar sus medidas de seguridad.

Datos Objetivos: se encuentra despierto, alerta, cooperador sin embargo presenta periodos de ansiedad por no poder comunicarse con el personal de salud y refiere cefalea 8/10 durante el turno, se encuentra inmóvil en cama con apoyo de barandales en alto como medida preventiva de caídas. Cuenta con medios invasivos como la sonda nasogástrica, cánula endotraqueal, catéter central, sonda vesical los cuales se encuentran funcionales y sin datos de infección.

Es alérgico a ibuprofeno y paracetamol.

7. Necesidad de Higiene y protección de la piel

Datos Subjetivos: la persona tiene hábitos higiénicos con baño y cambio de vestimenta diario, higiene bucal de 2 a 3 veces por día, piel hidratada con una textura suave excepto las manos que se tornan ásperas.

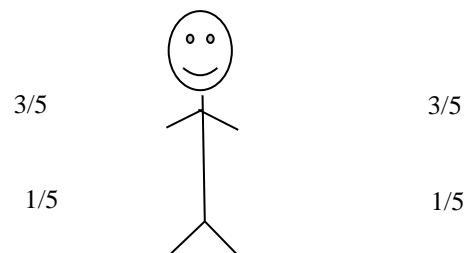
Datos Objetivos: presencia de piel fría, con palidez de tegumentos, se le realiza su baño de esponja, en zona de cóccix y sacra se muestra con inicios de enrojecimiento sin llegar a úlceras.

8. Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura

Datos Subjetivos: no tiene ningún hábito de actividad y ejercicio en casa es sedentario, en cambio en el trabajo tiene que subir y bajar escalerillas, se encuentra todo el tiempo de pie, usa calzado adecuado para su oficio, en ocasiones presenta dolor a nivel lumbar por lo que trata de mantener una buena postura durante su jornada laboral.

Datos Objetivos: se le realizan cambios posturales dos veces por turno no mas ya que al ser movilizado presenta episodios de cefaleas de gran intensidad, con apoyo de almohadillas realizadas con sábanas por el personal de enfermería manteniéndolo en posición semifowler. Se observa con hipotonía.

Su fuerza muscular se califica:



9. Necesidad de Uso de prendas de vestir adecuada

Datos Subjetivos: usaba prendas de vestir de acuerdo al clima y acorde su edad, sin necesidad de ayuda.

Datos Objetivos: viste de acuerdo la normatividad del Instituto con bata y utiliza pañal, por lo que necesita ayuda para el cambio de ropa y aseo personal tratando de proteger su intimidad.

10. Necesidad de Comunicarse

Datos Subjetivos: es una persona que tiene la facilidad para expresar sus ideas, sentimientos hacia las personas, mantiene una adecuada interacción tanto con familiares, amigos y personas, es alegre, confiable y respetuoso, lo cual lo refiere la esposa.

Datos Objetivos: presenta limitaciones para poderse comunicar ya que se encuentra orintubado y solo se comunica con gesticulaciones y señales por tanto presenta ansiedad.

11. Necesidad de aprendizaje

Datos Subjetivos: concluyo el nivel medio superior, le gusta leer el periódico y es espectador diariamente de los noticieros.

Datos Objetivos: desearía incrementar sus conocimientos relativos a su enfermedad ya que así mejoraría sus condiciones de salud, tanto el como su cuidador primario muestran interés por su padecimiento.

12. Necesidad de participar en actividades recreativas

Datos Subjetivos: no realiza ninguna actividad recreativa sin embargo le gusta pasar su tiempo libre con su familia.

Datos Objetivos: sus condiciones físicas le impiden tener contacto con alguna actividad recreativa, sin embargo se le realiza rehabilitación neurológica y vibroterapia por periodos cortos de tiempo, mostrando disminución de su ansiedad. En ocasiones se muestra inconforme ya que llega personal de salud y lo moviliza rápidamente haciendo que su dolor sea más intenso o incluso cuando le realizan preguntas en forma efusiva.

13. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Datos Subjetivos: es de religión católica por lo que es muy devoto de ir a la iglesia cada domingo, esto no genera conflictos familiares ya que su familia tienen los mismos valores y creencias.

Datos Objetivos: su religión no interviene con ningún tratamiento médico, aunque él y su esposa demuestran mucha fe para su recuperación, así como el muestra una actitud positiva y de esperanza.

14. Necesidad de trabajar y realizarse

Datos Subjetivos: con anterioridad prestaba un poco de tiempo a las labores de la casa como en la remodelación y en actividades domésticas esporádicamente, ya que su trabajo le impide estar por mucho tiempo en su hogar muy dedicado en cuanto a su trabajo le gusta lo que realiza y está satisfecho económicamente.


Datos Objetivos: muestra inquietud ya que era el único que aportaba económicamente a su familia y era el sustente al 100% económicamente, y desde que comenzó con su padecimiento no ha podido desempeñarse como tal lo cual se encuentra intranquilo y con deseos de que su operación se realice con éxito bien para poder reincorporarse a sus actividades laborales.


8.2 Jerarquización y Priorización del Problema

NECESIDAD	NIVEL DE DEPENDENCIA	FUENTES DE DIFICULTAD
1 Oxigenación	Nivel 5	Falta de fuerza
2 Nutrición	Nivel 5	Falta de fuerza
5 Descanso y sueño	Nivel 5	Falta de fuerza
8 Movimiento y mantener una buena postura	Nivel 5	Falta de fuerza
7 Higiene y protección de la piel	Nivel 5	Falta de fuerza
10 Necesidad de comunicarse	Nivel 5	Falta de fuerza
6 Evitar peligros	Nivel 5	Falta de fuerza


8.3 Diagnósticos de enfermería

1. Necesidad de Oxigenación		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Alteración del proceso de la respiración <i>r/c</i> compresión del bulbo raquídeo y asincronía mecánica ventilatoria <i>m/p</i> episodios de apneas, taquipneas, respiración de Biot, PO₂ = 155.</p>	<p>Objetivo: Mejorar la función respiratoria.</p>	<p>Nivel de Dependencia Nivel 5</p> <p>Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</p> <p>Rol de Enfermería Ayuda</p>
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener alineación y permeabilidad de la vía aérea. 2. Restablecer la sincronía mecánica ventilatoria 3. Asegurar la eficacia de la oxigenoterapia. <div data-bbox="324 1039 641 1312" data-label="Image"> </div> <p>INNN, Urgencias. 2011</p>	<p>Acciones:</p> <p>Posición Semifowler Cuidados de tubo de oro-traqueal Proporcionar la modalidad y parámetros ventilatorios mecánicos tomando como referencia el peso de la persona y parámetros de la gasometría; manteniéndolo con un VC entre 250 a 450ml. Monitorización de los parámetros de ventilación/oxigenación. Monitorización de gases arteriales transcurridos 20-30 minutos. Vigilancia del estado respiratorio valorando y controlando las características de la frecuencia respiratoria, ruidos respiratorios y simetría de los movimientos torácicos. Valoración del estado neurológico.</p>	
<p>Evaluación: La persona mejoró su patrón respiratorio de acuerdo a las intervenciones proporcionadas manteniendo una frecuencia respiratoria entre 16 - 24 respiraciones, presentando intercambio gaseoso adecuado en relación a las gasometrías posteriores mostrando una Sat O₂ 99%, CO₂ 39mmHg, HCO₃ 25, PO₂ 120mmHg además de ya no presentar respiración de Biot.</p>		


1. Necesidad de Oxigenación		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c compresión del bulbo raquídeo m/p moderadas secreciones blanquecinas e intubación orotraqueal prolongada.</p>	<p>Objetivo: Mantener la vía aérea permeable y libre de secreciones.</p>	<p>Nivel de Dependencia Nivel 5</p> <hr/> <p>Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</p> <hr/> <p>Rol de Enfermería Ayuda</p>
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la Vía aérea permeable libre de secreciones. 2. Higiene bronquial 3. Favorecer la expulsión de secreciones mediante el drenaje postural. 4. Usar técnicas universales de asepsia y antisepsia de la vía artificial. <div style="text-align: center;">  <p>INNN, Urgencias 2011</p> </div>	<p>Acciones:</p> <p>Valorar el estado de conciencia. Auscultación de campos pulmonares. Valorar la función respiratoria, amplitud, ruidos respiratorios, la permeabilidad de la vía aérea y ritmo respiratorio. Aspiración gentil de secreciones Favorecer la hidratación para fluidificar las secreciones, observando características de las mismas. Vibroterapia Comunicarse con el paciente durante el procedimiento de aspiración.</p>	
<p>Evaluación: Se mantuvo sin secreciones a través de la aspiración de las mismas por razón necesaria, favoreciendo el patrón respiratorio y empleo del drenaje postural.</p>		

