

UNAM
POSGRADO
Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERIA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO
SEDE: HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

ESTUDIO DE CASO
QUE PRESENTA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA
L.E. ESMERALDA PERALTA CRUZ

"INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE
ENFERMERÍA A UNA PERSONA CON
INSUFICIENCIA CARDIACA SEGÚN EL MODELO
DE VIRGINIA HENDERSON"

E.E.A.E.C MARIA ELENA DOMINGUEZ
TUTOR CLÍNICO

MEXICO 2007



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.

ESO QUE ESPERAS LLEGARA

Aunque Dios demore por un tiempo, no te desesperes ni te desilusiones, pues **LO QUE ESPERAS LLEGARA A TI.**

ESPERA, pues es necesario que antes de recibir eso que tanto deseas, tu fe y paciencia maduren.

ESPERA, pues Dios te dará la capacidad para asumir tu **RESPONSABILIDAD** con mucho amor, valentía, fe y paciencia.

ESPERA, pues Dios estará siempre pendiente en **PROVEER** tus diversas necesidades aun de la manera que menos lo esperes.

ESPERA recordando que separados de Cristo nada podemos hacer.

ESPERA recordando que la acción y la compañía incondicional de Dios estarán siempre contigo donde quiera que estés.

Anónimo

Gracias a E.E.A.E.C VIANEY BENITEZ MARTÍNEZ,
E.E.A.E.C AMELIA RODRIGUEZ MENDEZ,
DR ENRIQUE PÉREZ SANCHEZ por su
tiempo para la revisión de este trabajo.
Gracias de manera especial y sincera a la
E.E.A.E.C MA. ELENA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ
por aceptarme para realizar este estudio de
caso bajo
su dirección, su apoyo y confianza, debo
destacar por
encima de todo su disponibilidad y
paciencia.
GRACIAS A TODOS

El agradecimiento más profundo
y sentido a Dios, a mi familia
y amigos, por ellos y para ellos.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	OBJETIVOS	6
2.1	General	6
2.2	Específicos	6
III.	MARCO CONCEPTUAL	7-13
3.1	Antecedentes.....	7
3.2	Conceptualización de enfermería	8
3.4	Modelo conceptual de “ Virginia Henderson”	9-12
3.5	Proceso de Enfermería	13
IV.	METODOLOGÍA	14-24
4.1	Selección y descripción del caso	14
4.2	Marco teórico	15-22
4.3	Consideraciones Éticas	23
V.	APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	24-61
5.1	Valoración	24-27
5.2	Valoración por Necesidades	28-31
5.3	Valoraciones Focalizadas	53-55
5.4	Análisis e interpretación de estudios de laboratorio.....	28; 54-56
5.5	Diagnósticos de Enfermería	32-52;56-60
5.6	Proceso de diagnóstico (Formato PES)	32-52;56-60
	• Necesidad	
	• Diagnostico de Enfermería	
	• Fuente de dificultad	
	• Nivel de dependencia	
5.7	Plan de cuidados	33-53;56-60
	Objetivo	
	Intervenciones de Enfermería (Fundamentación)	
	Ejecución	
	Registro de las intervenciones	
	Evaluación	61
VII	PLAN DE ALTA	62-64
VIII	CONCLUSIONES	65
IX	SUGERENCIAS	66
X	BIBLIOGRAFIA	67-68
XI	ANEXOS	69-76

I. INTRODUCCIÓN

El Cor pulmonale, es un término que denota Insuficiencia Cardíaca Derecha. Es usado para describir cambios en la estructura y función del ventrículo derecho como resultado de un desorden respiratorio que produzca hipertensión arterial en la arteria pulmonar. La hipertrofia del ventrículo derecho es el cambio principal en el Cor Pulmonale crónico y dilatación del ventrículo en los casos agudos, ambos consecuencia de un incremento de la presión en el ventrículo derecho del corazón.¹

Como se describirá más adelante, la disnea y el edema en miembros inferiores son los dos criterios más usados en el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca Congestiva y estos justamente son las principales manifestaciones del paciente con Cor Pulmonale.

El Cor Pulmonale, representa una enfermedad con demanda de servicios de salud y es frecuente la asociación con otras enfermedades cardíacas. En su evolución tiene complicaciones que pueden llegar a la muerte, motivo por el cual se deben tomar acciones preventivas y de fomento a la salud cardiovascular al demostrarse que su etiología esta relacionada con enfermedades prevenibles o controlables: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Fibrosis pulmonar (Tuberculosis, Neumoconiosis), **Obesidad**, y por otra etiología como fue el caso de esta paciente “**alteraciones pulmonares por humo de leña**” (1).

Es difícil encontrar a una persona con una sola patología en las unidades de cuidados intensivos, hago mención que la persona presentaba varias patologías agregadas: Hipertensión arterial Sistémica, Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal Crónica (todas ellas controladas) Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, Estenosis aortica y Cor Pulmonale (se diagnosticaron en su estancia hospitalaria), solo el Cor Pulmonale se mencionara en el marco teórico.

En México no se cuenta con incidencia y prevalencia acerca del Cor Pulmonale, solo existen datos de Insuficiencia Cardíaca y esta la padecen más de 750 mil personas y se estima que cada año hay 75 mil nuevos casos, es frecuente en pacientes mayores de 65 años de edad.²

Teniendo en cuenta que en México la pirámide poblacional se esta invirtiendo, es de esperarse que la insuficiencia cardiaca es y será una de las principales causas de morbilidad-mortalidad constituyéndose como un problema de salud creciente, por los altos costos.

¹ Restrepo S, Solarte I. Cor pulmonale. Rev Colomb Neumol 1994; 6:198-200.

² INEGI 2003.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio de caso a una persona en estado crítico con patología cardiopulmonar, para detectar alteraciones en las necesidades según el modelo de Virginia Henderson y brindar cuidados especializados de enfermería.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar una valoración de enfermería con el modelo de Virginia Henderson.

Identificar las necesidades alteradas según el modelo de Virginia Henderson como consecuencia del proceso patológico.

Priorizar las necesidades según la importancia de actuación en el cuidado.

Describir las intervenciones especializadas de enfermería en las complicaciones potenciales.

Realizar acciones educativas sobre el cuidado y prevención de la patología y posibles complicaciones a la persona.

III. MARCO CONCEPTUAL

3.1 ANTECEDENTES

Para el desarrollo del siguiente estudio de caso, es fundamental que la enfermera realice búsquedas, relacionadas a la temática abordada ya que la mortalidad por Cor Pulmonale en México es en gran medida desconocida, pero sí hay datos más precisos acerca de las enfermedades que la desencadenan. Por ejemplo, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, que a escala nacional ocupa el cuarto lugar como causa de muerte en mujeres y el quinto en hombres.¹

Se realizó una revisión de la literatura internacional en medios electrónicos (<http://www.index>) y se encontraron estos documentos de Brasil: Peixoto, Maria Selma Pacheco “Adesão do paciente com insuficiência cardíaca ao tratamento ambulatorial” São Paulo; abr. 2001. 229 p. Tab. Telles Filho, Paulo Celso Prado; Mendes, Maria Manuela Rino “Insuficiência cardíaca em idosos: estudo de caso”.

“Intervención de enfermería al paciente con insuficiencia Cardíaca Congestiva” de Claudia Ariza Olarte de la facultad Enfermería y Facultad de Medicina de Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia”. “Efecto del manejo especializado por personal de enfermería en pacientes con Insuficiencia Cardíaca” por el Dr. Daniel Ferrante.

En el acervo de la Biblioteca central de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM) solo se cuenta con un proceso de Atención de enfermería en la persona con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (P-BR-ADQ 47) de Javier Bravo.

No existe referencia alguna sobre Intervenciones especializadas de Enfermería a una persona con Insuficiencia Cardíaca (Cor Pulmonale) según el modelo de Virginia Henderson, y es de mi agrado mencionar que este estudio de caso es el primero en realizarse dentro de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM).

3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

¹ INEGI 2003

El cuidado crítico o intensivo es una especialidad desarrollada para cubrir las diversas necesidades de cuidados de la salud de los pacientes, en condiciones reales o potenciales que amenacen la vida.

La enfermera en cuidados críticos es parte del equipo multidisciplinario necesario para aportar aptitudes y conocimientos especializados en el cuidado del paciente en estado grave. Centrado en un ambiente altamente tecnificado, para cumplir con estas intervenciones la enfermera requiere aptitudes y conocimientos especializados y principios fundamentales. (La enfermera en cuidados críticos debe poseer los conocimientos, aptitudes y atributos adecuados para responder efectivamente a las necesidades de los pacientes en estado grave.)²

En el siguiente estudio de caso se aborda a una persona con falla cardiaca y se determino aplicar el modelo de Virginia Henderson, para el abordaje del proceso de Atención de Enfermería a partir de detectar la evolución de la enfermedad y evitar daños y complicaciones.

3.3 MODELO CONCEPTUAL DE “VIRGINIA HENDERSON”

² Internacional Nursing Council.

Virginia Henderson (1897-1996) desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.)

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON: Organización conceptual de los cuidados de enfermería, basada en el conocimiento y la satisfacción de las necesidades de la persona, con referencia al desarrollo óptimo de su independencia.

NECESIDAD: Es una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y de asegurar su desarrollo.

ENFERMERA: "La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Además, la enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico". Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte."

OBJETIVO de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente.

PERSONA presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de las necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar para mejorar su satisfacción.

ROL PROFESIONAL es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos. La fuente de dificultad que en este modelo recibe el nombre de áreas de dependencia:

CONOCIMIENTOS se refieren a la situación de salud, cómo manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia la falta de conocimientos se identifica como área de

dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados.

La **FUERZA** puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con él (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones.

En ambos casos debe de tener potencial de desarrollo mediante la intervención de la enfermera.

La **VOLUNTAD** implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Para identificar como área de dependencia la voluntad, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y sin embargo no tiene la voluntad requerida para tomar decisiones o llevar a cabo acciones necesarias para el cuidado.

LAS NECESIDADES HUMANAS

Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno. De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades.

Las 14 necesidades

1. Oxigenación.
2. Alimentación e hidratación.
3. Eliminación.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Descanso y sueño.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros.
10. Comunicación
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.

- 13. Participar en actividades recreativas.
- 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona.

CONCEPTO DE INDEPENDENCIA

Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

CONCEPTO DE DEPENDENCIA

Desarrollo insuficiente e inadecuado para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

CONCEPTO DE AUTONOMÍA

Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Son conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida. Por indicador de conducta se entiende los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representa o la señala, por ejemplo la relación talla / peso no es una conducta, pero sí un dato indicador de la adecuación de la dieta de la persona a su gasto energético.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Son las acciones que realiza la persona y son incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPENDENCIA

Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
---------	---------	---------	---------	---------	---------

La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permiten asegurar su hemostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda.	La persona necesita a alguien que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su hemostasia, para asegurarse de lo que hace bien o para que le preste alguna ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	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 contar enteramente con alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento y no puede en ningún modo participar en ello
--	---	---	---	--	--

Phaneuf. M *La planificación de los cuidados enfermeros* McGraw-Hill Interamericana. pp. 17

3.4 PROCESO DE ENFERMERIA

1. Las etapas de valoración y diagnóstico son una guía para la obtención de datos para el análisis y síntesis de los mismos. En estas etapas se determinará:
 - a. El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
 - b. Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
 - c. La interrelación de las necesidades con otras.
 - d. La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
2. En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia con base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo (siempre que sea posible) en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.
3. Finalmente, en la etapa de EVALUACION, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos o alcanzados a partir de la aplicación del plan de cuidados, y la intervención de la enfermera va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.³

³ Fernandez C.; Novel Martí, "El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería".

IV. METODOLOGÍA

4.1 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se selecciono una persona de la Terapia Intermedia del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, apoyándome de la orientación de la práctica clínica, el grado de complejidad de la patología, y sobre todo el que no existe referencia alguna sobre Intervenciones especializadas de Enfermería en personas con Cor Pulmonale.

Se trata de persona femenina de 70 años de edad, actualmente radicada en el DF, inicia su padecimiento el 03 de Noviembre del 2006 con rinorrea y expectoración hialina, obstrucción nasal, descarga retranasal, tos, disnea de pequeños esfuerzos y somnolencia. Acude de primera instancia al servicio de urgencias del ISSEMYM por presentar la sintomatología durante una semana (03-09/11/06).

Al incremento de la somnolencia (2 días de evolución) presenta cianosis leve, y es llevada al servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias por sus familiares, donde niega tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, menciona no realizar ningún tipo de deportes, con buena higiene, alimentación regular en cantidad y calidad, diabética e hipertensa de larga evolución; con exposición al humo de leña en su juventud, se conoce como roncadora crónica y presenta apneas nocturnas y somnolencia diurna. Usa O2 a 1 lpm nocturno desde hace varios años.

En el servicio de urgencias INER presenta irritabilidad, agresividad, somnolencia y presenta un paro respiratorio, por lo cual es orointubada y asistida con apoyo mecánico ventilatorio. Se realiza el diagnostico de: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Acidosis Mixta, Insuficiencia Renal Crónica (todas ellas controladas) e Insuficiencia Cardíaca (Cor Pulmonale).

La persona se reporta como muy grave y es ingresada al servicio de TERAPIA INTERMEDIA. Con 2 días de estancia ha presentado ligera mejoría, su estado de salud sigue reportándose grave y su pronóstico continúa reservado a evolución.

