



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

MORALES, Marcela Patricia

Córdoba, Julio de 2016

DATOS DE LA AUTORA

MORALES, Marcela Patricia

Licenciada en Enfermería egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad

Nacional de Córdoba.

Actualmente se desempeña como Supervisora de Enfermería del Hospital Municipal

de Urgencias y como Enfermera operativa del servicio de Clínica médica del Hospital

Misericordia.

Coordinadora Regional de la Red de Enfermería de Emergencia y Desastre.

ÍNDICE

Índice	Pág.	3
Introducción	Pág.	4
Marco Teórico	Pág.	5
Presentación del caso	Pág.	17
Análisis de los Patrones de Gordon en el Caso presentado	Pág.	21
Proceso de Atención según Patrones Funcionales de Marjory Gordon	Pág.	26
Conclusión	Pág.	36
Bibliografía	Pág.	37

INTRODUCCIÓN

En la Argentina, en América Latina y alrededor del mundo, los traumatismos constituyen una importante causa de morbi-mortalidad como consecuencia de accidentes de tránsito. Para comenzar haré una descripción de la situación a nivel mundial de la Accidentología vial, de sus factores de riesgo y consecuencias, para luego ir desglosando la situación a nivel país y finalmente en nuestra provincia. Es mi intención, a través de la presentación de los diferentes análisis y datos estadísticos, con cifras alarmantes que año a año se ven incrementadas; dejar planteada una realidad que se lleva a miles de vidas humanas y deja otras miles con lesiones irreversibles. Dentro de todo esto, un capítulo aparte son los accidentes con peatones, que implican una muerte segura o lesiones graves que ponen en riesgo inminente de muerte, como el caso que voy a presentar.

Considero que frente a esta situación de salud mundial consecuencia de la enfermedad Trauma el Proceso de Atención de Enfermería es la herramienta del cuidado por excelencia ya que resulta un pilar fundamental en el tratamiento de estos tipos de lesiones, por todo lo que ello implica en cuanto a valoración, planificación y acciones con alto grado de conocimiento científico y habilidades en sus técnicas y procedimientos acorde a las necesidades del paciente crítico con internación en UTI.

Teniendo en cuenta lo anterior, para la presentación de mi trabajo final elegí realizar un Proceso de Atención de Enfermería basado en los Patrones funcionales de Marjory Gordon, los cuales serán aplicados al caso de una paciente internada en la Terapia Intensiva del Hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba.

4

MARCO TEÓRICO

Según el informe de la OMS de 2016, cada año, los accidentes de tránsito causan la muerte de aproximadamente 1,25 millones de personas en todo el mundo. Y las lesiones causadas por el tránsito son la causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad.

A pesar de que los países de ingresos bajos y medianos tienen aproximadamente la mitad de vehículos en el mundo, se producen en ellos más del 90% de las muertes relacionadas con accidentes de tránsito y la mitad de las personas que mueren por esta causa en todo el mundo son “usuarios vulnerables de la vía pública”, es decir, peatones, ciclistas y motociclistas.

Si no se aplican medidas para evitarlo, se prevé que de aquí a 2030 los accidentes de tránsito se conviertan en la séptima causa de muerte.

La recién adoptada Agenda de Desarrollo Sostenible para el 2030 de la OMS, ha fijado una meta ambiciosa con respecto a la seguridad vial, consistente en reducir a la mitad, para 2020, el número mundial de muertes y lesiones por accidentes de tránsito.

Cabe destacar que, según la OMS, cada año se pierden aproximadamente 1,25 millones de vidas a consecuencia de los accidentes de tránsito. Entre 20 millones y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, y a su vez una proporción de estos padecen alguna forma de discapacidad.

Dentro de este número de muertos y lesionados, se encuentran los peatones, un grupo muy vulnerable y los cuales no se encuentran discriminados como tales dentro de los diferentes estudios estadísticos, sino que se encuentran dentro de las cifras generales de los accidentados.