1. Necesidad de Oxigenación		
<p style="text-align: center;">Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Riesgo de infección (neumonía intrahospitalaria NIH) r/c ventilación mecánica invasiva y tiempo prolongado en cama.</p>	<p>Objetivo: Reducir el impacto de los factores de riesgo.</p>	<p>Nivel de Dependencia Nivel 5</p> <hr/> <p>Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</p> <hr/> <p>Rol de Enfermería Ayuda</p>
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usar técnicas universales de asepsia y antisepsia de la vía artificial. 2. Fisioterapia respiratoria. 3. Fisioterapia motora. 4. Mantener la cavidad bucal y fosas nasales libres de secreciones. <div style="text-align: center;">  <p>Google.com,2009</p> </div>	<p>. Acciones:</p> <p>Lavado y desinfección de manos antes de cualquier manipulación y uso de guantes. Aspiración del contenido gástrico y oro faríngeo. Higiene de la boca con colutorios e hidratación de los labios. Manipulación del tubo en las distintas maniobras con estricta asepsia. Cambio de humidificadores y conexiones cada 72 Hrs. Realización de cultivos para detectar la presencia de bacterias. Auscultación de campos pulmonares. Cambios posturales cada 2 Hrs. Limpieza adecuada de la ropa de cama. Mantener a la persona en posición de elevación de cabecera a 30 o 45°.</p>	
<p>Evaluación: Durante la estancia hospitalaria no presentó ninguna complicación relacionada a la neumonía a pesar del tiempo prolongado a la ventilación mecánica.</p>		


2. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

<p style="text-align: center;">Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Desequilibrio nutricional r/c afección del IX y XII nervio craneal (glossofaríngeo e hipogloso) <i>m/p</i> pérdida de peso de 4 Kg, IMC:19.8, Albumina: 2.69g/dL.</p>	<p>Objetivo: Favorecer el estado nutricional de la persona de acuerdo a los requerimientos metabólicos que necesite.</p>	<p style="text-align: center;">Nivel de Dependencia Nivel 5</p>
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar aporte calórico y energético adecuado. 2. Verificación del estado nutricional. <div style="text-align: center;">  <p>INNN Neurología, 2011</p> </div>	<p>Acciones:</p> <p>Ingesta de dieta polimérica (immunex) 1500 ml en 24 hrs. Cuidados a Sonda nasogástrica. Posición adecuada para ingesta de alimentos. Medición de residuo gástrico pre alimentación enteral. Detectar si existen signos de broncoaspiración. Control de peso diario y datos antropométricos. Tomar laboratorios para verificar los parámetros de Hb, Hto. y mantener los niveles de albumina por encima de 3.5g/dL. Valorar características de la piel: turgencia descamación etc. Evaluar los niveles de glicemia mediante Dxt. preprandial.</p>	<p style="text-align: center;">Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</p>
<p>Evaluación: La persona comienza a tolerar la alimentación enteral evidenciada por el mantenimiento nutricional, sin datos de distensión abdominal y se logró restablecer los niveles de albumina que fue de 4.0g/dL.</p>		

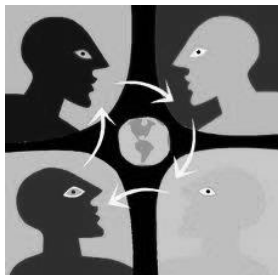
3. Necesidad de Descanso y Sueño.

<p style="text-align: center;">Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>1.- Alteración del patrón de sueño r/c trastornos de la charnela occipitovertebral m/p apneas prolongadas durante el sueño, cefaleas, insomnio y agitación.</p> <p>2.- Temor para conciliar el sueño r/c falla respiratoria (compresión del bulbo raquídeo) m/p apneas nocturnas y sensación de ahogamiento.</p> <p>3.- Cefalea intensa (EVA de 6) r/c compresión de la charnela occipitovertebral m/p ansiedad e insomnio.</p>	<p>Objetivo: Mejorar el estado de reposo del sueño de la persona.</p> <p>Objetivo: Disminuir el grado de temor de la persona durante la noche.</p> <p>Objetivo: Disminuir el grado de dolor.</p>	<p style="text-align: center;">Nivel de Dependencia Nivel 5</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Rol de Enfermería Ayuda</p>
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener vía aérea permeable mediante manejo de secreciones 2. Ayudar a la persona a establecer la cantidad de sueño nocturno, incluyendo el momento de acostarse y levantarse. 3. Proporcionarle seguridad y reducción del temor. 4. Instruir al agente de cuidado sobre métodos que disminuyan el temor. <div style="text-align: center;">  <p>INNN Neurocirugía, 2011</p> </div>	<p>Acciones:</p> <p>Aspiración gentil de secreciones antes de dormir</p> <p>Apoyo en la espalda y almohadas posición elevada por las noches</p> <p>Soportes para la cabeza</p> <p>Mostrar empatía con la persona y con el cuidador.</p> <p>Crear un ambiente que facilite confianza. Campanilla o alarma en mano.</p> <p>Favorecer un entorno tranquilo.</p> <p>Ejecución de masaje relajante.</p> <p>Música tenue en volúmenes bajos para dar un mejor ambiente.</p>	
<p>Evaluación: La persona continua con alteraciones en el patrón del sueño, aunque no presente secreciones siente el ahogamiento (predomina cuando se encuentra sin elevación de la cabeza) e incluso refiere tener episodios de apneas nocturnas, aunque estas hayan disminuido un 70%.</p>		

7. Necesidad de Higiene y protección de la piel.


Diagnóstico de Enfermería:		Nivel de Dependencia Nivel 5
<p>Alteración de la integridad cutánea r/c postración en cama m/p eritema en prominencia ósea (coxis).</p>	<p>Objetivo: Mantener la piel integra y limitar el daño de la lesión.</p>	Fuente de Dificultad Falta de Fuerza
		Rol de Enfermería Ayuda
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control y prevención de úlceras por presión 2. Prevenir lesión y deterioro de la piel. 3. Movilización continua de la persona para limitar las lesiones 4. Brindar acciones que eviten mayor daño. 	<p>Acciones:</p> <p>Mantener la piel seca e hidratada. Proteger salientes óseas. Mantener la cama del paciente limpia y libre de arrugas. Evaluar las condiciones de la piel. Curación y protección de la piel. Realizar cambios posturales cada 2 hrs. Realización de movimientos activos/pasivos. Disminución del exceso de la fuerza, que produzca deformidad del tejido y restringir la irrigación. Evitar la fuerza de cizallamiento por fricción que se produce al cambiar ropa y posicionarlo. Evitar las temperaturas bajas en los tejidos, ya que los tejidos calientes tienen un mejor riego y sufren menos riesgo de úlceras por presión. Colocar un colchón de aire para aliviar la presión.</p>	
		
<p>Cruz Roja Polanco, 2011</p>		
<p>Evaluación: A través de las acciones de enfermería se logró mantener la piel integra de la persona sin que el área enrojecida del área coxígea y sacra llegaran a presentar úlceras.</p>		

10.Necesidad de Comunicarse		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Alteración de la comunicación verbal r/c vía aérea artificial m/p imposibilidad para emitir lenguaje verbal audible.</p>	<p>Objetivo: Lograr establecer una forma de comunicación con la persona.</p>	Nivel de Dependencia Nivel 5
		Fuente de Dificultad Falta de Fuerza
		Rol de Enfermería Ayuda
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Llevar acabo estrategias para favorecer la comunicación. Mejorar la capacidad de comunicación Establecer una relación terapéutica de alta calidad en términos de respeto y confianza que permitan la expresión espontanea. 	<p>Acciones:</p> <p>Dirigirse con respeto Integrar a la familia Mímica Gesticulaciones Disposición de dibujos, objetos y gráficos Utilizar palabras simples y frases cortas Hablar con calma y en un tono natural No obligar a la persona a comunicarse Escucharlo con atención Repetirlas palabras de la persona para reforzar la comunicación</p>	
<p>Evaluación: Se logra entablar una comunicación efectiva que permitió expresar sus necesidades fisiológicas y emocionales hacia su familiar y con el personal de enfermería, sin embargo en lo personal me costó trabajo de buscar la estrategia correcta para nuestra comunicación.</p>		