Se realizo una valoración cefalocaudal al inicio, una por necesidades y 4 focalizadas de las cuales se encontraron 19 diagnósticos, 11 diagnósticos reales y 8 diagnósticos de riesgo.

4. 2 MARCO TEÓRICO

INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA / COR PULMONALE

Diferentes definiciones del *cor pulmonale* han sido propuestas en las últimas décadas. La más conocida es la definición que sostiene que este nombre debe aplicarse al “estado de hipertrofia del ventrículo derecho originado por diferentes enfermedades que alteran la función o estructura de los pulmones”, pero también ha sido la más criticada por considerarse basada en descripciones patológicas.

A pesar de estas críticas, la definición sigue siendo muy útil como una guía para orientar la interpretación de los métodos de diagnóstico más recientes, especialmente el ecocardiograma.

Otra propuesta sugiere que el término hipertrofia de la definición anterior sea reemplazado por “alteración estructural y funcional del ventrículo derecho”, con lo cual se pone de manifiesto que las consecuencias son dinámicas y no solamente anatómicas.

El conocimiento fisiopatológico actual ha centrado el interés en el papel preponderante de la alteración de los vasos pulmonares en la génesis y consecuencias del Cor pulmonale, por lo cual se ha propuesto que una definición coherente con ello debe ser la de considerar al Cor pulmonale como “una forma de hipertensión arterial pulmonar debida a enfermedades que afectan la estructura o función del pulmón y que lleva a crecimiento ventricular derecho, con hipertrofia o dilatación, y cuya consecuencia puede ser la falla del ventrículo derecho”.

Para la definición de la enfermedad según la presión media en la arteria pulmonar, el valor es >15 mmHg en los menores de 50 años; y aunque se eleva con la edad, no debe superar los 20 mmHg. Por encima de este valor se considera que hay hipertensión pulmonar, y si hay documentación o sospecha de enfermedad pulmonar asociada como su causa, puede diagnosticarse Cor pulmonale. La presencia de enfermedad pulmonar coexistente es, entonces, factor indispensable para el diagnóstico, pues la hipertensión pulmonar es un rasgo compartido por otros grupos de enfermedades. (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de Hipertensión pulmonar
1. Hipertensión arterial pulmonar
a. Hipertensión arterial primaria: esporádica, familiar
b. Relacionada a: Enfermedad vascular del colágeno
Cortocircuito sistémico-pulmonar congénito
Hipertensión portal
Infección de HIV
Drogas y toxinas: anorexígenos.
c. Presencia de Hipertensión arterial en el neonato
2. Hipertensión venosa pulmonar
a. Enfermedades del corazón izquierdo
b. Enfermedades de válvulas del corazón izquierdo
c. Compresión extrínseca de venas pulmonares: fibrosis mediastinal, tumores y adenomegalias
d. Enfermedad pulmonar venooclusiva
3. Hipertensión arterial pulmonar asociada a Alteraciones Respiratorias o Hipoxemia
a. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
b. Enfermedad pulmonar intersticial difusa
c. Síndrome de Apnea del Sueño
d. Alveolar
e. Exposición crónica a altitudes
f. Enfermedad pulmonar neonatal
e. Displasia alveolocapilar
3. Enfermedad pulmonar tromboembólica crónica
a. Tromboembolismo proximal
b. Tromboembolismo distal: embolismo pulmonar (trombo, tumor, parásitos, cuerpos extraños), trombosis in situ: Anemia de células falciformes
4. Alteraciones que afectan directamente los vasos pulmonares
a. Inflammatorias
b. Sarcoidosis
c. Hemangiomas capilar pulmonar
d. Esquistosomiasis

1. Adaptado de Weitzenblum E. Chronic Cor Pulmonale. Heart 2003; 89:225–230.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

El Cor Pulmonale, además de sus causas vasculares, sus etiologías más frecuentes y reconocidas internacionalmente son las mismas, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Tabla 2), sin embargo debe anotarse que excepto en publicaciones latinoamericanas, poco se escribe respecto a la neumopatía por humo de leña, cuya prevalencia como causa de Cor Pulmonale podría explicar entre 30-40 por ciento de los casos.

Como en el caso de la insuficiencia cardíaca, también los factores etiológicos se entremezclan, así la neumopatía por humo de leña puede estar acompañada de tabaquismo y enfermedad arterial pulmonar hipertensiva por las alturas.

Se han identificado los factores que influyen el pronóstico del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, pero no es tan claro en el caso del Cor Pulmonale.

Tabla 2. Enfermedades del Sistema Respiratorio asociadas a Hipertensión pulmonar
1. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
a. Enfisema y bronquitis crónica
b. Asma (con obstrucción no reversible).
c. Fibrosis quística
d. Bronquiectasias
e. Bronquiolitis obliterante
2. ENFERMEDAD PULMONAR RESTRICTIVA
a. Enfermedades neuromusculares: Esclerosis lateral amiotrófica, miopatía paradiafragmática bilateral.
b. Cifoescoliosis.
c. Torocoplastia
d. Secuelas de tuberculosis pulmonar
e. Sarcoidosis
f. Neumoconiosis
g. Enfermedad pulmonar asociada a drogas
h. Alveolitis alérgica extrínseca
i. Enfermedades del tejido conectivo
j. Fibrosis pulmonar intersticial ideopática
k. Fibrosis pulmonar intersticial de origen desconocido
3. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DE ORIGEN CENTRAL
a. Hipoventilación alveolar central
b. Síndrome de obesidad hipoventilación (Síndrome de Pickwick
c. Síndrome de apnea del sueño

2. Adaptado de Weitzenblum E. Chronic Cor Pulmonale. Heart 2003; 89:225–230.

FISIOPATOLGIA

La Hipertensión pulmonar es responsable del desarrollo del *cor pulmonale* se debe, principalmente, a los efectos locales de la hipoxemia.

Dos mecanismos llevan a los cambios vasculares derivados de la hipoxemia. El primero es el de la vasoconstricción hipóxica, que se presenta sobre todo en condiciones agudas y que ocurre principalmente en las pequeñas arteriolas precapilares, como se observa durante el ejercicio en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica o en los episodios de exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar.

El segundo mecanismo es un evento crónico de cambios en la pared vascular conocido como “remodelación vascular”, que aparece desde antes de que se mantenga la hipoxemia en reposo y lleva a fibrosis de la íntima vascular, aumento del espesor del músculo localizado en la capa media e incluso muscularización (aparición anormal e incremento de la capa muscular) en arteriolas.

El proceso de remodelación sería consecuencia del incremento en el estrés celular por vasoconstricción sostenida que lleva a mayor expresión de endotelina,

angiotensina y factores locales de crecimiento, a la par con incapacidad local para la síntesis de prostaciclina y óxido nítrico local.

Un factor de importancia en el desarrollo del *cor pulmonale* es la disminución en el área vascular pulmonar, que acompaña a la destrucción y fibrosis del parénquima en las enfermedades obstructivas e intersticiales. Otros factores relacionados, aparentemente en menor grado, son la presencia de acidosis respiratoria debida a la hipercapnia y el aumento local de la viscosidad sanguínea derivada de la poliglobulia que aparece como compensación a la hipoxemia.

En conjunto, todos estos hechos llevan a aumento de la resistencia vascular pulmonar, para la cual el ventrículo derecho no está bien preparado. El ventrículo derecho, un músculo muy delgado, está adaptado a un sistema de baja presión y su capacidad de reserva contráctil es muy limitada. En respuesta al incremento de la resistencia hay crecimiento ventricular por una mezcla de los mecanismos de hipertrofia y dilatación, sin que caiga inicialmente el gasto cardíaco.

La disfunción diastólica y sistólica resultante en el ventrículo derecho puede llevar, con incrementos superiores de la presión, a causar desviación hacia la izquierda del tabique interventricular (desviación paradójica del septum), situación que puede asociarse con restricción a la función ventricular izquierda y en ocasiones caída del gasto cardíaco. Este es un evento más tardío y su aparición, que ocurre a la par con la de la disfunción ventricular derecha y la manifestación de los edemas, no es susceptible de pronóstico en el paciente individual.

En resumen, la génesis del *cor pulmonale* es principalmente la hipoxemia por enfermedad pulmonar, debido a la vasoconstricción, remodelación vascular y disminución del área vascular, y su consecuencia es el incremento de la carga sobre el ventrículo derecho que puede llevar a deterioro posterior de las cavidades izquierdas e hipoperfusión sistémica. Los edemas son resultado tanto de la hipoperfusión renal como del aumento de la presión venosa sistémica y su efecto sobre la hemodinamia intraglomerular.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El *cor pulmonale* es consecuencia de otra enfermedad pulmonar, usualmente por lo que el cuadro clínico suele estar dominado por los signos y síntomas de la enfermedad subyacente, en la mayoría de casos de la **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**, la enfermedad intersticial, el **Síndrome de hipoventilación en la obesidad** o las restricciones por anomalía adquirida o congénita de la caja torácica.

En cualquiera de estos pacientes que se presentan a se deben buscar de manera activa los signos clínicos de crecimiento y sobrecarga del ventrículo derecho. Entre ellos están la búsqueda del latido paraesternal y del impulso

epigástrico, la auscultación de un soplo de regurgitación tricúspide y el incremento del componente pulmonar del segundo ruido.

Otros signos corresponden a las manifestaciones más avanzadas de la hipoxemia severa, como cianosis, hipocratismo digital, irritabilidad y, en casos de hipercapnia severa, alteración del estado mental y alteraciones en los reflejos pupilares que señalan la presencia de edema cerebral por retención de dióxido de carbono. Los edemas periféricos y la ingurgitación venosa sistémica (distensión de las yugulares y hepatomegalia a veces pulsátil) son necesarios para definir el *cor pulmonale*.

Las tres causas más frecuentes de disfunción del ventrículo derecho son: infarto del ventrículo derecho como extensión de un Infarto agudo al miocardio inferior y posterior, sobrecarga de volumen como en el caso de comunicación interventricular y menos frecuentemente por comunicación ínterauricular, y por Hipertensión pulmonar (Cor Pulmonale propiamente dicho)¹.

COR PULMONALE AGUDO

El *Cor Pulmonale Agudo* es una entidad nosológica diferente del *Cor Pulmonale Crónico* tanto estable como descompensado. En general, por todas las enfermedades antes señaladas, el paciente ha tenido un curso crónico de su enfermedad pulmonar y la instalación de los edemas y el deterioro han ocurrido en forma progresiva.

La disfunción ventricular derecha aguda sin claros signos de enfermedad pulmonar, con radiografía de tórax normal o con mínimas alteraciones y severa hipoxemia y bajo gasto cardiaco es la manifestación cardiovascular del embolismo pulmonar severo.

En este caso los fenómenos fisiopatológicos subyacentes derivan del desarrollo agudo de hipertensión pulmonar por oclusión vascular, con disminución del área transversa del lecho pulmonar y liberación de sustancias vasoactivas por el émbolo, con hipoxemia resultante del bajo gasto (ya no su consecuencia).

La elevación aguda de la resistencia vascular pulmonar no permite los cambios de adaptación del ventrículo derecho, que se ve sujeto a dilatación aguda e incremento de la tensión en su pared y aumento del consumo de oxígeno.

Como resultado de la dilatación severa aguda, se compromete el llenado ventricular izquierdo y hay caída del gasto cardíaco que puede llevar al shock circulatorio y caída de la presión de perfusión de las arterias coronarias.

A semejanza del *Cor Pulmonale Crónico Agudizado*, en este síndrome también el tratamiento de primera elección es la oxigenoterapia, sin limitación del flujo necesario para alcanzar la saturación apropiada. Pero, a diferencia de la

¹ Sandoval J. "Insuficiencia ventricular derecha en la hipertensión arterial pulmonar".

contraparte crónica, en el *Cor Pulmonale Agudo* se debe considerar tempranamente la reposición de líquidos y el uso de vasopresores para alcanzar una presión media arterial que garantice una presión de perfusión coronaria suficiente para mantener el consumo de oxígeno miocárdico que está aumentado. Ante la falta de respuesta debe considerarse la trombolisis del émbolo pulmonar.

DIAGNOSTICO

Los estudios auxiliares para la detección y clasificación del Cor Pulmonale tienen serios problemas de sensibilidad y especificidad, a la par con grandes limitaciones técnicas debidas a la enfermedad pulmonar subyacente.

ELECTROCARDIOGRAMA

El *electrocardiograma* tiene baja sensibilidad y alta especificidad, la presencia de signos de hipertrofia ventricular derecha es de gran ayuda diagnóstica, su presencia tiene negativas implicaciones sobre el pronóstico en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; pero su ausencia no descarta la presencia de hipertensión pulmonar y sus consecuencias sobre el ventrículo derecho.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

En la *radiografía del tórax* deben buscarse signos compatibles con la enfermedad pulmonar subyacente; los signos de hipertensión pulmonar, especialmente el aumento del diámetro de las arterias pulmonares centrales, en particular la arteria interlobar derecha, y el crecimiento del ventrículo derecho, son tardíos en el desarrollo de la enfermedad.

ECOCARDIOGRAMA

El *ecocardiograma* ha adquirido gran importancia en la confirmación del diagnóstico y en el diagnóstico diferencial. El método permite la determinación del tamaño de la cavidad y el espesor de las paredes ventriculares, el cálculo de la presión media en la arteria pulmonar, la descripción de la posición y movimiento del tabique interventricular y la demostración de ausencia de cortocircuitos intracardiacos y enfermedad pericárdica.