Las lesiones causadas el tránsito causan pérdidas económicas considerables a las víctimas, a sus familias y a los países en general. Se producen pérdidas a consecuencia de los costos del tratamiento (incluidas la rehabilitación y la investigación del accidente) y de la pérdida o disminución de la productividad (por ejemplo, en los sueldos) por parte de quienes resultan muertos o lastimados, y para los miembros de la familia que deben distraer tiempo del trabajo o la escuela para atender a los lesionados.

5

Hay pocas estimaciones mundiales de los costos de las lesiones, pero investigaciones de 2010 indican que los accidentes de tránsito cuestan a los países aproximadamente un 3% de su producto interior bruto, y que la cifra puede elevarse al 5% en algunos países de ingresos bajos y medios.

Las lesiones causadas por el tránsito se han marginado del programa de acción sanitaria mundial durante muchos años, a pesar de que son predecibles y en gran medida prevenibles. Los datos de investigación provenientes de muchos países

muestran que se pueden lograr resultados extraordinarios en la prevención de estos traumatismos mediante esfuerzos concertados en los que se implica el sector de la salud, aunque no de manera exclusiva.

Según el análisis hecho por la OMS hay numerosos aspectos a tener en cuenta a la hora de estudiar la Accidentología Vial en el mundo, tales como la situación socioeconómica del país, la edad de los conductores, el sexo y los diferentes factores de riesgo que implican un aumento de la tasa de accidentes de tránsito con sus respectivas consecuencias para la salud humana.

Más del 90% de las muertes causadas por accidentes de tránsito se producen en los países de ingresos bajos y medianos. Las tasas más elevadas se observan en los países de ingresos bajos y medianos de África y del Oriente Medio. Incluso en los países de ingresos altos, las personas de los estratos pobres tienen más probabilidades de verse involucradas en accidentes de tránsito.

El 48% de las muertes que se producen en el mundo por accidentes de tránsito ocurren en personas de entre 15 y 44 años. Un capítulo aparte son los peatones atropellados. Del total de defunciones por lesiones de tránsito, más de 270.000 son peatones. Esto constituye 22% de todas las muertes en la vía pública. Los hombres, tanto niños como adultos, están sobrerrepresentados en las colisiones con los peatones. En los países de altos ingresos, los caminantes de mayor edad corren un riesgo más alto de muerte y lesión, debido, entre otras razones, a la disminución de su agudeza visual, una capacidad menor para reaccionar a tiempo, su andar más lento y su fragilidad. En los países de bajos y medianos ingresos, los peatones más jóvenes corren un riesgo mayor. Esto se debe en parte a la cantidad de niños en relación con los vehículos, su inhabilidad para determinar la velocidad de un vehículo o la distancia a la que se encuentra, la falta de atención al entorno y la ausencia de una supervisión adecuada por parte de los padres u otros adultos.

6

Tanto los niños como los adultos con discapacidad también sufren tasas más altas de lesiones como peatones comparados con las personas que no tienen ninguna discapacidad. Además de las defunciones, millones de personas resultan lesionadas en accidentes viales mientras caminan, y algunas de ellas quedan permanentemente discapacitadas. Las grandes diferencias entre las tasas de muerte y lesiones de peatones entre los países recalcan la necesidad de comprender cabalmente el problema a nivel tanto nacional como local.

En cuanto al sexo, desde una edad temprana, los varones tienen más probabilidades que las mujeres de verse involucrados en accidentes de tránsito. Los hombres son víctimas de unas tres cuarta partes (73%) de las muertes por accidentes de tránsito. Entre los conductores jóvenes, los varones menores de 25 años tienen el triple de posibilidades de morir en un accidente de tránsito que las mujeres jóvenes.

Al hablar de accidentes de tránsito tenemos que primero analizar los factores de riesgo que contribuyen a que se produzcan estos hechos.

Los traumatismos por accidentes de tránsito pueden prevenirse. Los gobiernos tienen que adoptar medidas para abordar la seguridad vial de una forma integral, lo que requiere la participación de muchos sectores (transportes, policía, salud, educación) y velar por la seguridad de las calles y los caminos, los vehículos y los propios usuarios de la vía pública.