Google.com, 2011

6. Necesidad de Evitar peligros

<p style="text-align: center;">Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Riesgo de infección r/c medios invasivos (sonda nasogástrica, tubo orotraqueal, catéter venoso, sonda vesical)</p>	<p>Objetivo: Evitar la proliferación de microorganismo.</p>	<p style="text-align: center;">Nivel de Dependencia Nivel 5</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Rol de Enfermería Ayuda</p>
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar medidas universales de asepsia y antisepsia 2. Realizar los 5 momentos de lavado de manos. 3. Vigilar procedimientos invasivos que sean correctos <div style="text-align: center;">  <p style="text-align: center;">Sus 5 momentos para la HIGIENE DE LAS MANOS</p> <p style="text-align: center;">Google.com, 2011</p> </div>	<p>Acciones:</p> <p>Uso de guantes cada que se va a manipular el catéter. Evitar el reflujo de sangre por el catéter Toma de cultivo de secreciones y urocultivo. Registrar características de secreciones. Identificar datos de infección en el sitio de inserción del catéter (eritema, secreción, calor local). Evitar la manipulación excesiva de dispositivos. Mantener sonda vesical a nivel de vejiga.</p>	
<p>Evaluación: Con las técnicas correctas se evitó una posible infección nosocomial.</p>		

7. Necesidad de Evitar peligros

<p style="text-align: center;">Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza, presentando una escala de fuerza de 3/5 miembros superiores, 1/5 miembros pélvicos (paresia de mayor predominio en miembros pélvicos)</p>	<p>Objetivo: Disminuir o controlar los riesgos ambientales existentes para ayudar en la motivación de la persona para mejorar la movilización y prevenir las caídas o lesiones.</p>	<p>Nivel de Dependencia Nivel 5</p>
		<p>Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</p>
		<p>Rol de Enfermería Ayuda</p>
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios de arco de movimiento – fuerza - movilidad. 2. Utilizar medidas de seguridad para minimizar el riesgo de lesión. 3. Mantener la fuerza muscular y la movilidad de las articulaciones. <div style="text-align: center;">  <p>INER Pabellón 2,2011</p> </div>	<p>Acciones:</p> <p>Retirar objetos peligrosos en prevención de caídas u otros accidentes. Impulsarlo a que disfrute de las actividades simples. Proporcionar una iluminación sin reflejos deslumbrantes. Emplear equipo de adaptación: dispositivos para auxilio personal y otros que reduzcan el esfuerzo necesario para las tareas. Mantener barandales en alto.</p>	
<p>Evaluación: Se presentó un incremento en la fuerza y la resistencia así como la seguridad para movilizarse.</p>		

Segunda Valoración Focalizada

Fecha: 12/Oct/2011 **Servicio:** Terapia Intensiva.

Dx. Medico PO Craniectomía suboccipital media + plastia olgada de duramadre + exeresis de paquimeningitis en fosa posterior + traqueostomia sin complicaciones.

Sr. Teodoro con un Glasgow de 12, bajo efectos de sedación (buprenorfina y midazolam), herida quirúrgica en región suboccipital limpia sin datos de infección, miosis pupilar, mirada primaria central, palidez de tegumentos con dermatitis seborreica facial, deshidratado, sonda nasogástrica cerrada (se encuentra en ayuno, esperando valoración para inicio de nutrición enteral), con presencia de reflejos nauseoso y tusígeno, con traqueotomía (la cual se observa con abundantes secreciones blanquecinas) y ventilación mecánica modo A/C por volumen, FiO₂ 45%, Fr 14, PEEP 4, Sat O₂, 94%.

GASOMETRIA: PH= 7.35 PO₂=191 PCO₂=36 HCO₃= 20 Sat 99.6%.

Laboratorios: Glucosa = 124mg/dL, Urea = 17 mg/dL, Creatinina = 0.37 mg/dL, BUN = 8 mg/dL, Sodio = 135mEq/dL, Potasio = 45 mEq/dL, Cloro = 100.9 mEq/dL, BH = 10.4mg/dL, PLT = 352000, Leucocitos = 11740.

Con monitorización continua; cardiopulmonar sin compromiso, catéter yugular derecho permeable a cristaloides y apoyo aminergico de Noradrenalina 0.03mcgs/Kg/min.

Signos vitales estables: T/A = 110/60mmHg Fc = 90 Fr=16 Temp = 35.5°C
PVC=11cmmH₂O
Peso = 58.0Kg Talla = 1.65m IMC = 17.5

Al estímulo doloroso moviliza las cuatro extremidades con fuerza de 3/5 generalizada. Abdomen blando y depresible, con ruidos peristálticos presentes (9-11x'), sonda vesical a derivación drenando volúmenes normales de uresis 1.0ml/Kg/Hrs; extremidades integra sin edema, pulsos disminuidos y llenado capilar de 3''.

En esta valoración se realizaron tres diagnósticos de enfermería:

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Riesgo de desnutrición r/c sedación, ayuno parcial, Hb: 10.4g/dL, peso: 58 Kg y IMC = 17.5.</p>	<p>Objetivo: Reducir el riesgo de alteración del requerimiento nutricional.</p>	Nivel de Dependencia Nivel 5
		Fuente de Dificultad Falta de Fuerza
		Rol de Enfermería Ayuda
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciar un aporte suficiente de alimentos. 2. Conservar la nutrición 	<p>Acciones:</p> <p>Alimentar a la persona de manera efectiva y constante, de acuerdo a sus requerimientos nutricionales que necesita.</p> <p>Registro de somatometría</p> <p>Registro cantidad y característica del residuo gástrico así como la tolerancia.</p> <p>Aporte adecuado de líquidos y control de los mismos.</p>	
<p>Evaluación: Ese día posterior a la valoración se le inicia dieta durante la tarde de Inmunex a 30ml/hora por sonda nasogástrica.</p>		

8. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Trastorno trófico de la piel r/c polineuritis m/p inflamación y pequeñas escamas blanquecinas en cejas, pestañas y párpados.</p>	<p>Objetivo: Disminuir el grado de afección en cara.</p>	Nivel de Dependencia Nivel 5
		Fuente de Dificultad Falta de Fuerza
		Rol de Enfermería Ayuda
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidar la integridad de la piel. 2. Brindar acciones que eviten mayor lesión. 	<p>Acciones:</p> <p>Medidas higiénicas con agua y productos con pH neutro o ácido, aplicar lociones, emulsiones, geles o cremas no engrasantes de alfa-hidroxiácidos y de corticoides.</p> <p>Exposición al sol por 15 minutos.</p> <p>Acudir con el especialista (dermatólogo)</p>	
<p>Evaluación: Se logró controlar las manifestaciones clínicas de la dermatitis seborreica facial.</p>		

8. Necesidad de Evitar peligros

<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Riesgo de infección r/c herida quirúrgica en región suboccipital de aprox.15cm.</p>	<p>Objetivo: Evitar el riesgo de infección</p>	<p>Nivel de Dependencia Nivel 5</p>
		<p>Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</p>
		<p>Rol de Enfermería Ayuda</p>
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar medidas universales de asepsia y antisepsia 2. Preservar la función de la zona lesionada y recuperar la estética. 	<p>Acciones:</p> <p>Observar el proceso de cicatrización y epitelización de la herida. Características de la herida Administración de medicación. Inmovilización. Precauciones circulatorias. Protección contra las infecciones. Vigilancia de la piel</p>	
<p>Evaluación: Se evitó una posible infección de la herida quirúrgica, así mismo se le dio educación para la salud al cuidador primario (esposa), para que realizara las curaciones pertinentes con la correcta técnica.</p>		

Tercera Valoración Focalizada

Fecha: 28/Oct/2011 **Servicio:** Neurocirugía.

Dx. Medico PO Craniectomía suboccipital media + plastia olgada de duramadre + exeresis de paquimeningitis en fosa posterior + traqueostomía + gastrostomía + enfermedad polineuropatía sensitivo – motora desmielinizante en estudio.

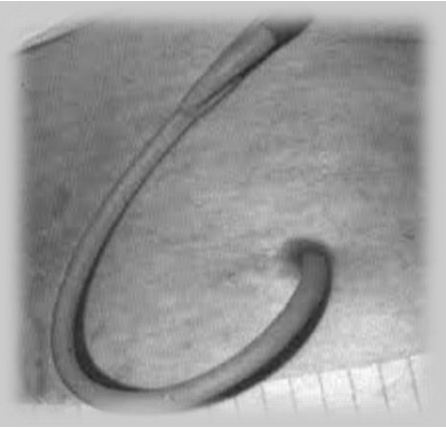
Sr. Teodoro I. se encontraba hospitalizado en el piso de neurocirugía, este día se dio de alta del Instituto (con 37 días de hospitalización) y le realice una valoración cefalocaudal para posteriormente darle un plan de alta.