La principal limitación para su uso es su disponibilidad; y en ocasiones la falta de una ventana acústica adecuada, debido a la hiperinsuflación o atrapamiento de aire. Casi siempre el hallazgo es un incremento moderado en la presión pulmonar, de manera que si el valor no es muy alto, lo mismo que si la radiografía es muy cercana a lo normal, deberán buscarse otras causas de hipertensión pulmonar, especialmente las de origen tromboembólico o la variedad primaria.

CATETERISMO CARDIACO DERECHO

El *cateterismo cardiaco derecho* mide directamente las presiones pulmonares y el gasto cardiaco, pudiendo calcularse la resistencia vascular pulmonar, por lo que sigue considerándose el estándar de referencia para el diagnóstico; sin embargo, no está justificado, excepto si hay duda, en especial para el diagnóstico diferencial con cortocircuitos ocultos o con hipertensión pulmonar primaria y también cuando se considera el tratamiento con sustancias vasodilatadoras potentes.

Por la posibilidad de encontrarse con valores elevados de presión en el circuito pulmonar, limitan la probabilidad de éxito en el posicionamiento del catéter de flotación.

TRATAMIENTO

Tres componentes principales de la terapia del *Cor pulmonale* deben separarse:

- Manejo de la enfermedad subyacente (causa).
- Manejo de la falla ventricular (consecuencia).
- Manejo de la hipertensión pulmonar misma (mecanismo mediador o intermedio de la lesión).

El *manejo inicial es el de la enfermedad subyacente* que llevó al *Cor Pulmonale* y el de la causa de su descompensación. *El tratamiento de la falla ventricular* incluye el uso de diuréticos, que en pacientes con edema severo deben ser administrados por vía intravenosa, siendo de elección el furosemide, pues existe la posibilidad de edema de la mucosa intestinal.

En el manejo crónico debe preferirse los diuréticos tiazídicos o la espironolactona en dosis bajas, ésta última para manejo del estado de hiperaldosteronismo que puede ser generado por el *Cor Pulmonale* mismo.

El uso de digital sigue siendo ampliamente discutido, pero se acepta cuando se ha comprobado la coexistencia de falla ventricular izquierda. Tanto el tratamiento diurético como el uso de la digital deben vigilarse en forma estrecha, por la posibilidad de desarrollar alcalosis metabólica, en el caso de los diuréticos, y la mayor probabilidad de toxicidad digital con el uso de este inotrópico.

Finalmente, para el *manejo de la hipertensión pulmonar* existen dos estrategias:

El uso de oxigenoterapia y los vasodilatadores pulmonares.

La oxigenoterapia se considera indicada en todos los pacientes que ya están en una fase de su enfermedad pulmonar que los llevó a *Cor Pulmonale*. Los resultados positivos sobre la mortalidad en la enfermedad pulmonar obstructiva

crónica con la oxigenoterapia a largo plazo en casa, usando flujos bajos por lo menos por 15 horas al día, confirman el papel de la hipoxia alveolar sobre el desarrollo y progresión de esta complicación.

En el manejo agudo debe suministrarse oxígeno en forma inmediata, con vigilancia inicial de los gases sanguíneos y seguimiento con oximetría de pulso, buscando como objetivo una saturación cercana a 90%, vigilando la aparición de hipoventilación como complicación de la enfermedad (por fatiga ventilatoria) o del tratamiento (por la supuesta pérdida del estímulo hipoxémico para la respiración).

La oxigenoterapia, tanto en forma aguda como crónica, suele ser tratamiento suficiente para la hipertensión pulmonar, de manera que el manejo activo con vasodilatadores en el *Cor Pulmonale* no suele ser necesario, excepto en forma aguda, en casos de severa restricción ventricular izquierda como consecuencia del desplazamiento del tabique interventricular (indicativo de severa hipertensión pulmonar) o en estado de bajo gasto por la hipertensión pulmonar en el paciente en falla respiratoria. En el manejo crónico no hay indicaciones aceptadas, siendo los estudios limitados.

Si se opta por el vasodilatador, debe considerarse su inicio bajo condiciones controladas, con cateterismo del corazón derecho y medición directa de presiones, pues la hipotensión sistémica y el bajo gasto pueden acentuarse como consecuencia de falta de selectividad de los vasodilatadores por el lecho pulmonar y su persistencia de efecto en el lecho arterial sistémico. En la fase aguda puede ser de utilidad el óxido nítrico inhalado (su vida media corta limita los efectos sobre la vasculatura sistémica). Para el manejo crónico se han probado los calcioantagonistas, en especial nifedipina, con pobres resultados y su potencial para exacerbar la falla cardíaca izquierda coexistente.

El efecto del vasodilatador usado en forma crónica debe evaluarse con pruebas funcionales como la capacidad de ejercicio, grado de disnea y la calidad de vida. También debe considerarse la realización de cateterismo cardíaco derecho de control. Nuevas alternativas en estudio incluyen sildenafil y diferentes bloqueadores del receptor de endotelina.

4.3 CONSIDERACIONES ETICAS

Para la elaboración del siguiente estudio de caso se consideraron principios contenidos en el código de ética en Enfermería y en la carta de los derechos humanos y disposiciones generales de la ley de salud, en el capítulo de investigación, que ayudaron a regir la conducta de enfermería en el desarrollo del caso

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.

A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.

A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria.

La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable. La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.

El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.

La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA: 13 Noviembre de 2006.

NOMBRE: Isabel C.C.

EDAD: 70 años.

SEXO: Femenino.

PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE: 1 hija, yerno y 2 escolares (nietas).

PROFESIÓN HABITUAL: Se dedicaba a la costura, actualmente al hogar.

SITUACIÓN LABORAL: No trabaja.

RELIGIÓN: Católica.

TALLA: 1.50 cm. aproximadamente **PESO:** 104 Kg. Obesidad de tercer grado por IMC>46.2%.

PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN: Su yerno.

DIAGNOSTICO MÉDICO: Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Insuficiencia Renal Crónica, "Cor Pulmonale".

MÉDICO RESPONSABLE: Dr. Limón.

INTERROGATORIO: Indirecto.

ALERGIAS CONOCIDAS: Ninguna.

AHF: Se desconocen, es huérfana.

AGO: Menarca a los 10 años, inicia vida sexual al los 16 años, Gesta: 04, Para: 04, Cesárea: 0 Abortos: 0. Inicio de menopausia a los 46 años.

APNP: Niega tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, sedentaria, con alimentación regular en cantidad y calidad.

Habita una casa de tipo urbano construida de ladrillo y cemento, bien ventilada y cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, con servicio de recolección de basura de 3 o 4 veces por semana. Convive con cuatro personas más, su yerno es el único sostén de su casa.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE RELEVANCIA: Hipertensión arterial más Diabetes Mellitus de larga evolución (23 años, controlada con glibenclamida 1x3, y captopril 25 mg 1x2). Exposición al humo de leña en su juventud por más de 16 años. Roncadora crónica con apneas y somnolencia diurna. Usa O2 1 lpm nocturno desde hace varios años. Instalación de clavos en miembro pélvico derecho por caída hace 11 años.

PADECIMIENTO ACTUAL: Inicia su padecimiento el 03 de Noviembre del 2006 con rinorrea y expectoración hialina, obstrucción nasal, descarga retr nasal, tos, disnea de pequeños esfuerzos y somnolencia. Acude de primera instancia al servicio de urgencias del ISSEMYM por presentar la sintomatología durante una semana (03-09/11/06).

Al incremento de la somnolencia (2 días de evolución) presenta cianosis leve, y es llevada al servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias donde se encuentra irritable, agresiva, con somnolencia y presenta un paro respiratorio, por lo cual es orintubada y asistida con apoyo mecánico ventilatorio. Se realiza el diagnostico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardíaca, Acidosis Mixta, Insuficiencia Renal Crónica.

La persona se reporta como muy grave y es ingresada al servicio de TERAPIA INTERMEDIA. Con 2 días de estancia ha presentado ligera mejoría, su estado de salud sigue reportándose grave y su pronóstico continúa reservado a evolución.

5.1 VALORACIÓN CEFALO CAUDAL

13 de Noviembre de 2006.

9:37 am

SIGNOS VITALES

T/A: 142/72 mmHg

FC: 68 lpm

FR: 16 pm

TEM: 36 °C

PVC: 18 cm H₂O

PAM: 95.3 mmHg

Isabel, femenina de 70 años de edad, con apariencia mayor a la cronológica, con obesidad mórbida (IMC de 46.2%). Se encuentra alerta, orientada, en espacio, tiempo y lugar, con facies de indiferencia al medio. Piel morena, cráneo sin hundimientos, cabello cano bien implantado, delgado, seco y corto. Frente amplia, cejas pobladas bien implantadas de color negro; ojos café claro, con pupilas isométricas de 3 mm, apertura palpebral sincrónica, párpados normales, conjuntivas de color rosa. Pulsos temporales con buen ritmo e intensidad. Pabellones auriculares simétricos, oídos externos con escaso cerumen, amarillo y seco; nariz piramidal, puente nasal recto, narinas permeables, narina izquierda con sonda nasogástrica número 14 (10-11-12).

Boca con lesión tipo excoriación en labio inferior y comisuras de la boca, adoncia superior, dentadura inferior desgastada, con secreciones abundantes por boca de color blanquecinas espesas. Lengua con leucoplaquia, orintubada con cánula orotraqueal 7.5 french (10-11-06), se aspiran secreciones abundantes, blanquecinas y espesas. Con ventilación mecánica con los siguientes parámetros: MODO: ASISTO CONTROLADO, VOLUMEN CORRIENTE: 520ml, FLUJO PICO: 55 lpm, FRECUENCIA RESPIRATORIA: 16 por minuto, SENSIBILIDAD: 0.5 cm H₂O, PEEP: 8cm H₂O, FiO₂ 45%, VOLUMEN MINUTO: 8.5 l, VOLUMEN CORRIENTE ESPIRADO: 519 ml. Cuello corto cilíndrico, sin dolor, ganglios no palpables, con distensión yugular, pulso caratidos alternantes. Con tórax anterior con movimientos de amplexión y amplexación limitados por tórax en tonel, no hay presencia de manchas, con electrodos para monitoreo cardiaco, área cardíaca se oscultan ruidos de S3 y S4.

Catéter subclavio derecho de dos lúmenes permeable a solución de base. Glándulas mamarias de acuerdo a edad y sexo con lesión de tipo excoriación en región de submama. Tórax posterior se ausculta disminución de los ruidos pulmonares a nivel infraescapular y estertores inspiratorios. Abdomen prominente con panículos adiposos con lesiones de tipo excoriación en espacios ínterabdominales, ruidos peristálticos normales, no hay ascitis, no se palpan visceromegalias (hepatomegalia). Piel seca sin lesiones ni descamaciones, miembro torácico derecho con brazaletes para monitoreo de T/A.

Con arco de movimientos completos, vence gravedad y resistencia mínima (fuerza muscular 4/5). Miembro torácico izquierdo (4/5), con línea arterial radial (10-11-

06), con sitio de punción limpio, sin extravasación ni infección, con pulsos radial alternante con llenado capilar de 3" con oxímetro de pulso en dedo índice con Sa parcial de O₂ de 89%.

Pliegues inguinales con lesión tipo excoriación. Genitales externos de acuerdo a edad y sexo, con escaso vello púbico. Cuenta con sonda foley número 16 a derivación. Zona glútea se observa úlcera de presión grado 1. Miembros pélvicos con fuerza 2/5, miembro pélvico derecho con coloración violácea en región tibial, con cicatriz quirúrgica antigua por instalación de clavos 10cm aprox. En ambos miembros pélvicos se encuentran fríos, y con edema tisular (++) . Aunque no puede emitir sonidos se comunica con movimientos de las manos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

13-12-06	PT: 6.20	TPT: 14.8
pH: 7.31	ALB: 02.9	TPT: 32.3
pco2: 47.9	BI: 0.46	PLAQ: 156,000
po2: 72	TGO: 50	
HCO3: 33	TGP: 45	Normales
EB: -2.3	DHL: 400	
Sat: 93.4%	FA: 1.45	
FiO2: 45%	TP: 14.8	

Acidosis Respiratoria

5.2 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA POR NECESIDADES

13-NOV-06

SIGNOS VITALES

T/A: 142/72 mmHg
TEM: 36 °C

FC: 68 lpm
PVC: 18 cm H₂O

FR: 16 pm
PAM: 95.3 mmHg

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

La señora Isabel presenta una alteración en la necesidad de oxigenación previa a su hospitalización por exposición al humo de leña en su juventud por más de 16 años y ser roncadora crónica, oxígeno dependiente (utiliza oxígeno solo por las noches a 1 litro por minuto), no fuma y el lugar donde vive no le afecta esta necesidad, no toma ningún fármaco relacionado con la oxigenación. En este momento no puede mantener una respiración espontánea, se encuentra orointubada y apoyada con oxígeno y ventilación mecánica. A la aspiración se encuentran con secreciones abundantes, espesas, blanquecinas por tubo. Secreciones abundantes por boca, de las mismas características, en la placa de tórax se observa dilatación del tronco de la arteria pulmonar y crecimiento del área cardiaca a expensas de cavidades derechas. Miembros torácicos fríos, con llenado capilar de 3”.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Convive con 4 personas, su alimentación es “regular en cantidad y calidad” (consume frijoles, sopa, verduras y carne en pocas ocasiones a la semana, prefiere alimentos como papa, arroz y tortillas, no le desagrade ningún alimento le gusta de todo, a pesar de la adoncia superior y la dentadura desgastada inferior no presenta problemas para deglutir, es controlada con glibenclamida 1x3, no presenta trastornos digestivos posterior a la ingesta, no utiliza suplementos alimenticios.