Entre las intervenciones eficaces cabe mencionar el diseño de una infraestructura más segura y la incorporación de elementos de seguridad al decidir el uso de la tierra y planificar el transporte; el mejoramiento de los elementos de seguridad de los vehículos; y la atención mejorada de las víctimas inmediatamente después de los accidentes de tránsito. Resultan igualmente importantes las intervenciones centradas en el comportamiento de los usuarios de la vía pública, como el establecimiento y cumplimiento de leyes relacionadas con los factores de riesgo fundamentales y la concienciación.

Los factores de riesgo mencionados por la OMS son:

- Velocidad excesiva
- Conducción bajo los efectos del alcohol
- El uso de casco
- El uso de cinturón de seguridad y elementos de sujeción en niños

7

- Distracción al conducir
- Violación de las leyes y normas de tránsito (prioridad de paso del peatón, cruce por la senda peatonal, etc).

La respuesta de la OMS a la situación mundial de los accidentes de tránsito y sus consecuencias para la vida humana se plasmó en un documento del año 2010 “Coordinación del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020” proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

La inauguración tuvo lugar en mayo de 2011 en unos 110 países, con la finalidad de salvar millones de vidas mediante el mejoramiento de la seguridad en

la vía pública y de los vehículos; del comportamiento de los usuarios de la vía pública; y de los servicios de urgencias.

La OMS, en colaboración con las comisiones regionales de las Naciones Unidas, es el organismo director de la seguridad vial dentro del sistema de las Naciones Unidas. La OMS también preside el Grupo de colaboración de las Naciones Unidas para la seguridad vial y sirve como secretaría del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020. La OMS desempeña un papel protagónico en la orientación de las iniciativas mundiales al seguir propugnando la seguridad vial a los niveles políticos más altos; recopilar y dar a conocer las buenas prácticas en materia de prevención; intercambiar información con el público acerca de los riesgos y la forma de aminorarlos; y señalar a la atención la necesidad de destinar más fondos.

El seguimiento de los progresos se hará mediante informes que serán difundidos para realizar los análisis y cambios necesarios.

El *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2015* de la OMS presenta información sobre la seguridad vial en 180 países. Este informe es el tercero de una serie que aporta una visión general de la situación de la seguridad vial en el mundo. Estos informes sobre la situación mundial son el instrumento oficial para el seguimiento del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020.

La OMS desempeña una amplia variedad de actividades en los países, desde la prevención primaria hasta la rehabilitación de quienes se han visto involucrados en choques de tránsito. Para tal efecto, la Organización aplica un criterio multisectorial en alianza con interesados directos nacionales de diversos sectores (como salud, policía, transporte, educación) y con otras partes interesadas en la prevención de las lesiones causadas por el tránsito, como son ciertas organizaciones no gubernamentales y la comunidad académica.

La OMS está asociada con la Iniciativa Bloomberg para la Seguridad Vial Mundial 2015-2019 que trata de reducir las muertes y las lesiones por accidentes de tránsito en las ciudades y en los países de ingresos bajos y medios mediante el fortalecimiento de la legislación nacional sobre la seguridad vial y la aplicación en las ciudades de intervenciones de seguridad vial de eficacia demostrada.

La OMS también proporciona directrices que ponen de relieve las buenas prácticas en materia de prevención de lesiones causadas por el tránsito y presta apoyo a los gobiernos para que echen a andar programas o elaboren normas.

América Latina y nuestro país específicamente no escapan a la realidad mundial de los accidentes viales. El caos del tránsito en la Argentina y en las grandes

ciudades como Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba, crece con el correr del tiempo y nadie escapa a esa situación. Y muchos son quienes lo sufren, incluso poniendo en peligro sus vidas. Está claro, los vehículos son marcados como los culpables de esta situación, aunque los peatones también tienen algún grado de culpa. Según la Asociación Civil Luchemos por la Vida en la Argentina mueren, en promedio, 22 personas por día en accidentes de tránsito, y en los grandes centros urbanos es donde se concentran la mayor cantidad.