Signos vitales estables: T/A = 100/60mmHg Fc = 70x” Fr = 20x” Temp = 36.0°C
Peso = 54.500Kg Talla = 1.65m IMC = 16.5


Se observa con un buen estado de amino, alerta, atento, obedece a órdenes, con herida quirúrgica bien afrontada sin datos de infección alguna, refiere cursar con cefaleas en una escala análoga de EVA de 6/10 exacerbado con movimientos de posición bruscos sin asociarse a otra sintomatología adicional, presencia de papiledema en ojo derecho (refiere disminución de la agudeza visual), adecuado estado hídrico, reflejos nauseoso y tusígeno abolidos, lengua simétrica, presenta disfagia, traqueotomía con secreciones, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando y depresible sin palpar megalias ni dolor con ruidos peristálticos presentes de 10 a 13x’, con gastrostomía la cual se observa limpia y cerrada, micción y evacuaciones espontaneas y normales, se muestra con paraplejia.

En cuanto al cuidador primario (su esposa), se muestra intranquila y refiere estar cansada y le preocupan los cuidados que va a tener “NO SE QUE VOY HACER SI SE PONE MALO ESTANDO EN LA CASA, NO PUEDE NI CAMINAR Y TENGO QUE SUBIR ESCALERAS PARA LLEVARLO A SU CUARTO, CREO QUE NO VOY A PODER SOLA, POR QUE NO CUENTO CON APOYO DE FAMILIARES QUE ESTEN CONMIGO LAS 24HRS” por lo que se le explico de manera breve la enfermedad neurodegenerativa y en cuanto a los cuidados que se le realizaban dentro de la institución, así se le brindo un apoyo emocional para darle ánimo.


Se realizaron cuatro diagnósticos de enfermería:

3. Necesidad de Nutrición e Hidratación		
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Déficit de aporte nutricional r/c afección de nervios craneales IX y X m/p disfagia, gastrostomía, IMC = 16.5.</p>	<p>Objetivo: Dar aporte calórico y proteico que revierta el estado de desnutrición.</p>	<p>Nivel de Dependencia Nivel 5</p> <p>Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</p> <p>Rol de Enfermería Ayuda</p>
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener un aporte suficiente de alimentos. 2. Conservar la nutrición  <p>Google.com, 2011</p>	<p>Acciones:</p> <p>Ministrar dieta pre escrita y educación sobre la utilización y manejo de la gastrostomía.</p> <p>Posición adecuada para ingesta de alimentos</p> <p>Ejercitar por medio de popotes la ingesta de líquidos por vía oral.</p> <p>Educar sobre la preparación de la dieta artesanal y horarios.</p>	
<p>Evaluación: Aun con la nutrición adecuada no se logra tener ganancia en cuanto al peso de la persona sin embargo se muestra sin datos de descompensación y se logró educar al cuidador primario sobre el manejo de la gastrostomía.</p>		

9. Necesidad de Movimiento y Postura

Diagnóstico de Enfermería:		Nivel de Dependencia Nivel 5
Imposibilidad para la movilización <i>r/c</i> compresión a nivel cervical C-3 y C-4 <i>m/p</i> paresia y dependencia total.	Objetivo: Lograr restablecer la movilidad física.	Fuente de Dificultad Falta de Fuerza
		Rol de Enfermería Ayuda
Intervenciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la movilidad física 2. Prevenir la aparición de problemas circulatorios 3. Favoreciendo el retorno venoso. 4. Reducir la espasticidad.  <p style="text-align: center;">Google.com, 2011</p>	Acciones: <p>Movilización constante Alineación de segmentos corporales Ejercicios de arco movimiento Protección de pliegues y prominencias óseas Movilización de las piernas en todos sus ejes y planos de movimientos y recorridos (flexión, extensión, abducción, rotaciones, etc.)</p>	
Evaluación: La persona como su cuidadora aprendieron a realizar ejercicio de rehabilitación neurológica en su casa y también se buscó la manera de referirlo a un centro de rehabilitación en el estado de Puebla para su continuidad terapéutica.		

10. Necesidad de Evitar Peligros

<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Defecto de la visión <i>r/c</i> presión indirecta del nervio óptico <i>m/p</i> papiledema y disminución de la agudeza visual del ojo derecho.</p>	<p>Objetivo: Disminuir el daño visual.</p>	<table border="1"> <tr> <td>Nivel de Dependencia Nivel 5</td> </tr> <tr> <td>Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</td> </tr> <tr> <td>Rol de Enfermería Ayuda</td> </tr> </table>	Nivel de Dependencia Nivel 5	Fuente de Dificultad Falta de Fuerza	Rol de Enfermería Ayuda
Nivel de Dependencia Nivel 5					
Fuente de Dificultad Falta de Fuerza					
Rol de Enfermería Ayuda					
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar acciones que eviten mayor daño. 2. Control minucioso de la presión arterial y síntomas presentes. 3. Vigilancia de la agudeza visual. <div style="text-align: center;">  <p>Google.com, 2011</p> </div>	<p>Acciones:</p> <p>Mantener hidratados los ojos con lagrima artificial y uso de agentes antiinflamatorios.</p> <p>Oclusión alternada de ambos párpados.</p> <p>Vigilancia de cefalea, náuseas y vómitos, así como la toma constante de la presión arterial.</p>				
<p>Evaluación: La persona se dio de alta con este problema, sin embargo conseguimos una cita con el experto (neuro-oftalmólogo), para dar un seguimiento y un tratamiento adecuado.</p>					

13. Necesidad de Jugar/Participar en Actividades Recreativas.

<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>Desgaste físico, emocional y mental del cuidador primario r/c padecimiento neurodegenerativo <i>m/p</i> alteración del rol, fatiga, estrés y automantenimiento del hogar.</p>	<p>Objetivo: Brindar información adecuada al cuidador sobre el padecimiento.</p>	<p>Nivel de Dependencia Nivel 5</p> <p>Fuente de Dificultad Falta de Fuerza</p> <p>Rol de Enfermería Ayuda</p>
<p>Intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar apoyo emocional. 2. Establecer un programa encaminado a resolver dudas de la persona, cuidador primario y familiares. 3. Proponer un rol de cuidadores. 	<p>Acciones:</p> <p>Aumentar los conocimientos del cuidador, sobre la enfermedad, sus cuidados, complicaciones, etc Hacerle saber al cuidador primario que es importante que tenga periodos de descanso.</p>	
<p>Evaluación: Se logró informar y aclarar las dudas del cuidador, observándose tranquilidad y confianza. Sin embargo el plan de rotación de rol de cuidador fue imposible poder implementarlo debido a que la esposa no puede contar con la ayuda de sus hijos, ya que su hijo es menos de edad y presenta déficit de atención y la joven de su hija se encuentra embarazada.</p>		



Tláhuac, 2011

11. Plan de Alta

Después de concluir su hospitalización y de llevar todo un proceso de acciones de enfermería inmediatas las recomendaciones acerca de los cuidados tienen que ver con la información específica que requiere la persona enferma y a su familiar para responder adecuadamente a las necesidades generadas por la enfermedad que resulten una calidad de vida, éstas incluyen alimentación adecuada, medidas higiénicas, habilidades para establecer relaciones sociales y ejercicio, la dosis y por cuánto tiempo es el consumo de los medicamentos. En casos necesarios hacer algunos estudios posteriores para ver la evolución del problema o mejoría de la misma. Por lo tanto se requiere:

Educación para la Salud: Informar acerca de los signos de alerta que indican un empeoramiento de la situación de salud o una recaída, los datos que la persona debe conocer, son: cefalea, aumento de la temperatura, pérdida del estado de conciencia, vértigo.

La persona y la familia deben estar bien informados sobre la enfermedad: saber en qué consiste y conocer las manifestaciones clínicas y las diferentes opciones terapéuticas.

Es importante que tanto él y su familia participen y colaboren en el tratamiento, e identifiquen las estrategias disponibles para afrontar el problema.

Incluye, además sobre la fecha y hora de la próxima cita y los documentos que debe traer (credencial de identificación, carné, hoja de medicamentos etc.).