Pesa 104 Kg y su talla es de 1.50 metros con un índice de masa corporal de 46.2 %, es decir, presenta obesidad de tipo mórbida (III), le gusta de todo. Se instaló sonda nasogástrica número 14 (10-11-12) con dieta enteral polimérica 1000 cc a 1000 Kcal en tercios con técnica de residuo. La persona refiere tener sed, con las manos hace señas y pide un poco de agua, se le proporciona una gasa húmeda para la sensación de sed.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

No utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o micción, previa a su hospitalización. Isabel se encuentra postrada en cama, evacua 1 vez cada tercer día por lo que presentara alteraciones en la eliminación intestinal, por cambios en su ingesta nutricional, y falta de movimiento. Se instaló una sonda foley número 16 a derivación (10-11-06), orina amarilla con volumen urinario de 1.15 ml/kg/h.

4. NECESIDAD DE MOVERSE

Isabel tiene alteraciones en su movilización previa a su hospitalización por disneas de esfuerzo por cuadro respiratorio. Se observa cicatriz quirúrgica en miembro pélvico derecho de 13 cm por instalación de clavos (11 años), ella refiere que este evento no le impide trasladarse en casa, solo que le duele en época de frío, es sedentaria, no realiza ningún tipo de ejercicio.

Llegó a la UTI en camilla, actualmente con fuerza muscular de 4/5 en miembros torácicos y pélvicos 2/5. La amplitud limitada del movimiento es en miembro pélvico derecho por aumento de sensibilidad. Intenta colocarse en decúbito lateral por si misma y se apoya al tomarse de la mano del barandal de la cama pero sin éxito ya que se agota fácilmente. Se brindan cambios de posición a decúbito lateral derecho e izquierdo, pero no son tolerados adecuadamente, Isabel esta más cómoda en semifowler y ella refiere cuando desea cambiar de posición.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Isabel en casa dormía 7 horas, en posición semifowler, utilizando almohadas usa oxígeno a 1 litro por minuto por las noches, el familiar menciona que ronca muy fuerte.

Posterior a la ingesta de alimentos duerme, no toma ningún medicamento para inducir el sueño. En la unidad de terapia intermedia siempre se encuentra con los ojos cerrados, su valor de PaO₂ más alto durante su estancia es de 85.7 se interpreta como hipoxia. Responde ante estímulos externos, refiere estar muy cansada.

6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESNUDARSE

En casa era completamente independiente para elegir y realizar el cambio de ropa, en este momento es incapaz de vestirse por si sola. Isabel usa pañal de tela, y bata de paciente, ella colabora al colocársele el pañal.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

El familiar de Isabel comenta que usa ropa de acuerdo al clima. Se observa pálida, con llenado capilar de 3", la temperatura varía durante el día con tendencia a la febrícula pero nunca presenta fiebre.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LOS TEGUMENTOS

En casa se baña cada tercer día, se cepilla los dientes 2 veces al día, se lava las manos antes de comer y preparar alimentos y después de ir al baño.

Isabel es una persona obesa, con dificultad para moverse en cama, se brindan cambios de posición a decúbito lateral derecho e izquierdo, pero no son tolerados adecuadamente, Isabel esta más cómoda en semifowler y ella refiere cuando desea cambiar de posición. Se proporciona baño de esponja todos los días, con especial atención en secar bien axilas, pliegues interabdominales, inguinales. Se coloca crema corporal y cambio de ropa por razón necesaria. En zona glútea se observa úlcera de presión grado 1 en región de coxis.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

El familiar comenta que Isabel vivía en una comunidad rural, nunca fue vacunada en su niñez. La necesidad de seguridad obviamente se ve afectada por el hecho de estar en el hospital, lo cual conlleva el riesgo de enfermedades nosocomiales.

En el hospital están colocados los barandales de la cama y estos se mueven solo al realizar procedimientos.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Isabel vive con 1 hija, 1 yerno y 2 nietas, su relación es buena, no pertenece a ningún grupo social y no la dejan sola, es viuda. En este momento no puede expresarse verbalmente por apoyo mecánico ventilatorio, cuando se le pregunta, mueve la cabeza en señal de afirmación, existen gesticulaciones como respuesta a los procedimientos, y se mantiene la comunicación no verbal, Isabel sabe comunicarse, escribe en una libreta que se le proporciono.

11. NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

Es católica acude a la Iglesia acude ocasionalmente y en eventos especiales (bodas), el familiar menciona que Dios es su fe y esperanza. Se observan 4 imágenes religiosas en su cabecera que han sido traídas por su hija. Ella expresa en forma escrita "Tengo fe, Dios me curara".

12. NECESIDAD DE REALIZACIÓN

Se dedicaba a la costura, trabajaba en una fábrica y en casa, actualmente no labora y se dedica en el hogar, curso primaria incompleta por problemas económicos, nunca tuvo problemas en su aprendizaje, es costurera.

13. NECESIDAD DE DISTRAERSE

En casa Isabel veía televisión y escuchaba música, salía de compras por la mañana para preparar la comida. En este momento se encuentra en una unidad de terapia, existe un radio en la central de enfermeras y le agrada las estaciones que sintonizan, su familiar platica con ella y el equipo multidisciplinario (Enfermas, médicos, camilleros, residentes etc).

14. NECESIDAD DE APRENDER

Isabel, curso primaria incompleta por problemas económicos, se dedico a trabajar, aprendió el oficio de costura, ella refiere que le agrada realizar esta actividad. Actualmente no realiza alguna actividad de aprendizaje, pero dentro de su padecimiento se muestra colaboradora y ha aprendido la importancia de la aspiración de secreciones por boca y cánula, porque comenta que después de este procedimiento se siente mejor.

TRATAMIENTO MÉDICO

Solución de Base: Solución Fisiológica 1000ml al 0.9% para 24 horas.

100 ml de Solución Salina aforada en 50 mg de Morfina pasar a 3 ml por hora.

100 ml de Solución Glucosada aforada con 400mg de Dopamina a 8ml (5mcg/Kg/min) por hora.

Clexane 60mg SC cada 24 horas.

Ceftriaxona 1gr IV cada 12 horas.

Ranitidina 50 mg ampula IV cada 8 horas.

5.5 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06 **NOMBRE:** Isabel C.C **EDAD:** 70 años **SEXO:** Femenino **SERVICIO:** UTI

CAMA: UTI B **NECESIDAD:** Oxigenación **CAUSA DE DIFICULTAD:** Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5 **ROL DE ENFERMERIA:** Suplencia

DIAGNÓSTICO: LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AEREA RELACIONADO CON INMOVILIDAD, Y DISMINUCIÓN DEL REFLEJO TUSIGENO MANIFESTADO POR SECRECIONES MODERADAS ESPESAS Y BLANQUECINAS POR TUBO, SECRECIONES ESPESAS BLANQUECINAS POR BOCA, ESTERTORES BIBASALES, DISMINUCIÓN DE RUIDOS PULMONARES A NIVEL BASAL Y SpO₂ 89%.

OBJETIVO: Mantener la vía aérea permeable, sonidos respiratorios claros y SpO₂ normal.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN:

INDEPENDIENTE INTERDEPENDIENTE DEPENDIENTE

1. Tranquilizar al paciente *“explicando que su situación es temporal”*.
2. Aspiración de secreciones (utilizando técnica aséptica, y con sondas de calibre 14) cuando se precise, y registro del aspecto.
“Es necesario aspirar las secreciones pues en una zona mal ventilada se produce broncoconstricción refleja y la luz bronquial puede cerrarse aún más por un tapón de moco viscoso.”
3. Fisioterapia pulmonar. *“Favorece la expulsión de las secreciones”*.
4. Cambio del circuito c/48h o cuando precise.
5. Registro de parámetro del ventilador por turno.
6. Proporcionar humidificación e hidratación *“Para fluidificar las secreciones”*

*
*
*
*
*
*

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06 **NOMBRE:** Isabel C.C **EDAD:** 70 años **SEXO:** Femenino **SERVICIO:** UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Nutrición e hidratación

CAUSA DE DIFICULTAD: Conocimiento

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Ayuda

DIAGNÓSTICO: ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN R/C UNA INGESTA MAYOR A LA REQUERIDA M/P OBESIDAD (IMC 47),FALTA DE INFORMACIÓN SOBRE LAS NECESIDADES NUTRICIONALES Y DE EJERCICIO.

OBJETIVO: LOGRAR UNA INGESTA ADECUADA SEGÚN SUS REQUERIMIENTOS CÁLORICOS CON BASE A SU EDAD, PESO, TALLA, NIVEL DE ESTRÉS Y ENFERMEDAD ACTUAL.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Solicitar interconsulta al departamento de Nutrición. *Los requerimientos calóricos varían de una persona a otra en base a su estado de salud actividad física, nivel de estrés, edad, estatura y enfermedad.*
2. Ministrarla nutrición enteral en forma adecuada. *“Evita la aparición de diarrea”.*
Al egreso del hospital:
3. Ayudar al equipo de salud a elaborar un programa de pérdida de peso seguro y realista. *“La pérdida de peso se puede obtener mediante una combinación de aporte calórico reducido y un aumento en el gasto calórico por medio de ejercicio. Si se establecen objetivos realistas, es más probable que se alcancen, y de este modo la persona se sentirá animado a continuar con el programa”.*
4. Enseñar a Los familiares de Isabel a llevar un diario durante una semana donde incluya: aporte Alimenticio y ejercicio, lugar y hora de las comidas, personas con las que come, comidas no realizadas, aperitivos. *“Un diario ayuda a la persona a concienciarse de los patrones de aporte de ejercicio”.*

*

*

*

*

EVALUACIÓN: Se inicio la dieta en el servicio, polimérica calculada en 1000Kcal en 1000ml (1Kca/1ml). Sin embargo se crea la necesidad de elaborar un régimen alimenticio.

Relacionado con: R/C, Manifestado por: M/P, Independientes: IND, Interdependientes: ITR y Dependientes: DEP

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Evitar peligros

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: ALTERACIÓN DE LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ORAL R/C FIJACIÓN Y PRESENCIA DE TUBO ENDOTRAQUEAL M/P ESCORIACIONES EN LABIO INFERIOR Y COMISURAS DE LA BOCA.

OBJETIVO: RECUPERAR LA INTEGRIDAD DE LA MUCOSA ORAL.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Realizar aseo bucal. (con antiséptico bucal o bicarbonato y agua).
2. *“El aseo bucal, la piel hidratada y rotar el tubo endotraqueal evitan la aparición de lesiones”.*
3. Aspirar secreciones acumuladas.
4. Hidratar las comisuras de la boca (lubricar los labios con vaselina).

*

*

*

EVALUACIÓN: Desaparecieron completamente las excoriaciones de la comisura de la boca, y mejoro en un 70% la excoriación en el labio inferior gracias a las intervenciones.

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Eliminación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: ALTERACIÓN EN LA ELIMINACIÓN RENAL R/C REDUCCIÓN PROGRESIVA DEL FILTRADO GLOMERULAR MP/ EDEMA DE MIEMBROS PELVICOS, DISMINUCIÓN DE LÍQUIDOS Y AUMENTO DE LA PRESIÓN ONCOTICA

OBJETIVO: Limitar o prevenir el daño endotelial, mejorar el trabajo de bomba cardíaca.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

1. Llevar un estricto balance de líquidos. *“Se conoce el volumen urinario de acuerdo a la patología de la persona”.*
2. Vigilancia de electrolitos sericos y creatinina.
3. Administrar diuréticos.
4. Calcular las soluciones parenterales con base a la falla renal y cardíaca.
5. Evaluar el edema local y generalizado.

IND

ITR

DEP

*

*

*

*

*

EVALUACIÓN: Al llevar el control de líquidos y el cálculo de soluciones parenterales favoreció la disminución del edema

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Moverse y mantener una buena postura

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Ayuda

DIAGNÓSTICO: ALTERACIÓN EN LA MOVILIDAD RELACIONADO CON INMOVILIDAD PROLONGADA MANIFESTADO POR DISMINUCIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR (4/5MT Y 2/5MP) Y AUMENTO DE SENSIBILIDAD DE MIEMBRO PELVICO DERECHO.

OBJETIVO: RECUPERAR UNA MOVILIDAD ADECUADA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Elaborar y llevar a cabo un programa de ejercicios físicos pasivos. *“Mantiene o mejora el tono y las fuerzas musculares y la movilidad articular”.*
2. Mantener una posición funcional, con el cuerpo bien alineado.
3. Determinar las limitaciones físicas del paciente.

*

*

*

EVALUACIÓN: Se aplican medidas que permiten mejorar la movilidad, pero continúa con dolor al tacto de su miembro pélvico derecho.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Sueño y descanso

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Ayuda

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DEL SUEÑO R/C RUIDOS CONTINUOS EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO M/P HIPERSOMNIA.