La misma entidad asegura que el 94% de los conductores no cede el paso a los peatones en el tránsito.

Según un trabajo de la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires, los peatones representan el 45% de las víctimas fatales, seguido por los motociclistas (29%), y los automovilistas (19%).

Mientras de cada 1000 lesionados que circulaban en auto han muerto alrededor de 10 personas, de cada 1000 peatones atropellados han fallecido 15. Esto demuestra la vulnerabilidad de este último grupo en cuanto a su riesgo de vida.

En 2013, en la Ciudad hubo un total de 2652 peatones. De estos, 39 fallecieron. Según estadísticas de CESVI (Centro de Experimentación y Seguridad Vial) de las lesiones atendidas por las compañías de seguros, este grupo ocupa el segundo lugar en la cantidad de lesionados graves con el 16,5 %.

El elevado riesgo de muerte que padecen los peatones se encuentra altamente asociado con la falta de elementos de protección. En los atropellos, los vehículos impactan directamente sobre el cuerpo de las víctimas, que no cuentan con ningún elemento que pueda mitigar la brutalidad del choque.

9

Pero no siempre son los conductores quienes los que no respetan las normas de tránsito. En algunas ocasiones la imprudencia es de los peatones. En este sentido, especialistas del CESVI Argentina realizaron varias mediciones en distintos puntos de la Ciudad de Buenos Aires y alrededores para analizar el comportamiento de más de 6000 peatones. El primer punto que se observó es el lugar en el que esperan antes de iniciar el cruce. El 76% lo hace en la vereda y el 24% en la calzada. Al separar este último dato por género se observó que las mujeres presentan una mayor tendencia a esperar en lugares indebidos, con el 54,6%.

En cuanto al respeto de los semáforos, el 68% de los peatones cruza cuando tiene luz verde para hacerlo, el 28% atraviesa la calle sin tener prioridad de paso y el 4% restante inicia el cruce con el semáforo titilando.

A la hora de cruzar la calle se registró que un 18,4% no respetan la senda peatonal y lo hace por lugares indebidos, y que un 13% cruza de manera distraída por el uso de componentes tecnológicos (mp3, celular).

En cuanto a los automovilistas, el dato más alarmante es que 55,7% de los conductores no respeta la prioridad de paso del peatón. Y el 18,3 %no deja libre la senda peatonal.

El 19 de marzo se conmemora en todo el territorio nacional el día de la Seguridad Peatonal. A juzgar por las estadísticas de víctimas fatales de accidentes viales, los peatones son un eslabón frágil dentro de todo el sistema. Más allá de los controles y reglas vigentes que puedan implementarse, lo cierto es que los caminantes no suelen autopercebirse como actores dentro del tránsito, como tampoco los reconocen de esta manera los conductores.

Esta situación genera que, por un lado los ciudadanos “de a pie” omitan condiciones claves para manejarse en calles y veredas y se comporten de forma imprudente. Por parte de quienes se manejan sobre ruedas, son pocos los conductores que comprenden la prioridad que debe darse al peatón.

Así lo demuestran los datos proporcionados por la Agencia Provincial de Seguridad vial de Santa Fe, por ejemplo, con estadísticas que incluyeran desde enero de 2010 hasta agosto de 2013. En este lapso, 14 peatones-ciclistas resultaron víctimas fatales en la ciudad de Santa Fe. A nivel provincial, en idéntico período, la cifra ascendió a 63 fallecidos.

10

En un informe publicado por la organización Luchemos por la Vida, a raíz del día de la Seguridad Peatonal, se destaca como dato, el 21% de los muertos en el tránsito son peatones, porcentaje que se incrementa en las grandes ciudades, como en Buenos Aires, donde el 40 % de las víctimas son mortales.