Oxigenación: Manejo de la vía aérea en este caso se da de alta con colocación de traqueotomía, explicarle al cuidador primario la técnica correcta de la asepsia de la misma, como la debe mantener libre de secreciones y observar signos de infección.

La eliminación de secreciones (higiene bronquial) la podremos conseguir por medio de:

Drenaje postural: es una técnica usada para combinar la fuerza de la gravedad con la actividad bronquial. Consiste en colocar a la persona en una posición capaz de facilitar la expulsión de las secreciones bronquiales desde las ramificaciones segmentarias a las ramificaciones lobares, de éstas a los bronquios principales y a la tráquea y desde aquí al exterior.

Las distintas posiciones para drenar los lóbulos son las siguientes:

Segmento apical del lóbulo superior: sentado.

Segmento posterior del lóbulo superior: sentado ligeramente inclinado hacia delante.

Segmento anterior del lóbulo superior: sentado y reclinado hacia atrás.

Drenaje del lóbulo medio y llingula: en decúbito lateral izquierdo con 30° de inclinación, para el lóbulo medio, y para la llingula deberá colocarse sobre el lado derecho.

Segmento superior 6 de los lóbulos inferiores: en decúbito prono con una almohada bajo la pelvis.

Segmento basal anterior, medial y lateral 7-8-9 de los lóbulos inferiores: decúbito lateral con una inclinación de la camilla de 40-45°.

Segmento posterior basal 10 de los lóbulos inferiores: paciente en decúbito prono con una almohada bajo la pelvis y una inclinación de la camilla de 40-45°.

Si la persona no tolera alguna de estas posturas, lo colocaremos en posición neutra, es decir, sin ninguna inclinación de la camilla.

Percusión torácica y vibraciones: después de colocarlo en una posición adecuada (mencionadas con anterioridad) debe realizar una respiración con espiraciones alargadas, y durante éstas aplicar sobre la zona del tórax que está drenando vibraciones o clapping (son dos técnicas que también favorecen la eliminación de secreciones).

Proporcionarle a la persona un ambiente agradable, relajante, que lo ayude a controlar la ansiedad y el estrés.

Durante el descanso se buscará una posición favorable: la posición en decúbito supino, con la cabeza apoyada sobre una almohada, no en una posición baja, que permita una buena alineación de la columna cervical y la cabeza, ayudará a mantener la musculatura en una posición adecuada. También está indicada la posición en decúbito lateral.

Alimentación: Este aspecto incluye información relativa a dietas especiales en este caso la alimentación será mixta tendrá que alimentarlo por medio de la gastrostomía con dietas artesanales que consiste en preparar de la siguiente forma:

Yogurt 250ml
Cereal una tasa
Carne, jamón o pollo
1 fruta o 2 verduras
1 medida de calcio
1 cucharada de cualquier aceite
Todo licuado

Pasar en 30 minutos, en posición semifowler y mantenerlo así durante 2 horas una vez terminada la alimentación mantenerlo semi-incorporado (unos 30 grados).

Limpiar la sonda con 50ml de agua templada antes y después de cada alimentación o después de pasar medicamentos para mantener la permeabilidad.

Continuar con la tolerancia de la vía oral mediante líquidos como jugos naturales y agua de frutas por medio de popotes observando la deglución de estos.

Cuidar la limpieza de la boca, cepillar los dientes dos veces al día.

Información sobre alimentación balanceada, higiene, conservación de alimentos y horarios de alimentación, observar si hay un aumento desconsiderado de peso, chequeo de glucosa e hipertensión arterial.

Cuidados de la gastrostomía:

Limpieza de la sonda con agua y jabón.

Giro diario de la sonda.

Cuidados de estoma:

Mantener la piel limpia y seca.

Cambio diario de gasa.

Vigilar irritación cutánea y exudado gástrico.

Evitar maceración.

Vigilar compresión cutánea de la sonda.

Signos de alarma:

Fuga de alimento por estoma

Observación de secreción (amarillenta, serosa, hemática) por estoma.

Enrojecimiento o cambios de coloración

Distensión abdominal

Medicamentos: La orientación debe ser verbalmente y escrita con letra clara al enfermo y familiares con horario y vía de administración indicándolo por ejemplo que algunos no deben administrarse en forma simultánea con otros, que las comidas pueden interferir con la absorción de unos de ellos y, en cambio, para otros se recomienda la administración con los alimentos, las reacciones adversas.

Valproato de Magnesio 200mg 1-1-1 vía de administración por sonda

Dorixina c/8Hras 1 tableta

Fosfosil 500mg 5 días 1-0-1, c/12Hrs descansa 10 días hasta retirar la cánula.

Orcasmasepina 600mg 1-1-1

Debe contemplar tanto la fisioterapia como la terapia ocupacional.

El tratamiento fisioterápico va encaminado a aliviar el dolor y a mantener los recorridos articulares de la columna cervical y los hombros: debemos evitar las tracciones cervicales, las manipulaciones de charnela occipital y las sobrecargas de miembros superiores, que pueden agravar la sintomatología dolorosa.

Por lo que se le recomendó:

Masoterapia para el efecto de aumento de la vascularización local y de la circulación linfática, disminución del edema, alivio del dolor y del cansancio.

Tratamiento postural: mediante movimientos rotatorios, movilización específica inhibitoria de la musculatura espástica y estiramientos de los músculos más acortados.

Posición en decúbito supino, una almohada baja a nivel cervical y otra almohada en las rodillas, debajo del hueco poplíteo, permitirán realizar una pequeña flexión de la cadera y la rodilla para disminuir la hiperlordosis a nivel lumbar.

Técnica de reducción de la marcha: Trasladar el peso de un miembro inferior a otro, se realiza el movimiento de dorsiflexión del pie, se prepara para dar pasos y se camina.

Tratamiento de fisioterapia en la disartria: La estimulación mecánica lingual mejora la movilidad de la lengua, así como la conservación y/o la recuperación de la función respiratoria efectuada a través de dispositivos de espirometría incentivada.

Tratamiento de fisioterapia en la disfagia: Para facilitar la deglución, se emplean estrategias posturales: la posición de partida, una correcta alineación de la cintura pélvica y escapular y con una flexión del mentón normal.

Se efectúan las siguientes modificaciones posturales: posición en doble mentón que estrecha la vía aérea y posicionamiento laríngeo que le brinda mayor protección. Rotación de la cabeza (90°) que cierra las cavidades faríngeas homolaterales y redirige el bolo alimenticio hacia el lado contralateral de la rotación. Inclinación lateral de la cabeza hacia el lado con mejor función oral y faríngea, que mejora el control oral.

Evitar formación de úlceras por presión U.P.P: las evitaremos poniendo al paciente en diferentes decúbitos: supino, lateral y prono. Cuidando que no haya apoyo sobre las zonas de riesgo (talones, sacro, trocánteres, codos, escápulas, etc.)

Movilizaciones pasivas: Movilizaremos las articulaciones en todos sus ejes y planos de movimientos y recorridos (flexión, extensión, abducción, rotaciones, etc.) Las movilizaciones se harán suavemente llegando a la máxima amplitud de la articulación.

Es importante que la persona mantenga su independencia funcional, que realice las actividades de la vida diaria dentro de sus capacidades; esto lo ayudará a mejorar su autoestima.

Debe tener cuidado al manipular objetos con temperaturas extremas, pues puede sufrir quemaduras por su alteraciones de la sensibilidad.

Espiritualidad: Es recomendable reforzar esta dimensión de acuerdo con las características particulares del enfermo. La importancia que adquiere la dimensión espiritual; como si diera una vuelta a la escala de valores considerando fundamentalmente el amor, la solidaridad, la unión familiar, entre otras cosas. La espiritualidad es una parte de la totalidad humana. La enfermedad, con frecuencia,

constituye una oportunidad para replantear la vida, para resaltar lo que realmente resulta valioso para la persona, para proponerse nuevas metas que enriquecen la existencia y que impulsan al individuo para ir más allá, para trascender.

10. Conclusiones

Considero que el estudio de caso es trascendental, ya que como personal de enfermería especializada es primordial para favorecer la calidad de vida de una persona con una enfermedad neurodegenerativa con el objetivo de realizar un grado de prevención a su padecimiento, teniendo una culminación satisfactoria tanto para el Sr. Teodoro como para el cuidador primario (esposa).

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería constituye la herramienta fundamental para detectar las Necesidades alteradas, formular diagnósticos de enfermería, y planear intervenciones poniendo en práctica cuidados integrales especializados a una persona con Malformación de Arnold Chiari tipo I.