OBJETIVO: RECUPERAR EL PATRÓN NORMAL DEL SUEÑO.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Realizar todos los procedimientos posibles mientras se encuentre despierta. *“Realizar procedimientos mientras se encuentra en vigilia evita el agotamiento”.*
2. Mantener la luz tenue durante la noche para favorecer el sueño fisiológico. *“La luz tenue favorece el sueño”.*

*

*

EVALUACIÓN: La persona continuó con insomnio a pesar de las intervenciones debido al monitoreo de T/A (brazalete) y oxímetro de pulso.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06 **NOMBRE:** Isabel C.C **EDAD:** 70 años **SEXO:** Femenino **SERVICIO:** UTI

CAMA: UTI B **NECESIDAD:** Higiene y protección de la piel **CAUSA DE DIFICULTAD:** Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5 **ROL DE ENFERMERIA:** Suplencia

DIAGNÓSTICO: ALTERACIÓN DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C INMOVILIDAD FÍSICA PROLONGADA M/P LESIONES TIPO ESCORIACIÓN (SUBMAMA, PLIEGUES INTERABDOMINALES, INGUINALES ÚLCERA DE PRESIÓN GRADO 1 EN COXIS.

OBJETIVO: LIMITAR EL DAÑO Y PREVENIR NUEVAS LESIONES DE LA PIEL.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND **ITR** **DEP**

1. Aplicar los principios de prevención de las úlceras por presión:
Estimular el ejercicio de amplitud de movimiento y cambio de peso si es posible. *
Valorar posibles factores causantes de lesión cutánea.
Higiene corporal diaria, masaje. *“El masaje activa la circulación”*. *
Colocar colchón antiéscaras. *“Protege puntos de presión”*.
Cambios de posición. *“Los cambios de posición favorecen a la circulación”*. *
Inspección de otras áreas de riesgo: orejas, codos, nuca, trocánter, talones, isquion, sacro, omóplato.
Inspección de piel y uñas en miembros inferiores. *
Valorar la presencia de eritema, palidez, y palpar la zona circundante para comprobar la temperatura del tejido. *“Una piel caliente y esponjosa indica lesión tisular”*.
Valorar pulsos pedíos. *
Inspeccionar relleno capilar de lecho ungueal.
Valoración de la perfusión arterial y del retorno venoso en miembros inferiores. *
Valorar sensibilidad táctil y térmica. *“La inspección cutánea sistemática permite detectar pronto las lesiones”*. *

EVALUACIÓN: Las lesiones en área de submama, interabdominales mejoran en un 40%, la úlcera de presión continua en grado 1.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Comunicación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL RELACIONADO CON LA PRESENCIA DE TUBO OROTRAQUEAL MANIFESTADO POR INCAPACIDAD PARA EMITIR VOZ.

OBJETIVO: MANTENER LA COMUNICACIÓN CON LENGUAJE NO VERBAL.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Enseñar a comunicarse por lenguaje no verbal (señas y a escribir en papel). *“El lenguaje no verbal es fundamental para las personas que no pueden comunicarse con lenguaje verbal”.*

*

EVALUACIÓN: Se mantuvo en todo tiempo comunicación con la persona con lenguaje no verbal, a medida que transcurrió la semana, se me facilito cada vez más interactuar con ella.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06 **NOMBRE:** Isabel C.C **EDAD:** 70 años **SEXO:** Femenino **SERVICIO:**UTI

CAMA: UTI B **NECESIDAD:** Termorregulación **CAUSA DE DIFICULTAD:** Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5 **ROL DE ENFERMERIA:** Suplencia

DIAGNÓSTICO: ALTERACIÓN EN LA REGULACIÓN TÉRMICA CORPORAL R/C PB CUADRO INFECCIOSO M/P TENDENCIA A LA FEBRICULA.

OBJETIVO: REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

	IND	ITR	DEP
1. Medir la temperatura corporal periódicamente <i>“permitirá saber el estado actual de la persona, percibiendo los cambios oportunamente lo que permitirá tomar las medidas correspondientes para su resolución”</i> .	*		
2. Observar la presencia de diaforesis o enrojecimiento <i>“la temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos y la pérdida de calor hacia el ambiente, durante la hipertermia el calor se desprende de la superficie corporal por evaporación mediante la producción de sudor, proceso dado por la estimulación sensitiva de los nervios simpáticos que estimulan las glándulas sudoríparas. El enrojecimiento se debe a una vasodilatación periférica.</i>	*		
3. Control de la temperatura por medios físicos: retirar ropa de cama y vendaje de miembros pélvicos y torácicos <i>“se pierde calor corporal por convección.</i>	*		
4. Obtención de muestras de secreciones bronquiales, orina y sangre.			*
5. Administrar antipiréticos.			

EVALUACIÓN: Gracias a las intervenciones de control de la temperatura por medios físicos, Isabel no presento fiebre, se mantuvo con 37.2°C.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Oxigenación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: ALTERACIÓN DEL INETRCAMBIO GASEOSO R/C CAMBIOS DE PRESIÓN EN LA MEMBRANA ALVEOLO CAPILAR M/P DISMINUCIÓN DE SaO2 Y ALTERACIÓN DE LOS PARÁMETROS GASOMETRICOS (pH: 7.31, pCO2: 47.9, pO2:72, HCO3:33, EB:-2.3, SAT:93.4%,FiO2:45% "Acidosis Respiratoria").

OBJETIVO: RESTABLECER EL INTERCAMBIO GASEOSO.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND ITR DEP

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1. Observar cambios en frecuencia y profundidad respiratoria <i>"advertir cambios en la frecuencia y profundidad respiratoria oportunamente permitirá dar tratamiento específico y oportuno.</i> | * | | |
| 2. Observar el patrón respiratorio en busca de disnea, aleteo nasal, disminución de ruidos respiratorios o utilización de músculos accesorios <i>"el esfuerzo respiratorio se mide mediante la visualización de los diferentes músculos respiratorios, la ausencia o disminución de ruidos respiratorios indican mínimo intercambio gaseoso, se debe actuar rápidamente para evitar la insuficiencia respiratoria aguda".</i> | * | | |
| 3. Colocar a la persona en posición semifowler y con miembros pélvicos colgando <i>"aunque esta posición no se encuentra experimentada se piensa que es óptima para el buen intercambio gaseoso, facilita la expansión del diafragma y del tórax, además se logra disminuir el retorno venoso y con ello la precarga".</i> | * | | |
| 4. Extraer sangre arterial para realizar gasometría <i>"la ventilación adecuada se demuestra por una PCO2 arterial de 28-35 mmHg + - 3, una PO2 80-100 mmHg,</i> | | * | |

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND ITR DEP

Un pH de 7.35-7.45, y una concentración de HCO₃ 18-24 mEq/L.

5. Revisar saturación de oxígeno mediante oximetría de pulso
“nos permite un control continuo aproximado de la saturación de oxígeno, por sus características es un método no invasivo, con el que no se proporcionan complicaciones y se puede valorar continuamente el estado de la persona”.
6. Avisar al personal de Rx la toma de placa de tórax de control *“para valorar la presencia de complicaciones como: hidrotórax y se revisará la correcta colocación de catéteres centrales y tubo endotraqueal”.*
7. Ministración de oxígeno según prescripción *“durante la alteración de la membrana en el intercambio gaseoso es de suma importancia el aporte de oxígeno como apoyo adicional”.*

*

*

*

EVALUACIÓN: Por gasometría Isabel mejora su intercambio gaseoso (pH: 7.41, PcO₂: 35, PO₂:73, HCO₃:22, EB:-2.4, SAT: 95%,FiO₂:45%). Solo continuo con hipoxia.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Oxigenación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE HIPOXEMIA R/C EFECTO SECUNDARIO DE LA ASPIRACIÓN.

OBJETIVO: Favorecer la oxigenación y evitar el riesgo de hipoxemia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

- | | IND | ITR | DEP |
|--|-----|-----|-----|
| 1. Explicar la técnica al paciente. | * | | |
| 2. Lavado de manos. | * | | |
| 3. Llevar una técnica adecuada de aspiración de secreciones con circuito cerrado <i>“para evitar la pérdida de presión de la vía aérea”</i> | * | | |
| 4. Valorar la SpO2, la frecuencia y ritmo cardiacos a fin de conocer las modificaciones Inducidas durante la aspiración. | * | | |
| 5. Proporcionar preoxigenación. | * | | |
| 6. Aspirar durante menos de 10 seg. <i>“Evita la hipoxemia”</i> . | | | |
| 7. Usar el oxímetro de pulso. | | | |
| 8. Controlar si aparecen los signos de hipoxia: pulso irregular o bajo, disminución de la frecuencia respiratoria, disminución de la diuresis (<30ml/h), alteración en la actividad mental (inquietud) piel fría, húmeda, cianótica, disminución en el tiempo de llenado capilar. <i>“La disminución del ritmo cardíaco hace que la sangre no esté suficientemente oxigenada como para cubrir las necesidades metabólicas de los tejidos. La disminución del volumen sanguíneo circulante/gasto cardíaco puede provocar hipoperfusión hística con respuesta compensatoria de disminución de la circulación a las extremidades y aumento de la frecuencia respiratoria y de pulso. La alteración de la actividad mental puede ser causada por hipoperfusión cerebral. La vasoconstricción y la congestión venosa en partes declives del cuerpo (extremidades) provoca cambios en la piel y en el pulso.</i> | * | | |

EVALUACIÓN: La persona nunca presento hipoxemia, por realizar en forma correcta la técnica de aspiración de secreciones.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Oxigenación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Ayuda

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE ANSIEDAD R/C MIEDO A RESPIRAR POR ELLA MISMA.

OBJETIVO: Evitar y/o reducir la ansiedad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

- | | IND | ITR | DEP |
|---|-----|-----|-----|
| 1. Tranquilizar a la persona explicando que su situación respiratoria es temporal. <i>"El conocimiento de su situación respiratoria mitigará la ansiedad"</i> . | * | | |
| 2. Establecer ambiente tranquilo, relajante y de apoyo al paciente. <i>"Reduce los estímulos externos"</i> | | * | |
| 3. Valorar el retiro progresivo de la ventilación mecánica. | | * | |
| 4. Colaborar con la realización de la espirometría para valorar el estado respiratorio del paciente. | | | |
| 5. Valorar gasometría arterial. | | * | |
| 6. Ministración de ansiolíticos. | | | * |
| 7. Pasar tiempo con la persona y animarle que solicite ayuda cuando sienta ansiedad. <i>"Permanecer con la persona durante el periodo de ansiedad ayuda a reducir la sensación de impotencia"</i> . | | * | |

EVALUACIÓN: Se realizaron las intervenciones encaminadas a reducir la ansiedad. Isabel se tranquilizo y mejoro su estado de ánimo, además del apoyo continuo de enfermería, logro progresar en la ventilación mecánica.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Oxigenación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN EN VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES R/C USO DEL VENTILADOR > 48 h, ESTASIS DE SECRECIONES.

OBJETIVO: EVITAR LA INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Lavado de manos "Medida universal por excelencia" *
2. Valorar los sonidos respiratorios. "Ayuda a detectar un síndrome pleuropulmonar" *
3. Vigilar la colocación de la sonda nasogástrica. *
4. Elevar la cabeza 30 grados o más para prevenir el reflujo gástrico hacia los pulmones. *
5. Aspirar secreciones según sea necesario y evitando su acumulación mediante el uso de técnica estéril. *
6. Valorar la cantidad y las características de las secreciones. "Ayuda a detectar una posible infección" *
7. Obtener cultivo de las secreciones inusuales o alteradas. *
8. Ante cualquier signo indicativo de infección, avisar al médico responsable. *
9. Intercalar filtros bacterianos, entre el ventilador y la persona. "Evita la contaminación del equipo del VM por el propio paciente y la sobreinfección del mismo". *
10. Cambiar circuitos c/48 h o cuando se precise. *

EVALUACIÓN: El cultivo de secreciones fue negativo, sin embargo se inicio ceftriaxona como medida profiláctica, y se presento febrícula.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Oxigenación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN R/C ALIMENTACIÓN ENTERAL

OBJETIVO: EVITAR LA BRONCOASPIRACIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Observar si hay signos de aspiración como disnea, tos, cianosis, sibilancias, cuando se administra la dieta. *“Los signos de aspiración deberían detectarse tan pronto como sea posible e iniciar el tratamiento”.* *
2. Auscultar los sonidos pulmonares con frecuencia y antes y después de la alimentación. *“La auscultación bronquial es específica para identificar a la persona con riesgo de aspiración”.* *
3. Tomar nota del inicio de distensión abdominal o aumento de la rigidez del abdomen. *“La distensión o la rigidez abdominal pueden asociarse con una obstrucción paralítica o mecánica y un aumento de la probabilidad de vómitos y aspiración”.* *
4. Comprobar si hay residuo gástrico durante las alimentaciones continuadas o antes de las alimentaciones. *“Controlar el residuo gástrico como evidencia de la intolerancia de la alimentación”* *
5. Colocarla en fowler durante y después de la alimentación. *
6. Mantener la sonda nasogástrica bien fijada. *

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

la broncoaspiración.

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Eliminación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Ayuda

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE ESTREÑIMIENTO R/C LA DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

OBJETIVO: EVITAR EL ESTREÑIMIENTO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND ITR DEP

1. Comprobar frecuencia, consistencia, volumen, color, presencia de sangre en las heces.
2. Palpar el abdomen en busca de distensión, percutirlo para detectar matidez y auscultar los ruidos intestinales. *“La persona con estreñimiento su abdomen suele estar distendido, con rigidez y dolor y el colon es palpable”.*
3. Interconsulta a Dietología para modificar dieta enteral (fibra).
4. Realizar ejercicios pasivos de miembros pélvicos.
5. Administración de laxantes.