Los peatones, los usuarios más vulnerables del sistema del tránsito, y que son todos los que caminan por la vía pública, se encuentran desprotegidos. Sin carrocería protectora, con un tamaño pequeño y poco visibles, sufren graves lesiones en caso de atropello. Por eso, la legislación de tránsito argentina, en línea con la de los demás países, establece que los vehículos deben darle la prioridad a los peatones que cruzan correctamente la calzada por las esquinas o sendas peatonales, y con el semáforo a su favor donde no lo hay. Esto aumentaría notablemente la Seguridad Vial, reduciendo la morbi-mortalidad de los peatones. Dicha prioridad se respeta muchísimo en los países desarrollados, donde controlan y sancionan a los transgresores.

La legislación de tránsito en la Argentina, en línea con la de los demás países, establece que los vehículos deben darle la prioridad a los peatones que cruzan la

calzada por las esquinas o las sendas peatonales, y con el semáforo a su favor donde lo hay.

Luchemos por la Vida decidió medir en la Ciudad de Buenos Aires el otorgamiento de la prioridad peatonal, la cual, de acuerdo a los resultados obtenidos, es ignorada por la mayoría de los conductores. El 94% de los conductores no otorga la prioridad al peatón en la ciudad de Buenos Aires. A su vez, según otro estudio realizado por esta Asociación, sólo el 6% de los peatones cruza como corresponde en esquinas de calles semaforizadas.

Esta situación explica el alto porcentaje de víctimas peatones y también el comportamiento riesgoso de estos últimos, que no encuentran incentivos para cruzar por las esquinas. Es de esperar que aumente la conciencia social y la responsabilidad de todos, a la vez que se controle y sancione a los transgresores, para evitar tantas muertes absurdas.

A continuación se presentarán algunos estudios realizados por la Asociación Luchemos por la Vida, los cuales pese a haberse realizado en la Ciudad de Buenos Aires nos muestran el panorama de la Seguridad Vial en la Argentina, ya que Buenos Aires, como lo dijimos anteriormente, es una muestra representativa de lo que sucede en otras grandes ciudades como Córdoba, Rosario, Santa Fe con respecto al tránsito.

Estudio: Respeto de la prioridad peatonal

Otorgan la prioridad peatonal: 6% de los conductores

Total de situaciones	Situación vehículo-peatones	Otorgan	No otorgan
1150	Total de situaciones observadas	6%	94%

De ellas:

628	Vehículos que circulan en línea recta por una	2%	98%
-----	---	----	-----

	avenida/calle que los peatones intentan cruzar por la esquina o senda peatonal (sin semáforo)		
522	Vehículos que giran hacia la esquina o senda peatonal que los peatones intentar cruzar	11%	89%

Otorgamiento de la prioridad peatonal según el tipo de conductor	Otorgan	No Otorgan
Conductores particulares	7%	93%
Conductores profesionales	5%	95%
Motociclistas	0%	100%

Investigación realizada en la Ciudad de Buenos Aires, en días lunes a viernes, en horario de 08:00 a 18:00 Hs., en el mes de junio de 2012, sobre un total de 1150 situaciones vehículo-peatones. Son todos casos en los que el conductor del vehículo podía decidir entre detenerse o no para darle la prioridad a los peatones, y en los que los peatones habían iniciado el cruce, excluyéndose situaciones equívocas.

13

ESTUDIO: PEATONES EN RIESGO

El 94% de los peatones cruza incorrectamente en esquinas de calles semaforizadas

Primer parte: Cruces con semáforo (luz roja prohibiendo el cruce)

Situación de cruce	Total de peatones cruzando	Cruzan correctamente	Bajan a la calzada para tratar de cruzar aunque no puedan*	Cruzan en rojo	No cruzan por la esquina o senda peatonal

Calle/calle	544	6%	17%	48%	29%
Calle en intersección con avenida	1119	16%	14%	61%	9%
Avenida	1259	52%	21%	16%	11%

* La mayoría no cruza por impedírselo el flujo de vehículos.