Las evaluaciones de enfermería durante este estudio de caso nos llevó a planificar las intervenciones realizadas durante su estancia hospitalaria y posteriormente en su domicilio, las cuales fueron orientadas a detectar los tipos de disfunciones de la persona, así como su grado de dependencia, con los objetivos planteados y poder disminuir la sintomatología.

Con esto se logró disminuir el dolor, mejorar el tono y actividad muscular, reducir la espasticidad, reeducar las reacciones de equilibrio y enderezamiento; facilitar el movimiento en el nivel de la columna cervical, de la cintura y de los miembros superiores e inferiores, así como reeducar la marcha, también se logró una disminución de los problemas orofaciales, como la disfonía, disartria y disfagia, a través de la mejoría de la función respiratoria.

Así la persona pudo recuperar parte de su autonomía, disminuir su dependencia mejorar la calidad de vida, así como un seguimiento prolongado de la evolución de su enfermedad.

El síndrome de Arnold Chiari tipo I es una patología neurológica poco conocida por su escasa frecuencia y no por ello se le debe restar importancia. La prevención de complicaciones y recurrencias es fundamental para un buen manejo de la enfermedad. Esto se consigue en gran medida con una adecuada valoración, unida a una buena planificación de los cuidados. Por ello es importante que el personal de enfermería conozca esta patología y las complicaciones más frecuentes.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA



Instrumento de Valoración

Ficha de Identificación

Nombre: TEODORO Fecha de Nacimiento: 25/04/1962 Edad: 49 Sexo MASCULINO
Talla: 1.65CM Peso: 56 KG Grupo y Rh: O Rh NEGATIVO
Edo. Civil: CASADO Escolaridad: PREPARATORI TERMINADA Religión: CATOLICA.
Grupo Étnico: NINGUNO Idioma/ Dialecto: NINGUNO
Ocupación actual y anterior: DESEMPLEADO, TRABAJADBA EN ACABADOS DE CASA
Nivel socioeconómico: BAJO
Familiar a quien Avisar: JOSEFINA BABINES PIMENTEL
Domicilio Actual: CALLE 19 NORTE, 3627 COLONIA SAN MIGUEL HUEYOTILPAN PUEBLA
Radica en el DF o Interior de la Rep. Mex. PUEBLA
Teléfono: (0122)2461013 tel/Cel: 2223465169

Datos de Ingreso

Procedencia: HOSPITAL GENERAL DEL SUR DE PUEBLA
Fecha de Ingreso al Instituto: 21 DE SEPTIEMBRE 2011
No. de registro y folio: REG. 204864
Fecha de Ingreso al servicio: 29-09-11
Fuente de información: ENTREVISTA INDIRECTA CON SU ESPOSA Y DEL EXPEDIENTE CLINICO
Fecha de aplicación del instrumento: 10 /OCT/2011

Antecedentes Heredo familiares: 2 TIAS PATERNAS CON DM, MADRE CON ARTITIS REUMATOIDE Y PADRE ENFERMO DE LA COLUMNA SIN UN DIAGNOSTICO REALIZADO OTROS ANTECEDENTES PREGUNTADOS Y NEGADOS

**Valoración de Enfermería
14 Necesidades de Virginia Henderson**

Necesidad de Oxigenación.

Respiratorio:

Datos subjetivos:

Estilo de Vida (sedentaria/activa): ACTIVO
 ¿Presenta Disnea?: SI ¿Bajo qué circunstancias? POR LAS NOCHES
 Dificultad para respirar debido a: PATOLOGIA DIAGNOSTICADA HACE TRES AÑOS (CIARI TIPO I)
 ¿Fuma? NO No. de cigarrillos: X Inicio: X
 Entorno ambiental, familiar y laboral: CASA PRESTADA POR FAMILIA DE SU ESPOSA
 Antecedentes respiratorios:
 Alteración de las Vías Respiratorias Altas: NO
 Alteración de las Vías Respiratorias Bajas: SI
 Tx. para Dichas alteraciones: NO

Datos objetivos:

Estado Mental: DESPRIERTO

Glasgow (Pitsburg)	Hunt-Hess	Fisher	Ramsay
12	X	X	X

FR: 30 X Sat % Oximetria: 92%
 Coloración tegumentaria/mucosas/peribucal: CON PALIDEZ DE TEGUMENTOSNO Y MUCOSAS ORALES HIDRATADAS.
 Características del Tórax: SIMETRICO A LA ENTRAD DE AIRE.
 Tipo de respiración: RESPIRACION DE BIOT
 Patrón respiratorio: CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS CON DISCRETA HIPOVENTILACIÓN BIBASAL.
 Ruidos Respiratorios: NORMALES SIN PRESENCIA DE ESTERTORES O SIBILANCIAS
 Datos de Dificultad Respiratoria: NO HAY DATOS
 Tos/ reflejo tusígeno: SIN REFLEJO TUSIGENO
 Espujo (características): X
 Cultivo de Expectoración (resultado): X

Ventilación Mecánica:

No Invasiva: X
 Invasiva: SI No. De canúla : 8.5 Fija en # : 20 Sistema de Aspiración: SISTEMA CERRADO
 Secreciones Bronquiales: MODERADAS Y BLANQUESINAS. Modalidad: SIMV
 Índice de Kirby: 387

Parámetros ventilatorios

FR	VC	Flujo	Sensibilidad	PEEP	FiO2	Pausa Inspiratoria	Relación I:E	Presión Máxima
14	550		2	5	40%		1:2	20

Gasometrías: FiO% 40 T°36.8 °C

Muestra	pH	PC O2	PO2	HCO3	Sat %	-EB	Lactato	K	Na	Cl	Ca
Venosa											
Arterial	7.46	37	150	25.9	99%	-2.3		5.16	133	99.5	8.34

Química sanguínea 3 elementos	
Glucosa	90 mg/dL
Urea	23.0 mg/dL
Creatinina	0.35 mg/dL

Biometría Hemática	
Leucocitos	7.28 10 ³ /uL
Hemoglobina	10.4 g/dL
Hematocrito	32.3 L%
Plaquetas	328 10 ³ /uL

Cardiovascular:

Datos Subjetivos

Dolor: NO

Diáforesis:NO Acropaquia: NO Edema Características: NO

Datos de Insuficiencia Venosa profunda:NO

Datos Objetivos:

Ruidos cardíacos: RITMICOS EN ENTENSIDAD Y FRECUENCIA.

Frémido táctil en: NO

Soplos palpables en: NO

Llenado capilar: 2" Pulsos distales: PRESENTES PEDIO POPLITEO, Y FEMORAL

Datos de Insuficiencia Venosa profunda: SIN DATOS.

Trazo ECG: Ritmo:SINUSAL

Interpretación: TRAZO NORMAL CON RITMO SINUSAL. NO HAY DATO DE CRECIMIENTOS DE CAVIDADES CARDIACAS.

Laboratorios:

LABORATORIOS		
Tiempos de Coagulación	Resultados	Valores normales
Tiempo de protombina	13.9	12 – 16 seg
Tp % de actividad	89	80.00-120.00 %
INR	1.12	0.90 – 1.50
Tiempo de tromboelastina parcial	22.3	30.00 – 45.00seg
Testigo TP	13.4	11.50- 14.50seg
Testigo TTPA	28.9	24.00 – 35.00seg

Necesidades de nutrición e hidratación.**Datos subjetivos**

Se alimenta solo: SI Con ayuda: NO Horario y No. De comidas: DE 3 A 4 COMIDAS DIARIAS, HORARIOS IRREGULARES

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día: REFRESCOS DE 1 A 1.5 LTS AL DIA Y ESCASAMENTE AGUA

Preferencias: NO TIENE Desagrados: X

Dieta habitual: Carnes: 3/7 verduras: 2/7 Frutas: 4/7 Harinas: 5/7 Leguminosas: 5/7 Lácteos: 1/7 Hojas verdes: 4/7 Patrones de aumento/pérdida de peso: PERDIDA DE PESO

Suplementos alimenticios: NINGUNO

¿Tiene algún conocimiento sobre como favorecer su alimentación? NO

Ha presentado: anorexia: NO náuseas SI vómito SI indigestión NO hiperacidez NO

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

Cavidad bucal:

Capacidad para hablar: NO

Capacidad para masticar: NO

Capacidad para deglutir: NO

Datos objetivos

Días de Estancia en servicio: 12 DIAS

Peso: 54KG Talla: 1.65 IMC: 146.68 PA: 81 CM Circunferencia del Brazo: 23.5 CM
Glicemia capilar: 87 MG/DL

Características del Cabello: SIN CABELLO

Lengua: Hidratación: HIDRATADA Úlceras NO Inflamación NO Encías: color: PALIDO

Edema NO Hemorragia NO dolor NO Dientes: Caries NO Prótesis NO Sensibilidad al frío ___ calor ___ NO VALORABLE

Labios: Color PALIDO Hidratación: BUENA Grietas: NO Uñas: OPACAS Y DURAS Piel y mucosas: PALIDAS CON LIGERA DESHIDRATACION.