*

*

*

*

*

EVALUACIÓN: Se realizaron las intervenciones de enfermería para favorecer la eliminación intestinal, pero Isabel presento 2 evacuaciones a lo largo de una semana por lo que si presento estreñimiento.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Hidratación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE ALTERACIÓN HIDROELECTROLITICA R/C FALLA DE BOMBA

OBJETIVO: PREVENIR LA ALTERACIÓN HIDROELCTROLITICA.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Monitorizar la existencia de factores que provoquen déficit de volumen de líquidos (vómito, diarrea, fiebre, terapia diurética). *“La identificación precoz de factores de riesgo y una intervención precoz pueden reducir la ocurrencia y la gravedad de complicaciones del déficit de volumen de líquidos”.* *
2. Monitorizar la ingesta y la excreción total de líquidos cada hora. *“Una excreción urinaria inferior a los 30ml/h es insuficiente para una función renal normal e indica hipovolemia o daño renal”.* *
3. Monitorizar signos vitales cada hora en busca de taquicardia, taquipnea, hipotensión, aumento o disminución de la temperatura corporal. *“La disminución del volumen intravascular provoca hipotensión y descenso de la oxigenación tisular. La temperatura disminuirá como resultado de una disminución del metabolismo, o puede aumentar si existe infección o hipernatremia”.* *
4. Monitorizar la presencia de turgencia cutánea no elástica, sed, membranas mucosas y lengua seca, surcos longitudinales en la lengua, piel seca, órbitas hundidas, debilidad, cefalea y confusión (éstos son síntomas de disminución del volumen de líquidos). *
5. Monitorizar la presión venosa central. *
6. Monitorizar la osmolaridad del suero y de la orina, el suero sódico, la proporción BUN/creatinina y el hematocrito por si se producen elevaciones. *“El aumento de la osmolaridad del suero y de la orina, el sodio, la proporción BUN/creatinina y el hematocrito indican déficit de volumen de líquidos”.* *
7. Monitorizar las tendencias de en los niveles de ácido láctico en suero y el déficit de base obtenido a partir de los gases sanguíneos, según este prescrito. *“Una tendencia de aumento de los niveles de ácido láctico y el aumento del déficit de base pueden ayudar a identificar una hipoperfusión oculta, lo cual provoca una disminución de la supervivencia y un aumento de la incidencia de falla orgánica”.* *

EVALUACIÓN: Los electrolitos sericos estaban dentro de parámetros normales, además no presento deterioro a nivel cardiaco, sus parámetros hemodinámicos se mantuvieron en rangos estables.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Moverse y mantener una buena postura

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Ayuda

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO R/C INMOVILIZACIÓN

OBJETIVO: EVITAR EL SX DE DESUSO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Mantener una posición funcional, con el cuerpo bien alineado.
“Previenen deformidades articulares”.
2. Elaborar y llevar a cabo un programa de ejercicios físicos pasivos. *“Mantiene o mejora el tono y las fuerzas musculares y la movilidad articular”.*
3. Determinar las limitaciones físicas del paciente.

*

*

*

EVOLUCIÓN: Isabel es obesa, oxígeno dependiente y tiene patología pulmonar, por lo tanto se insiste en las actividades que va a realizar, pero se ven limitados por las condiciones de la persona.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06 **NOMBRE:** Isabel C.C **EDAD:** 70 años **SEXO:** Femenino **SERVICIO:** UTI

CAMA: UTI B **NECESIDAD:** Evitar peligros **CAUSA DE DIFICULTAD:** Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5 **ROL DE ENFERMERIA:** Suplencia

DIAGNÓSTICO: RIESGO DE INFECCIÓN R/C PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS INVASIVOS (ACCESOS VENOSOS, SONDA FOLEY, NASOGASTRICA, CANULA ENDOTRAQUEAL).

OBJETIVO: EVITAR INFECCIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN	IND	ITR	DEP
1. Lavado de manos <i>“Medida universal”</i>	*		
2. Emplear técnicas estériles en procedimientos de instalación de tubo endotraqueal y catéteres.		*	
3. Mantener una correcta higiene corporal y ambiental.	*		
4. Observar y comunicar signos de infección como enrojecimiento, calor e incremento* de la temperatura corporal.			
5. Valorar la temperatura corporal.	*		
6. Tener en cuenta y comunicar los valores de laboratorio. <i>“El recuento de leucocitos y el recuento absoluto de neutrófilos son las mejores pruebas diagnósticas”.</i>		*	
7. Valorar el color, la humedad, la textura y la turgencia de la piel. <i>“La piel intacta es la primera línea de defensa contra los microorganismos”.</i>	*		
8. Lavar y secar cuidadosamente la piel, incluyendo las áreas con pliegues cutáneos.*			
9. Usar hidratantes y emolientes en todas las superficies de riesgo. <i>“El mantenimiento* de la piel hidratada y flexible es el mejor método para mantenerla intacta, la piel seca puede conducir a inflamación, excoriación y posibles episodios de infección”.</i>			

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 13-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Aprendizaje

CAUSA DE DIFICULTAD: Conocimiento

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO PERSONAL R/C DESCONOCIMIENTO DE DIETAS HIPOSÓDICAS, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, PROGRAMA DE ACTIVIDADES, ASI COMO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SU ENFERMEDAD M/P COMPLICACIONES EN SU SALUD.

OBJETIVO: EXPLICAR A LA PERSONA Y A SU FAMILIA QUÉ ES Y CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA ICC. EXPRESARÁ SENTIMIENTOS TENDIENTES A SEGUIR EL RÉGIMEN POSCRITO. MANIFESTARÁ DIFICULTADES PARA SEGUIR EL TRATAMIENTO Y LOS CUIDADOS NECESARIOS, ASÍ COMO LAS SOLUCIONES POSIBLES A SU ALCANCE. DEMOSTRARÁ TENER CONOCIMIENTOS ADECUADOS SOBRE EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO. DEMOSTRARÁ UN AMUENTO DE LAS HABILIDADES REQUERIDAS PARA SEGUIR EL PLAN TERAPÉUTICO.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN:

IND

ITR

DEP

1. El conocimiento al respecto refuerza la necesidad de seguir los tratamientos prescritos (dieta, actividad, medicamentos):
2. Identificar los valores y aspectos del entorno del paciente y la familia que impliquen conductas desajustadas al plan, el porqué son perjudiciales y las consecuencias previsibles si se mantienen en el tiempo. *“Se toman en cuenta las modificaciones necesarias en el estilo de vida, proponiendo alternativas realistas y reevaluando el plan de cuidados conjuntamente”.*

*

3. Elaborar conjuntamente un plan de cuidados adaptado a sus preferencias y posibilidades y su desarrollo progresivo. *
4. Elaborar e implementar el plan educativo conforme al déficit de conocimientos encontrados. *

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DE

5. Promover la implicación de la familia en el apoyo al cumplimiento del plan de cuidados. *
6. Dar apoyo emocional: facilitar y aceptar la expresión de sentimientos. *
7. Explicar la acción de los medicamentos prescritos: normalmente preparados digitálicos aumentan la cantidad de sangre que el corazón bombea en cada latido, lo que reduce la congestión y la tensión diastólica. *
 Los diuréticos disminuyen la reabsorción de electrólitos, en especial sodio, y de este modo potencian la pérdida de agua. Los vasodilatadores reducen la precarga y poscarga, lo que mejora el rendimiento cardíaco.
“Las explicaciones de los medicamentos pueden ayudar a que el paciente obedezca mejor y a reducir errores en la auto administración de medicamentos”.
8. Explicar la efectividad de cada una de las medidas individualmente, así como la sinergia. *
9. Explicar a la persona que la decisión sobre las medidas a realizar dependerá de ella. *
10. Enseñar a la persona a tomarse el pulso. *Por medio de la frecuencia de pulso se puede detectar un ritmo irregular, lo cual puede indicar un efecto secundario al medicamento o a una complicación de la enfermedad.* *
11. Enseñar a la persona a pesarse diariamente e informar si aumenta más de 1.5 Kg. *
“Pesarse diariamente puede ayudar a detectar pronto una retención de líquidos lo que permite administrar un tratamiento rápidamente para evitar una congestión pulmonar”.
11. Explicar los efectos de la obesidad en la función cardíaca. Remitir a la persona a los correspondientes servicios de ayuda. *“La obesidad constriñe los vasos, lo que provoca una resistencia periférica que incrementa el trabajo cardíaco”.*
12. Orientar a la persona y a los familiares que informen de los siguientes signos y síntomas: anorexia, alteración de la visión (*“son efectos normales de los digitálicos”*), disnea, tos persistente (*“indican empeoramiento de la ICC”*), inflamación de tobillos y pies (*indica una sobrecarga circulatoria como consecuencia de la disminución*

del gasto cardíaco”), debilidad muscular (puede indicar hipocalcemia secundaria a una disminución de la excreción de K, en el tratamiento diurético), dolor torácico, aumento de la fatiga (“indican empeoramiento de la ICC”).

13. Reforzar logros obtenidos y esfuerzos realizados. *

EVALUACIÓN: No se alcanzaron todos los objetivos

5.3 VALORACIONES FOCALIZADAS

14-11-06

■ Necesidad de oxigenación

Isabel no logra mantener una respiración espontánea, por la dependencia al apoyo mecánico ventilatorio. Es trasladada al servicio de cardiología a las 8:00 hrs. para la toma de un ecocardiograma, al pasarla a la camilla en colaboración con 2 camilleros, se observa en el monitor cardiaco extrasístoles ventriculares aisladas y desaturación al 89%, que sede con el reposo, al aporte suplementario de oxígeno y a la bolsa válvula mascarilla.

10:00 hrs. por indicación médica se pasa a modalidad de CPAP, el cual tolero durante 3 horas, manteniéndose sin cambios hasta las 13:00hrs donde se desaturó (88%), se observo ligeramente inquieta y hubo retención de CO₂ (gasometría).

■ Necesidad de eliminación

Continua con sonda foley a derivación para control estricto de líquidos, con balance parcial de + 2686.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

pH: 7.39	HB: 12.8	K: 4.6
pco ₂ : 33	HCTO: 38.2	Cl: 119 Alto
po ₂ : 73	LEUC: 4,300	Ca: 7.9 Bajo
HCO ₃ : 20	NEUT: 3,000	Mg: 2.3
EB: -2.0	LINF: 700 Bajos	F: 4
Sat: 90%	GLUCOSA: 143 Elevada	
FiO ₂ : 45%	UREA: 0.85	
	Na: 155 Elevada	

Hipoxia

Ecocardiograma

VENTRICULO IZQUIERDO

DSVI:33 DDVI:28 SEPTUM:14 PP:14 FE:50% CONTRACTILIDAD CONSERVADA, CARDIOPATIA HIPERTENSIVA.

VALVULAS: AORTICA CON GRADIENTE MEDIA DE 45 mmHg, ESTENOSIS AORTICA, MITRAL FUNCIÓN CONSERVADA, VD DIÁMETROS CONSERVADOS.

DX: HIPERTROFIA CONCENTRICA DE VI GRADO (MODERADO), ESTENOSIS AORTICA CON GRADIENTE DE 45 mmHg.

■ 15-11-06

08:10

■ **Necesidad de movimiento y postura**

Isabel colabora durante el baño, elevando miembros torácicos para aseo, terminando el baño al colocarse en decúbito lateral izquierdo para colocar el cambio de ropa presenta extrasístoles ventriculares aisladas, que seden con reposo.

■ **Necesidad de comunicarse**

Se observa inquieta, al preguntar que le sucede hace señas que desea escribir, en el papel escribe: “¿Cómo estoy? ¿Qué tengo?, me da miedo que no pueda respirar.”

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

pH: 7.36	HB: 12	Ca: 128
pCO2: 43.7	HCTO: 38	F: 3.3
pO2: 85.7	PLAQUETAS: 170,000	GLUCOSA: 96mg/dl
HCO3:13	TP: 14.8	UREA: 119 Elevado
EB: -1.2	TPT: 27.8	BUN: 22 Elevado
Sat: 95%	Na: 162 Elevado	AC.URICO: 3.73
FiO2: 45%	K: 4.64	CREAT: 0.72
Acidosis metabólica	Cl: 128	

■ 16-11-06

12:00

■ **Necesidad de eliminación**

Isabel presenta bajo volumen urinario, 0.1 ml/Kg en 2 horas. Se verifica la permeabilidad de la sonda, se avisa a médico tratante, e indica administración de furosemide 20 mg IV D.U. Isabel mejora el flujo urinario posterior a la ministración del diurético, a la hora Isabel presenta volumen urinario de 1.4 ml/Kg/h.

ÁNÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

pH: 7.33	GLUCOSA: 143mg/dl Elevada	HEMOCULTIVO (-)
pco2: 25	Na:155 Elevado	CULTIVO DE SEC (-)
pO2: 83	K:4.6	UROCULTIVO (CONT)
HCO3:13		
EB: -1.2		
Sat: 95%		
FiO2: 45%		

Acidosis metabólica

■ 17-11-06

10:20 am

■ Oxigenación

Continúa sin cambios ventilatorios, se decide continuar con retiro progresivo de la ventilación mecánica y se pasa a pieza en T por indicación médica, 8 minutos después, presenta dificultad respiratoria, uso de los músculos accesorios, desaturación 88 % y extrasístoles supraventriculares aisladas. Inmediatamente se programan parámetros ventilatorios anteriores, mencionados en la valoración cefalocaudal.

pH: 7.32	GLUCOSA: 95mg/dl
pCO2: 45.8	UREA:69
pO2: 74	CREAT: 0.84
HCO3: 23.5	Na: 147
EB: -2.4	K: 4.5
Sat: 95.3%	Cl:114
FiO2: 45%	

Acidosis respiratoria

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 14-11-06 **NOMBRE:** Isabel C.C **EDAD:** 70 años **SEXO:** Femenino **SERVICIO:** UTI

CAMA: UTI B **NECESIDAD:** Moverse y mantener una buena postura **CAUSA DE DIFICULTAD:** Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5 **ROL DE ENFERMERIA:** Suplencia

DIAGNÓSTICO: INTOLERANCIA A LOS CAMBIOS DE POSICIÓN R/C DEPENDENCIA A LA VENTILACIÓN MÉCANICA M/P DESATURACIÓN 89% Y FASCIES DE ANGUSTIA.