Se concluye que **sólo el 6% de los peatones cruza correctamente** en esquinas de calles semaforizadas, porcentaje que se eleva en los cruces de avenidas, aunque ahí se debe tener en cuenta que el intenso y constante flujo de tránsito impide en los hechos el cruce de las avenidas, lo que explicaría un mayor cumplimiento "forzoso". Por lo que las cifras resultantes muestran un muy bajo índice de cumplimiento por parte de los peatones en las conductas legalmente obligatorias y básicas para su seguridad, y concluimos que el primer guarismo **expresa genuinamente el porcentaje de peatones que eligen su seguridad en las calles, como prioridad.**

Segunda parte: Cruces sin semáforo (el peatón tiene prioridad)

Situación de cruce	Total de peatones cruzando	Cruzan correctamente por la esquina osenda peatonal	Cruzan incorrectamente*
Calle/Calle	408	75%	25%

Calle en intersección con avenida	185	72%	28%
Avenida	170	71%	29%

*Se debe tener en cuenta que la mayoría de las personas que cruzan por la esquina lo hacen como parte de su camino, por lo cual resulta muy importante y mucho más significativa la cantidad de peatones que cruzan por cualquier parte de la cuadra.

Estudio realizado en la Ciudad de Buenos Aires, en días lunes a viernes, en el horario de 8:00 a 18:00 Hs, durante los meses de agosto y setiembre de 2011, observándose un total de 3685 peatones.

En Córdoba capital según el diario Día a Día en su edición del 24 de noviembre de 2013, aumentó el número de personas accidentadas en la calle por cruzar y al mismo tiempo hablar por teléfono o llevar auriculares, así mismo destaca que la preocupación es concreta, pero aún no hay estadísticas que puedan dar cuenta, con número exacto, de los accidentes. Lo que comenzó desde hace unos años en otras grandes ciudades del mundo como un problema grande, y hasta tiene multa, en Córdoba aparece ahora como una nueva preocupación para organizaciones que trabajan en la seguridad vial, una de las primeras en ocuparse de la prevención de este nuevo riesgo es la agrupación Acción Cívica, que trabaja en una campaña que entrega folletos que advierte a los vecinos sobre el riesgo que corren cuando no van atentos con lo que sucede en la vía pública. Por otra parte, la autora del artículo, Verónica Suppo, resalta que en el Hospital de Urgencias, ingresan por día un promedio de 5 peatones accidentados por distintas razones.

Otra de las cuestiones a tener en cuenta es el testimonio de Jorge Rummi, paramédico, cuya función es receptor los llamados del Servicio de Emergencia 107 y que a su vez dirige la organización Investigación, Concientización y Seguridad (Incose), quien precisó a Día a Día algunas de las esquinas con más casos de peatones accidentados, muchos producto de caminar alcoholizados y perder el equilibrio. "Algunas de las esquinas en las que tenemos más peatones atropellados son Colón y San Martín, Santa Rosa y General Paz; y 27 de Abril y Velez Sarfield que son las que tienen más densidad de peatones, incluso tenemos semáforos que no tienen un retardo suficiente para que una persona termine de cruzar, cuando ésta

está caminando, el semáforo se pone en amarillo y terminan atropellados. Otro dato preocupante, es que en una comparación con el año pasado hay un incremento del 15% en casos de siniestralidad en general, en los que también se marcó el aumento de vecinos accidentados en las calles. El 80% son personas con accidentes en las que está involucrada una moto. Y cuando un peatón es chocado por un rodado menor tiene más posibilidades de quedar más herida que si la atropellara un auto” indicó Rummi.

Sobre los derechos y obligaciones del peatón el Director municipal del Centro de Capacitación, Transporte y Tránsito, Pablo Farías, explicó que los vecinos tienen que tomar conciencia de las consecuencias que les puede provocar cruzar las calles distraídos y dio por ejemplo algunos fallos de la justicia cordobesa en la que peatones fueron culpados por caminar en lugares indebidos. Una de las infracciones más comunes es cruzar a mitad de cuadra o con la luz del semáforo en verde para los autos.

Cuando este tipo de pacientes ingresa a la Terapia Intensiva del Hospital de Urgencias es porque su estado es crítico comprometiendo uno o más sistemas o aparatos por lo que sus cuidados enfermeros deben ser altamente calificados, especializados y enfocados en un cuidado humanizado que consideren a ese paciente como un ser inserto en una familia y comunidad determinada, en un entorno y poseedor de valores y creencias por lo que considero que los Patrones funcionales de Marjory Gordon son la herramienta teórica adecuada para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería y satisfacer la demanda de cuidado del paciente crítico.