Tono muscular: HIPOTONIA GENERALIZADA.

Alimentación:

Enteral: Sonda NASOGASTRICA

Parenteral: _____

Tipo de dieta: INMUNEX 60CC/HRA 5X1 DE 6 A 24HRS

Hidratación:

Ingresos: 130.9 Egresos: 1900 Balance parcial: 591.0 PVC: 5

Soluciones I.V:

1.- Sol Fisiologica 0.9% de 1000cc + 1 amp de KCL + 1 amp de MgSO4 pasando 80cc/hra

2.- inotrópicos (Sol. Glucosa 5% de 250ml + 2 amp de Norepinefrina a 1.6mcg/mint)

3.- Sol Fisiologica 0.9% de 250cc + 1 amp KCL

Eliminación

Evacuación:

Datos subjetivos

Hábitos intestinales y características de las heces: 2,F,C,N, reg II

Al evacuar hay: dolor NO ardor NO

Tiene: estreñimiento NO Hemorroides NO Diarrea NO Flatulencias NORMAL

Antecedentes de afecciones digestivas/ hemorrágicas: NO

Presenta: Distensión Abdominal: NO

Datos objetivos

Características del abdomen: BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN VICEROMEGALIAS

Distensión abdominal NO Ruidos peristálticos PRESENTES AUDIBLES DE 7 A 9X"

Presencia de: ostomía NO

Frecuencia y cantidad de heces en 24 horas

Características de las heces: 1,S,a,c/a,pc II

Micción:

Datos subjetivos

Características de la orina: AMARILLA NO CONCENTRADA

Dolor o ardor al miccionar: NO

Antecedentes de afecciones renales: NINGUNA

Datos objetivos

Frecuencia: 3 veces al día.

Volumen urinario: 1.3 mlkghr

Características: AMARILLO CLARO

Sonda vesical: SI

Densidad: 1010

Necesidad de termorregulación

Datos subjetivos

Se protegen en los cambios de temperatura ambiente SI

Sensibilidad extrema al frío o al calor NO

Medidas físicas ARROPARSE BIEN USA PRENDAS DE VESTIR ADECUADA A LA OCACION

Adaptación a los cambios de temperatura: CON MAYOR ADAPTACION AL CALOR

Temperatura ambiental que le es agradable: EN EPOCA DE CALOR.

Condiciones del entorno físico: ES UNA AREA VENTILADA CON BUENA CORRIENTE DE AIRE.

Datos objetivos

Temperatura 36°C

La piel se encuentra (intacta, quemada, etc) NORMAL

Grado X localización X lesionada X

Diaforesis no X si X

Edema X fría PIEL FRIA caliente X

Necesidad de descanso y sueño.

Datos subjetivos

Patrones de reposo POR LO REGULAR DUERME 6 HRAS DIARIAS

Alteraciones por estados emocionales: PRESENTA MIGRAÑA DESDE LOS 15 AÑOS

Uso de reductores de tensión NINGUNO

Facilitadores del sueño, masajes, relajación, música, lectura, medicamentos: SILENCIO

¿Cuánto tiempo destina para descansar? NO TIENE

¿Cuántas horas duerme? 6 HRS

¿Se duerme fácilmente? NO ¿por qué? POR PRESENTAR MIGRAÑA

¿Se despierta durante la noche? SI ¿cuántas veces? DE 2 A 4

¿A que considera que se deban estas alteraciones? REFERIA QUE LE FALTABA EL AIRE

¿Ronca ruidosamente? NO

¿Qué ha hecho para solucionarlo? NADA

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? NO CONCILIA EL SUEÑO

¿Cómo influye el lugar donde vive en su patrón de su sueño? OBSCURO Y CON RUIDO

¿Sus actividades diarias influyen en el descanso y sueño? SI

¿De qué manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? NO

Datos objetivos

Durante el día manifiesta: sopor, bostezo, otros datos: CEFALEAS

Aditamentos para dormir NO que tipo SOLO SIN LUZ Y RUIDO

Existen procedimientos frecuentes por el personal: SI

Iluminación permanente NO

Dolor NO

Fármacos: BUPRENORFINA 150MG SC C/8HRS

Evitar peligros

Datos subjetivos

Mecanismos de defensa

Esquema de vacunación NO SE SABE

Revisiones periódicas: REVISIONES DE MIGRAÑAS

Protección ante ETS: NO

La percepción sensorial.

Olfato NO VALORABLE

Visión NO VALORABLE

Oído HIPOACUCIA BILATERAL

Tacto NO VALORABLE

Conocimientos sobre medidas de seguridad NO

Manera habitual de afrontar situaciones difíciles.

Evitar enfrentamientos SI

Datos objetivos

Nivel de conciencia.

Alerta NO Somnoliento SI Estupor NO Coma NO

Movilidad.

Uso de barandales: SI

Estados emocionales

Cooperador SI Ansiedad POR NO PODERSE COMUNICAR

Higiene y protección de la piel

Datos subjetivos

Hábitos higiénicos habituales

Baño DIARIO frecuencia de lavado de cabello DIARIO higiene bucal 2 VECES AL DIA

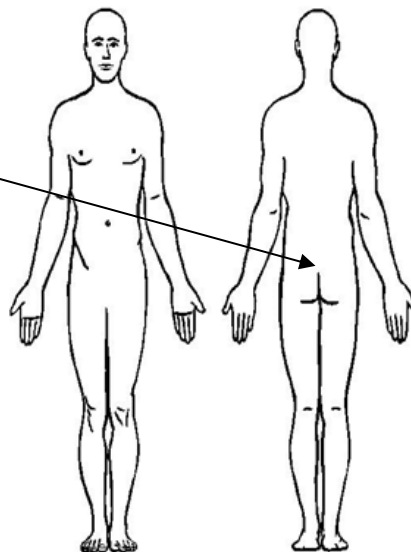
Cambio de vestimenta DIARIO

Alteraciones de la superficie cutánea

Estado de la piel: Color PALIDA Temperatura 36.0°C Presencia de lesiones SI

Lesiones

SOLO SE MUESTRA ENROGESIMIENTO
EN ZONA COCCIXEA Y SACRA



Moverse y mantener una buena postura.

Hábitos de actividad y ejercicios:

Casa: SEDENTARIO

Trabajo: ACTIVO

Tiempo libre: NINGUNO EN OCACIONES LOS DOMINGOS

Medidas higiénicas para moverse y tener buena postura:

-Ejercicios activos: NO

- Pasivos: SI CAMINA PARA IR A SU TRABAJO

-Uso de calzado adecuado: TENIS COMODO PARA SU TRABAJO

- Limitaciones para la deambulaci3n: SI SU HIPOTONIA

Postura habitual en relaci3n con el trabajo:

Dolor muscular EN OCACIONES Inflamaci3n de articulaciones NO Defectos 3seos: NO

Datos objetivos:

Revisi3n:

Capacidad funcional DISMINUIDA Mano dominante DERECHA

Utilizaci3n de brazos, piernas y manos NO

Fuerza:

Superior derecho 3/5

Superior izquierdo 3/5

Inferior derecho 1/5

Inferior izquierdo 1/5

Marcha NO VALORABLE Utilizaci3n de aparatos NO

Cambios de posici3n: DOS VECES POR TURNO O HASTA UNA SOLA VEZ

Se puede trasladar de la cama a reposit: NO

Utilizaci3n de almohadas u aparatos en sitios de salientes 3seas:

Almohadillas SI Cojines SI Colch3n de agua o neum3tico NO

Posici3n:

Semifowler SI Fowler SI

Movimientos pasivos:

Miembros tor3xicos X Miembros p3lvicos X Rehabilitaci3n SI

Atrofia muscular (S3ndrome de rueda dentada): EN OCACIONES PRESENTA ESPASTICIDAD

Rigidez NO Edema NO Dolor NO

Uso de prendas de vestir adecuadas.