OBJETIVO: FACILITAR LA TOLERANCIA A LOS CAMBIOS DE POSICIÓN

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN	IND	ITR	DEP
1. Determinar las limitaciones físicas del paciente: Determinar la estabilidad cardiaca evaluando la T/A, ritmo y FC e indicadores de la oxigenación como oximetría, nivel de conciencia y color de piel. <i>“Si la actividad se inicia en un estado que compromete el GC este se reducirá aún más”.</i>	*	*	
2. Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria ante la actividad, <i>si la FC aumenta más de 30lpm por encima del nivel de reposo, si aparece una nueva o mayor irregularidad en el pulso, si la T/A sistólica cae 15 mmHg o por debajo del nivel de reposo, “Prevén posibles complicaciones”</i>	*		
3. Enseñar a la persona a evitar la maniobra de Valsaba. <i>“Puede producir síncope y contracciones ventriculares prematuras”.</i>	*		
4. Mantener una posición funcional, con el cuerpo bien alineado.		*	

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

5. Dar posición semifowler. *“Se disminuye la resistencia al flujo de aire, redistribuye el flujo sanguíneo a áreas dependientes disminuyendo la cantidad de sangre que regresa al corazón”.*
 6. Elaborar y llevar a cabo un programa de ejercicios físicos pasivos.
“Un músculo tonificado consume menos oxígeno que uno no tonificado”.
 7. Alternar las actividades con periodos de reposo.
 8. Coordinación con camilleros para cambiar a la persona de posición o bajarla a reposet si tolera *“el no movilizar o movilizar de forma inadecuada a la persona contribuye a la alteración de los tejidos por lesión, además de ocasionar un accidente de tipo laboral para el profesional de enfermería”.*
-

*

*

*

*

EVALUACIÓN: Isabel tolero más los cambios de posición, en un 30% gracias a la colaboración de enfermería y camilleros, uno de ellos era familiar de la paciente, ella se sentía segura cuando se le apoyaba a realizar cambios de posición, no pudo progresar más por su patología de base.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 15-11-06
UTI

NOMBRE: Isabel .C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO:

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Vivir según sus creencias y valores

CAUSA DE DIFICULTAD: Conocimiento

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Compañía

DIAGNÓSTICO: TEMOR R/C PRONOSTICO INCIERTO DE SU ENFERMEDAD M/P EXPRESIONES ESCRITA DE ¿QUÉ TENGO?, ¿CÓMO ESTOY?, ¿ME VOY A CURAR?

OBJETIVO: ALIVIAR EL TEMOR

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Dar información adecuada para ayudar a aliviar los temores del paciente.
“La enseñanza a la persona sobre las pruebas y medidas terapéuticas, pueden ayudarle a disminuir su miedo y ansiedad asociados a lo desconocido y mejorar su sensación de control sobre la situación”.
2. Explicar toda prueba de diagnóstico programada
3. Proporcionar ambiente tranquilo y de apoyo al paciente.
“Reduce los estímulos externos”.
4. No hacer comentarios acerca del paciente o de asuntos sin importancia junto a su cama, aunque se sospeche que está dormido.

*

*

*

EVALUACIÓN: Se redujo el temor en un 70% a través de explicar y realizar las intervenciones de enfermería.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 16-11-06

NOMBRE: Isabel .C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Eliminación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: RETENCIÓN HIDRICA R/C REDUCCIÓN PROGRESIVA DEL FILTRADO GLOMERULAR Y FALLA DE BOMBA MP/ DISMINUCIÓN DE LA DIURESIS (0.1 ml/Kg/hr).

OBJETIVO: EVITAR LA RETENCIÓN HIDRICA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

1. Realizar balances hídricos C/8 h. o C/24 h o cuando se precise en función de la persona. *"Se conoce el volumen urinario de acuerdo a la patología de la persona"* *
2. Control analítico de la Na y Hcto. *
3. Administrar diuréticos de tipo asa "furosemide" (por su efecto más rápido, elimina agua, sodio, cloro y poco potasio. *)

EVALUACIÓN: La persona mejora su volumen urinario (0.1 ml/Kg a 1.4 ml/Kg/h) gracias a las intervenciones de enfermería.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 17-11-06

NOMBRE: Isabel C.C

EDAD: 70 años

SEXO: Femenino

SERVICIO: UTI

CAMA: UTI B

NECESIDAD: Oxigenación

CAUSA DE DIFICULTAD: Fuerza

NIVEL DE DEPENDENCIA: 5

ROL DE ENFERMERIA: Suplencia

DIAGNÓSTICO: INTOLERANCIA A LA PROGRESIÓN DE EXTUBACIÓN R/C DEPENDENCIA AL VENTILADOR M/P DIFICULTAD RESPIRATORIA, USO DE LOS MÚSCULOS ACCESORIOS, DESATURACIÓN DE 88% Y EXTRASISTOLES VENTRICULARES AISLADAS.

OBJETIVO: FAVORECER LA PROGRESIÓN DE LA VENTILACIÓN MÉCANICA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU FUNDAMENTACIÓN

IND

ITR

DEP

- | | | | |
|---|---|------------------|--|
| 1. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. | | * | |
| 2. Asegurar la ventilación y la oxigenación. | | * | |
| 3. Valorar la disposición para el retiro progresivo de la ventilación mecánica:
Vigilar estabilidad hemodinámica, nivel de hemoglobina normal, ausencia de fiebre, estado normal de conciencia. | | * | |
| 4. Apoyo psicológico. | * | | |
| 5. Identificar las razones de los intentos fallidos. | | * | |
| 6. Programar los períodos de destete para el momento del día en que la persona esté más descansada. | | * | |
| 7. Durante la progresión vigilar las respuestas fisiológicas y psicológicas:
Interrumpir cuando se presenten signos de intolerancia: taquipnea, disnea o asincronía torácico abdominal.
Agitación o cambios en el estado mental.
Disminución de la saturación de oxígeno: SaO ₂ < 90%.
Presencia del pulso o presión sanguínea aumentadas o disminuidas o presencia de disrritmias.
Considerar enlentecer el proceso hasta breves incrementos.
<i>“La continuación de la progresión de la ventilación cuando la persona presenta intolerancia conduce a la fatiga y posible insuficiencia cardiovascular”.</i> | | *
*
*
* | |

EVALUACIÓN: A pesar de realizar todas las intervenciones de enfermería Isabel era una persona con patología pulmonar previa, el retiro progresivo de la ventilación mecánica fue en proceso lento.

5.8 EVALUACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO (PROCESO DE ENFERMERÍA)

Este estudio de caso fue guiado por el modelo de Virginia Henderson, y me fue de gran utilidad, porque me permitió proporcionar un mejor cuidado, identificar las necesidades más alteradas, el grado de dependencia en donde mi rol como enfermera fue el de suplir, además pude evaluar mi deficiencias, así también mis logros obtenidos durante mi formación como enfermera especialista.

Las intervenciones de enfermería que realice en esta persona fueron gran trascendencia para Isabel, la alteración en la integridad cutánea se mejoró y se eliminó en el momento de su alta, se logró con éxito el retiro de la ventilación mecánica, sin embargo fue necesario que se le realizara una traqueostomía.

Este estudio de caso no pudo completarse hasta el alta de Isabel del hospital, pero se realizó el seguimiento en piso posterior a su egreso de la terapia intermedia.

VII. PLAN DE ALTA

CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA

Curación cada 24 horas utilizando agua y jabón neutro (1 litro de agua hervir el jabón).

Mantener la lesión cubierta con gasas limpias y secas.

Vigilancia de la aparición de signos de infección (calor, dolor, enrojecimiento).

Lavar la endocanula con un cepillo con agua bicarbonatada.

IC a inhaloterapia para manejo de CPAP en casa.

ALIMENTACIÓN

Introducción de una pequeña cantidad de alimento en la boca.

Si son alimentos sólidos, masticar brevemente hasta alcanzar un bolo bastante compacto.

Inspiración profunda antes de la deglución.

Inclinar la cabeza de forma que el mentón contacte con el esternón.

Para que en la deglución baje al máximo la base de la lengua y supla parcialmente la falta de esfínter vestíbulo epiglótico.

Con la cabeza inclinada se harán varias degluciones seguidas hasta que note que ha pasado la totalidad del alimento.

Tras la ingesta se procederá a la higiene de la cavidad oral con enjuagues con un colutorio para evitar que se almacenen restos de alimentos en la boca y en fases posteriores el cepillado de la dentadura.

Este cuidado se hará cada 8 horas puesto que la boca es fuente primordial de contaminación.

Tomar la medicación indicada de forma correcta, no olvidarse de tomarla a diario o abandonar el tratamiento por su cuenta.

Tomar una dieta baja en sodio. No tome los siguientes alimentos por su elevado contenido en sodio : Sal de cocina o de mesa, carnes saladas y ahumadas, pescados ahumados y secos, quesos muy salados, frutas secas, conservas, salsas saladas, caldos preparados y sopas de sobre .

Recomendaciones para que la dieta hiposódica sea aceptada por la persona

La presentación debe de ser inmejorable para estimular las secreciones gástricas.

Los modos de cocción al vapor, a la plancha y guisados.

La cocina sin sal es insípida, es necesario tomar ciertos recursos para que sea más apetitosa, utilizar potenciadores del sabor como: ácidos (vinagre y limón), aliáceos (ajo, cebolla), especias (pimienta, azafrán, canela),

hierbas aromáticas (albahaca, tomillo, laurel, menta, perejil, romero, etc.)
Utilizar aceites con sabor, como el de oliva.
Reducir el consumo de dulces y grasas.
Consumir abundantes frutas y verduras y ensaladas.
Tomar una dieta rica en potasio (favorece la excreción urinaria del sodio).
Comer un plátano al día.
Disminuya el consumo de bebidas estimulantes como el café, té y colas.

Baño y cambio de ropa diario con énfasis en:

CUIDADOS DE LOS PIES

HIGIENE E INSPECCIÓN

Mantener los pies limpios: lavar diariamente con agua tibia (temperatura menor de 37° C utilizar termómetro) y jabón neutro.

No mantenerlos en remojo más de 5 minutos.

Secarlos bien sin frotar, especialmente entre los dedos, teniendo en cuenta no dejarlos húmedos.

Hidratación tópica: hacer penetrar la crema hasta su total absorción evitando el exceso de producto.

Observar los pies a diario

Mantener las uñas limpias y cortas, recortándolas en sentido horizontal.

Llevar bien abrigados los pies.

Usar calcetas de lana fina o algodón (sin costuras, no deben apretar ni quedar demasiado holgados), con cambio diario.

Utilizar un calzado flexible (preferiblemente de piel, suela antideslizante, base ancha, tacón bajo "inferior a 5 cm"), cómodo, procurando que la punta sea ancha para evitar roces.

Si utiliza un calzado nuevo, su uso debe de ser gradual para evitar rozaduras.

Utilizar callicidas para eliminar callos y durezas, no usar tijeras o instrumentos afiliados.

NUNCA:

Exponer los pies a temperaturas extremas (bolsas de agua caliente, mantas eléctricas, hielo)

Caminar descalzo.

CONSULTAR SIEMPRE QUE:

Note hinchazón.

Aprecie cambios de color en uñas o dedos.

Sufra dolor.

Aprecie fisuras o excoriaciones.

**ACUDIR AL PODÓLOGO FRECUENTEMENTE
TRATAMIENTO MÉDICO PROPUESTO**

Una vez que se realizó la revisión de este estudio de caso por el Dr. Enrique Pérez Sánchez (titular de la asignatura RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD I), se concluyó que es trascendental mencionar el tratamiento propuesto para el Cor Pulmonale, que básicamente está dirigido a la enfermedad subyacente, por ejemplo en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, la terapia con oxígeno a larga duración puede mejorar el Cor Pulmonale.

El edema requiere diuréticos, a veces nitratos para mejorar el flujo sanguíneo; inhibidores de la fosfodiesterasa como sildenafil y tadalafil, y ocasionalmente inotrópicos para mejorar la contractilidad del corazón.

Otros medicamentos ayudan a mejorar la hipertensión pulmonar, son la prostaciclina (prostaciclina por medio de inyección o inhalación) o sus análogos. Asimismo anticoagulantes y bloqueadores de los canales de calcio para las etapas iniciales del trastorno.

Por otro lado, es posible que se necesite la cirugía para neutralizar los defectos cardíacos que causa el Cor Pulmonale, en los casos muy avanzados, se puede aconsejar un trasplante de corazón y de pulmón.

VIII. CONCLUSIONES

Los objetivos de este estudio de caso fueron cumplidos, se realizó el seguimiento de Isabel, donde se aportaron datos de su evolución.

Se logro integrar todos los aspectos del paradigma de Virginia Henderson sin olvidar los aspectos éticos, humanísticos, teóricos y prácticos de la especialidad.