16

Patrones Funcionales de M. Gordon

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982). Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su

salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, espirituales del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes. En síntesis, lo que Marjory Gordon creó fue una teoría de valoración.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Auto percepción - autoconcepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores - creencias

17

PRESENTACIÓN DEL CASO

Peatón vs colectivo.

J.T., mujer, 75 años, que ingresa al HMU el 29/03 traída por SEM con herida cortante occipital, otorragia y relajación de esfínter?. Glasgow de prehospitalario 7/15.

Ingresa al Shock Room SCG 3/15, otorragia izquierda y ¿anisocoria?.

Presenta mala mecánica ventilatoria y sangre en la vía aérea. Se atiende según normas ATLS y se conecta a AVM.

Eco Fast: sin particularidades.

TAC Cerebro: Obliteración del IV ventrículo y espacios subaracnoideos basales, HSD fronto-temporo-parietal izquierdo.; con fractura temporal izquierda. ECD con desviación de la línea media, borramiento desurcos corticales, Marshall III, fractura arco cigomático y ocupación de celdillas etmoidales.

TAC Cervical: Signos de espondilo artrosis. Cambios degenerativos en la articulación atlanto axoidea. Escoliosis de convexidad izquierda. Retrolistesis posiblemente de origen degenerativo de C6. Canal raquídeo de diámetros óseos conservados.

TAC de Tórax: Contusión pulmonar bilateral a predominio derecho.

Anisocoria derecha. Manitol.

30/03 TAC de cerebro de control: Contusión frontal derecha.

Se realiza ventana neurológica: localiza ante estímulo en hemicuerpo derecho.

Se decide tratamiento quirúrgico: Evacuación del HSD y contusión. Se deja drenaje extradural .

Post-quirurgico: paciente en AVM, bajo efecto de sedoanalgesia. Pupilas isocóricas.

TAC de cerebro 31/03: Contusiones frontales, temporales y parietales derechas. Edema perilesional. Leve desplazamiento de la línea media izquierda y colapso del sistema ventricular homolateral. Hematoma epidural temporal izquierdo. Neumoencéfalo.

Signos de craneotomía frontotemporal derecha y fractura temporal derecha.

Fractura de apófisis cigomática izquierda, fractura del ala mayor del esfenoides izquierdo, fractura de peñazco izquierdo con ocupación hemática de celdillas mastoideas.

31/03/16: se retira drenaje. Se coloca vasopresores. Paciente febril, hipernatremica, coagulopática y en acidosis metabólica.

01/04/16: oligúrica. Se administra Furosemida. Se realiza Pancultivo. (no PL por coagulopatía). Se rota ATB Ampicilina sulbactam por Ceftazidima/TMP/SMX.

En la internación presentó registros de hiperglucemia (Diabetes ¿??). Recibió transfusión de hemocomponentes.

Laboratorio 01/04/16:

Hb: 9,8
GB: 12300
KPTT: 37"
APP: 47%
Plaq.: 87000
Gluc.: 152
Urea: 36
Creat.: 1,1
Na: 160/K:3,3/Cl:123
CPK. 1171
GSA: 7,28/33/141/98%/15/-10

Pasa a UTI

Ingres a UTI el 01/04/16 a las 21 horas

S.V.: 120/60, FC: 100 x min, 99%, FR: 16, afebril. PVC 22.

SNC: pupilas intermedias isocoricas reactivas. Sedoanalgesiada.

Cardiovascular: R1 R2 hipofonéticos. No R3. Requerimiento de Noradrenalina (0,2 gammas) y Dobutamina (dosis en titulación).

Respiratorio: MV +/+. No estertores. ARM VCV 450 / PEEP 5 / FR 16 / FiO2 0,8 / PP 16.

Renal: diuresis por SV, tendencia a la oliguria. Infusión de Furosemida. PVC 22.