Datos subjetivos

Distingue relaciones de higiene personal y salud: SI Necesita ayuda para vestirse o desvestirse: NO

Tipo de ropa de acuerdo a clima SI Utilizaci3n de pañal: NO

Datos objetivos

Concordancia de vestido de acuerdo a la situaci3n: DE ACUERDO A LAS POLITICAS DEL SERVICIO CON PANAL DE TELA Y SABANAS PARA CUBRIRLO.

Necesidad de comunicarse.

Datos subjetivos.

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos SI Relaciones con la familia y otras personas SE CONSIDERA SOCIABLE

Utilización de mecanismos de defensa:

Agresividad _____ Hostilidad _____ Desplazamiento _____ Risas SI

Datos objetivos

Limitaciones físicas que interfieren en su comunicación SI SE ENCUENTRA

OOINTUBADO Limitaciones de comprensión NO

Necesidad de aprendizaje.

Datos subjetivos.

Conocimientos sobre la etapa de desarrollo NO

Conocimiento sobre: necesidades básicas SI estado de salud actual SI Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad: SI por que ENTENDER UN POCO SOBRE SU ENFERMEDAD.

Técnicas de autocontrol: emocional(asiste a grupos de ayuda) NO

Cambios en sus hábitos de vida SI NUTRICIONALES

Motivar para crear inquietud de aprendizaje SI LE INTERESA SABER SOBRE SU ENFERMEDAD.

Situaciones que alteran: capacidad de aprendizaje _____ ansiedad SI

dolor _____ pensamientos _____ sentimientos _____ angustia SI

Como considera su estado emocional BUENO

Datos objetivos

Iniciativa para obtener nuevos conocimientos SI

Cambio en :actitudes y aptitudes SE MUESTRA MAS TRANQUILO POSTERIOR A LA EXPLICACION SOBRE SUS CUIDADOS

Participar en actividades recreativas.

Datos subjetivos.

Realiza actividades recreativas. NO

El uso de su tiempo libre le produce satisfacción SI POR QUE PUEDE ESTAR CON SU FAMILIA

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan NO

Datos objetivos

Aspecto físico EN CAMA INMOBILIZADO

Tipo de actividad: REABILITACIÓN

Vivir según sus creencias y valores

Datos Subjetivos

Religión CATOLICO ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? NO

Principales valores en su familia: HONRADEZ Y RESPONSABILIDAD

Principales valores personales: HONESTIDAD Y SINSERIDAD.

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

Ritos que debe participar de acuerdo a su religión PARTICIPA EN ACTIVIDADES RELIGIOSAS.

Con que frecuencia CADA DOMINGO

Datos objetivos

Su religión interviene con su tratamiento NO INTERVIENE

Necesidad de trabajar y realizarse

Datos subjetivos

Se ocupa de labores cotidianas en la casa: COLABORA EN LAS ACTIVIDADES DE SU CASA

Trabaja actualmente NO

El trabajo que desempeña está acorde a su profesión: SI

Cuanto tiempo le dedica a su trabajo TODO EL DIA DE LUNES A SABADO

Está satisfecho con su trabajo: SI

Tipos de riesgos laborales CAIDA DE ESCALERAS, TROPESONES Conflictos laborales NINGUNO

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades y/o las de su familia SI

Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega: SI ¿por qué? LE GUSTA ASU TRABAJO

Vida sexual activa: NO

Datos Objetivo

Estado emocional: DESPIERTO Y EN OCACIONES SOMNOLIENTO Ansioso SI

Temeroso SI Irritabl SI Inquieto SI

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Carta de Consentimiento Informado para Estudio de Caso


México D.F a 10 de Octubre 2011.

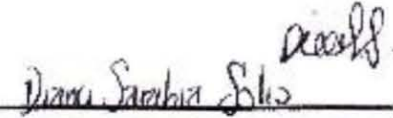
Por medio de la presente acepto participar en el estudio de caso de la Lic. Diana Sarabia Solís, explicando que mi participación constara en una entrevista directa e indirecta, para datos sobre mi enfermedad.

La estudiante de la especialidad responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier procedimiento que pudiera ser ventajoso para mi cuidado.

Entendiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo en el instituto.

La alumna responsable me a dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio de caso y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.


Nombre y firma del paciente


Nombre y firma de la estudiante


Testigo


Testigo

ANEXO 3

CUADRO DE CODIGO DE EVACUACIONES

Código de Evacuaciones

Numero de evacuaciones	Consistencia	Color	Constituyentes anormales	Cantidad	Olor
<p>Se escribe con números arábigos ejemplo: 1,2,3.....</p>	<p>C:constipado (coprolito) F: formada P:pastosa B:blanca S:suelta (pates solida) L: liquida E:espumosa</p>	<p>a: amarillo c: café v:verde n:negro d:descolorida (acolia)</p>	<p>c/m: con moco c/s: con sangre c/p: con parasitos c/a: con restos alimenticios</p>	<p>pc: poca reg: regular ab: abundante</p>	<p>I: ácido II: fétido</p>

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández FC, Garrido AM, Santo Tomás PM, Serrano MD. Enfermería Fundamental. Masson; Barcelona; 2000.
2. Martí I, Garcia A, Prats JM. Malformación de Chiari tipo I y siringomielia reversible. Neurología 2003.
3. Carmel PW, Markesbery WR. Early descriptions of the Arnold-Chiari malformation: the contribution of John Cleland. J Neurosurg 1972.
4. Chiari H. Über veränderungen des Kleinhirns infolge von congenitaler Hydrocephalie des Grosshirns. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1891.
5. Kérouac S, Pepin J, Ducharme A, Major Francie, El Pensamiento Enfermero, El sevier , 1ra edición, España 2007.
6. Fernández C.V; Malformación de Chiari en Adultos; Neurologia Contemporánea, Vol. 1; Núm 3; Junio 2007.
7. Wesley R. L. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª edición. México: Interamericana McGraw-Hill. 1995.
8. Alfaro-LeFevre R. El pensamiento crítico en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona: Masson. 1997.
9. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. En: http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html.
10. Nota del Servicio de Terapia Intensiva Expediente Clínico 204864, INNN, 2012.
11. Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermería. McGraw-Hill, Interamericana; Madrid 1993.
12. Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Mosby, Doyma Libros; Barcelona 1996.
13. Luis MT. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería 1991.
14. Griffit JW, Christensen PJ. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. El Manual Moderno; México 1986
15. Marriner Tomey, Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. 4ª edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid. 1999.

16. Zarranz, J; Neurología, 3ª ed; Editorial El Sevier Science, Madrid España, 2003.
17. Osborn AG. Diagnostic neuroradiology. St. Louis: Mosby-Year Book; 1994.
18. Stokes Maria; Fisioterapia en la Rehabilitación Neurológica, 2ª ed; Editorial Biblioteca de Fisioterapia El Sevier; 2007.
19. Campo MA, Espinalt MA, Fernández C, Oriach MR y Viladot A. Proceso de Enfermería y Valoración. Barcelona: Multimédica; 2000.
20. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5a ed. Barcelona: Mosby
21. Henderson V. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo internacional de enfermeras; 1971.
22. Fernández C, Novel G. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
23. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson; 1998.
24. Iyer, P.W. Taptich, B.J. Proceso y diagnóstico de enfermería; 3a. edición. México. McGraw Hill-Interamericana, 1997.
25. López R, Nazar C, Sandoval P, Guerrero I, Mellado P, Lacassie HJ. Malformación de Arnold-Chiari tipo I con siringomielia, trabajo de parto y analgesia neuroaxial. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2007 May.
26. Hospital Provincial docente clínico quirúrgico José Ramón López Tabrane. Rev. Med. Electrón. v.32 N.5 Matanzas sep.-oct. 2010, Malformación de Arnold Chiari tipo I. Presentación de un caso.
27. Revista neurocirugía; <http://www.rneurocirugia.com/?p=210>
28. Cesar A. Castañeda Díaz, Revista Neuro – Psiquiatría 2003:66; Impresión basilar asociada a a Malformación de Arnold Chiari en el Adulto.
29. M.A. Rodríguez-Navarro*, J.A. Pérez-Moreno, P. González-Pérez, E. Rubio y E. Manzano; Rev. Soc. Esp. Dolor v.16 n.2 Narón (La Coruña) mar. 2009; Cefalea recurrente pospunción dural en una paciente con síndrome de Chiari tipo I no conocido.