El modelo de Virginia Henderson es complejo, ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera, sin embargo en mi opinión en muchos de los casos el entorno es parte de la cultura, y no se puede cambiar la cultura de las personas. A pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, entonces existen limitaciones en utilizar su modelo, aún así es una herramienta valiosa como guía en la elaboración de cualquier proceso de atención de enfermería.

Es importante seguir con el desarrollo de estudios de caso en las Unidades de cuidados intensivos, porque es donde se respalda nuestro modo de actuar para disminuir el índice de mortalidad, minimizar el efecto de secuelas y mejorar la calidad de vida.

IX. SUGERENCIAS

La aplicación de un estudio de caso guiado por un modelo de Virginia Henderson permite proporcionar un mejor cuidado a las personas que se encuentran en unidades críticas.

Estudiar un solo modelo permitiría retroalimentarse con todas las especialidades impartidas en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por ello sería importante contar con un solo modelo.

Asimismo sugiero que una vez que hemos identificado a la persona a la cual elaboraremos un estudio de caso sería recomendable contar con más tiempo para evaluar muchas de las intervenciones que realizamos.

Sugiero que el estudio de caso que se realice para obtener la titulación de enfermera especialista, sea de la sede donde se imparte dicha especialidad, porque sería

X. BIBLIOGRAFIA

1. Fernández Ferrín, C.; Novel Martí, G. “El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería” Cap 1, el: El Proceso de Atención de Enfermería. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson- Salvat Enfermería. Barcelona, España. 1993, Pp 1-10.
2. Phaneuf. M La planificación de los cuidados enfermeros McGraw-Hill Interamericana. México 2000.,Pp17
3. Balderas, M. Ética de Enfermería Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, 1998.
4. Brunner y Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. Volumen I. McGraw-Hill Interamericana. México D.F. 2002.
5. Alfaro-Lefebre R. Aplicación del proceso enfermero. Editorial Springer. Barcelona.1999.
6. Carpenito LJ. Plan de cuidados y documentación en enfermería. Editorial Interamericana McGraw-hill. México 2004.
7. Beare- Myers El tratado de Enfermería Mosby. Editorial Harcourt-Brace. México, 1998.
8. Ugalde Apalategui, M; y Rigor Cuadra. A: Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Editorial Masson. México, 2005.
9. Gutiérrez Lizarde, Pedro. Procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos, Editorial MackGraw Hill, Interamericana, México, 2002.
10. Gallardo Murillo, JM. Cuidados del paciente en ventilación mecánica. Ed. MASSON. México 2003: 103; Pp. 526-529
11. Ley General de Salud, Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13, 14 y 21. México, 2000.
12. Braunwald E, Colucci W, Grossman W eds. Clinical aspects of heart failure. En Braunwald Herat Disease 5 Ed 1997: pp 445-470
13. Restrepo S, Solarte I. “Cor Pulmonale”. Revista Colombiana de Neumología 1994; 6:198-200.
14. Sandoval J. Insuficiencia ventricular derecha en la hipertensión arterial pulmonar. Consideraciones fisiopatológicas. Archivos de Cardiología de México: 2001; 71: S164-7.
15. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology: Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. European Heart Journal 2001; 22; 1527–1560.
16. American Heart Association. Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. Circulation 2001;104:2996-3007.
17. Weitzenblum E. Chronic Cor Pulmonale. Heart 2003;89:225–230.
18. Ariza, Claudia. "Intervención de Enfermería al paciente con alteración de Sistema Cardiovascular". Módulo de Autoinstrucción. Pontificia Universidad Javeriana.
19. Instituto de Estadística, Geografía, e Informática (INEGI). Incidencia de Enfermedades Cardiovasculares. 2003

20. Instituto de Estadística, Geografía, e Informática (INEGI). Principales causas de mortalidad en 2003 para mujeres y hombres Cuadros V y VI.2003
21. Internacional Nursing Council. The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions (and accompanying issues papers) www.inc.ch/global/#3
22. Organización Panamericana de la Salud. Confrontación de las definiciones y los conceptos de ser humano y persona. Colección de cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1995 - 1999. Capítulo 2 y 4. <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/nubiab.htm>

XI. ANEXOS

DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

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

Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros

**Presentación
Mayo, 2005**

Para dar atención a las inquietudes del personal de Enfermería, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) coordinó con los Colegios: Nacional de Enfermeras, Nacional de Enfermeras Militares y Mexicano de Licenciados en Enfermería, a partir de septiembre de 2004, tres sesiones de trabajo, con el objetivo de elaborar la propuesta de trabajo inicial de la Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros, que fue presentada el 6 de diciembre del mismo año en el seno del Grupo Conductor, encargado de emitir el documento final.

El Grupo Conductor para la emisión del Decálogo estuvo conformado por las siguientes instituciones: Subsecretaría de Innovación y Calidad, Asociación Mexicana de Bioética, Comisión Interinstitucional de Formación de Recursos Humanos para la Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud, Jefatura de Servicios de Enfermería del ISSSTE, Comité de Enfermería del IMSS, Colegio Nacional de Enfermeras, Colegio Nacional de Enfermeras Militares, Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Enfermería, Grupo Ángeles Servicios de Salud, la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud y la CONAMED en su calidad de coordinador de este relevante proyecto. Dicho Grupo Conductor, durante varias reuniones revisaron, sancionaron y conformaron La propuesta final de la Carta aludida, para enviarla a revisión y consenso de la enfermería nacional, a través de 778 instancias representativas, conformadas por instituciones de salud, instituciones educativas, grupos colegiados y asociaciones distribuidas en todo el país.

En atención a dicho consenso, todas las instituciones hicieron suya esta Carta validándola con el agrado y anuencia de sus representados, enviando así mismo, 486 respuestas específicas para proponer modificaciones y sugerencias de redacción. Con la retroalimentación lograda, el Grupo Conductor, en un intenso trabajo de equipo, el 6 de abril de 2005 concluyó y elaboró el documento final que ahora se publica.

La Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros tiene un sustento normativo de gran importancia, toda vez que los derechos invocados derivan de nuestra Carta Magna y de las leyes emanadas de ella, tal es el caso de la Ley Federal del Trabajo y la Ley General de Salud, así como otros ordenamientos complementarios que sustentan la práctica profesional de la Enfermería.

Destaca, de igual forma, que esta Carta detente entre sus disposiciones a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, lo cual la dota de mayor solidez.

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

DERECHOS DEL PACIENTE

Entre los antecedentes más remotos de los derechos de los pacientes se encuentran los plasmados en el Código de Hammurabi (1750 a. C.), descubierto en 1902 en Irán; entre otras muchas acciones médicas, en dicho código se sancionaba al médico cuando ocasionaba daño a su paciente. Otro trascendente documento aplicable en nuestros días es el de Hipócrates, que como norma prescriptiva de la moral sustenta el respeto por el ser humano enfermo.

Aparecida en Roma durante la época del Imperio, la Ley Aquilea por primera vez menciona la culpa gravis, que ha sido fundamental para muchas legislaciones. En la Edad Media, los médicos judíos, afamados por su técnica médica fundamentada en la antigua tradición, rigieron su conducta siguiendo al pie de la letra el Juramento de Asaf (Asaf Harofe), que tiene muchos puntos en común con el Juramento de Hipócrates y que por supuesto es posterior.

En el transcurso de la historia, los textos hipocráticos fueron mezclados con nociones estoicas de deber y virtud. Sin embargo, los componentes filosóficos fundamentales de la ética médica permanecieron intactos hasta mediados del siglo XX, cuando empezaron a ser cuestionados como parte del trastoque general de los valores originado en los países desarrollados por una serie de acontecimientos sociales como la Segunda Guerra Mundial.

En 1946 se proclamó el Código de Nüremberg, que estableció un decálogo de principios que deberían ser respetados cuando se afectara la dignidad humana, como en los casos de la experimentación médica sobre seres humanos o cuando se pretendiera efectuar investigación en humanos, para lo cual se estableció como requisito obligatorio la documentación del consentimiento informado de manera libre y voluntaria. En el mismo año, la Organización Mundial de la Salud hizo universal el concepto del derecho a la salud. A finales de 1948 se promulgó la Declaración de los Derechos Humanos, que señala el derecho de las personas a la seguridad social y a la salud.

En este proceso de legislación ética de la práctica médica surge el Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, octubre de 1949).² Este conjunto de normas encaminadas a la obligación moral y no jurídica recomienda su observancia en los países firmantes, y fundamenta el reconocimiento moderno del derecho que posee el ser humano a gozar de salud en forma libre e igual en dignidad y prerrogativas, otorgándole el respeto y trato fraterno de sus congéneres. No obstante en la actualidad existen múltiples factores que matizan la interpretación de la condición del paciente, sus necesidades y sus derechos. Por ello, es menester entender que los cambios vertiginosos acontecidos en todos los ámbitos de la sociedad e intensificados por el acceso a la información y catalizados por los avances técnicos y científicos desde finales del siglo XX, han propiciado conflictos.

Entre los derechos y necesidades del paciente y algunos otros valores sociales, no siempre percibidos en su justa dimensión, advirtiéndose falta de conciencia entre

el personal de salud acerca de la opinión del paciente en torno a la atención médica que se le brinda. Aun cuando los derechos de los pacientes se encuentran legislados en diferentes instrumentos de la normatividad jurídica del país, para el ciudadano es difícil integrar la información disponible en torno a sus derechos.

Se emprendió un proyecto dirigido a elaborar un documento único para el usuario de los servicios de salud, como parte de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos buscan mejorar la calidad de los servicios de salud.

La ética médica actual está sustentada en cuatro principios de bases sólidas:

- Beneficencia
- No maleficencia
- Autonomía
- Justicia

El paciente no es un sujeto pasivo en el proceso enfermedad-curación, le asiste el derecho a que se le suministre con veracidad, claridad y de manera confidencial, toda la información sobre ese proceso. Cuando se trata de la práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, por simples que sean, tiene derecho a conocer el nombre y la experiencia de quien los va a ejecutar.

Junto con el de beneficencia y justicia, el de autonomía es otro principio que sirve de sustentación a la ética médica. Por eso, todo acto médico debe estar precedido del consentimiento del paciente, a no ser que éste se encuentre mentalmente incompetente, entonces la autonomía es transferida de manera tácita a los familiares más cercanos. A nadie en posesión de sus plenas facultades se le puede forzar a aceptar un procedimiento diagnóstico o terapéutico, aunque el médico lo considere estrictamente necesario. Esa autonomía le permite al enfermo ceder o no sus órganos para trasplante o para estudios especiales, y señalar la persona en quien delegar la autoridad y la responsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con los procedimientos que el médico proponga, en caso de que no estuviese en capacidad de hacerlo por su cuenta en el momento indicado.

En otras palabras, la persona posee el derecho de delegar su voluntad en terceros.

Como ser humano, el enfermo posee los derechos que la ley le reconoce y le otorga; empero, sus derechos deberían ser preponderantes respecto a los del hombre sano, pues el enfermo se encuentra en desventaja. Para que la ley sea justa, debería velar por proteger a la parte más frágil sobre la que se legisla: el ser humano enfermo.

Varias publicaciones coinciden en señalar que la trayectoria del ejercicio médico occidental de la que somos herederos, ha ignorado o desconocido esos derechos con alarmante frecuencia, y ahora la sociedad civil empieza a tomar conciencia de ellos y lucha por hacerlos valer en un marco de justicia al amparo de la ley. Conocer los derechos del paciente, pugnar por su ejercicio e invitar a su

perfeccionamiento en la práctica y a su tutela en la legislación mexicana, es un reclamo social constante.

Una de las discusiones tradicionales entre abogados y filósofos estriba en dilucidar si los derechos son exclusivamente los que están consagrados en un documento, o si existen independientemente de que se haya legislado al respecto. El gobierno mexicano consideró que era necesario y urgente elaborar un documento a favor de los pacientes, que permita a la población una participación activa e informada en la demanda de sus derechos, en la mejoría de la calidad de los servicios de salud, y en la crítica, denuncia y rechazo al profesional que no cumple con sus demandas y necesidades, promoviendo un cambio radical en la relación médico-paciente, eliminando a cierto sector de los prestadores de servicios de salud que actúan de manera impropia denigrando la imagen de la profesión médica.

Derechos Generales de los Pacientes

1. Recibir atención médica adecuada: el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando sea necesario enviarlo a otro médico.

2. Recibir trato digno y respetuoso: el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brindan atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y este trato se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz: el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; a que esta información se le proporcione siempre en forma clara, comprensible con oportunidad, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4. Decidir libremente sobre su atención: el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, a rechazar o aceptar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en enfermedades terminales.

5. Otorgar o no consentimiento válidamente informado: el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, los

beneficios que se esperan, y las complicaciones negativas que pudieran presentarse. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decide participar en investigaciones, o donar órganos.

6. Ser tratado con confidencialidad: el paciente tiene derecho a que toda la información expresada a su médico sea manejada con estricta confidencialidad, y se divulgue exclusivamente con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria, lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión: el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionado con su estado de salud.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia: cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. Contar con un expediente clínico: el paciente tiene derecho a que los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa, en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable, y, cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida: el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Se le explico a la persona y familiares las características del estudio de caso y se le propuso participar en el, asegurando que las intervenciones de enfermería no le afectarían de ninguna manera en el estado de salud ni en su entorno biosicosocial.

Con fecha 13 de Noviembre del 2006, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado: "INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA A UNA PERSONA CON INSUFICIENCIA CARDIACA SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON"

Isabel Cerón Castro