Digestivo: abdomen blando, depresible, RHA +, no reacción peritoneal. SOG aspirativa.

Infecto: Ceftazidima/TMP-SMX.

ECG: Taquicardia sinusal 100 x min. Supradesnivel del ST en cara inferior y septoapical.

Laboratorio:

Hb: 8
GB: 10900
KPTT: 32"
APP: 73%

Plaq.: 3900 (se solicita transfusión de plaquetas pero serv. De Hemoterapia informa que no dispone de unidades). Actualmente no presenta signos clínicos de sangrado.

Gluc.: 120

Urea: 57 / Creat.: 1,8

CPK: 1293 / MB: 96

Na: 156/K:4,02/Cl:122/Ca:1,09

GSA: 7,32/33,5/226/99%/16,9/-8,3 (se disminuye FiO2)

Indicaciones:

Sedoanalgesia: (Midazolam y Fentanilo)

Furosemida

Noradrenalina/Dobutamina

Fenitoina

Protección gástrica

Manitol (a preguntar)

Ceftazidima/TMP-SMX

Vitamina K

CSV Monitoreo

Control de Glasgow

Valoración pupilar y RFM

Medidas antiescaras

Barandas elevadas

ARM

Hemoglutest

SOG aspirativa

Sonda vesical

02/04/16

Paciente con requerimientos de inotrópicos y Dobutamina. Se suspende sedación y sólo presenta flexión débil de ambos MMII. Se transfunde UGR. Presentó un pico febril. Continúa con Hipernatremia. Se indica H2O libre por SOG.

Paciente con falla Renal y falla cardíaca.

06/04/16

Paciente con TCE grave complicada con Shock cardiogénico, secundario a IAMCEST e IRA en TRR (plan de diálisis) desde 05/04/16.

Paciente con infusión continúa de analgesia opioide, no presenta apertura ocular al estímulo nociceptivo, reflejo corneano (+). Extensión anormal de miembros inferiores. En AVM PCV. A la auscultación buen ingreso bilateral de aire. Radiograficamente se observa sobrecarga de volumen.

Tolera dieta enteral.

Diuresis 1100 ml/dia con infusión de Furosemida.

Se efectúa TAC de cerebro de control.

Debido a que no se encuentra en emergencia dialítica, conrespuesta (+) a infusión de diurético y a la mala evolución y pronóstico neurológico desfavorable se decide suspender TRR y reevaluar según evolución.

Se reduce PEEP.

Estable hemodinámicamente, afebril.

Presenta trastornos periféricos con necrosis de dedos de ambos pies.

12/04/16: Se realiza Traqueostomia percutánea.

13/05/16: Se realiza colocación de Botón Gástrico Endoscópico sin complicaciones.

Análisis de los Patrones de Marjory Gordon en el caso presentado

1. Patrón Mantenimiento – Percepción de la salud

Su salud en general ha sido buena, su aspecto físico y en general es acorde a su edad. No realiza actividad física salvo caminatas cortas de manera irregular. Nunca fue tabaquista. En cuanto al alcohol consume medio vaso de vino tinto con las comidas. No ingiere otro tipo de bebidas alcohólicas.

2. Patrón Nutricional – Metabólico

Talla actual: 1,65 mts

Peso actual: 89 kg

Paciente con sobrepeso. Habitualmente mantiene una dieta rica en hidratos de carbono, como pan, fideos y harinas en general. En cuanto al consumo de carne, lo hace 2 o 3 veces a la semana entre carnes rojas y de pollo. Pescado muy poco. En cuanto al consumo de lácteos lo que más come es quesos y leche diariamente. Líquido toma muy poca cantidad. Entre infusiones y agua no llega al litro diario. No le gusta el agua.

Paciente con prótesis dental.

Actualmente con nutrición enteral por sonda nasogastrica y plan de hidratación por vía central.

3. Patrón Eliminación

Su hábito intestinal es día de por medio de características blanda o semiblanda.

En cuanto a la micción, era de características normal.

Actualmente presenta de 3 a 4 deposiciones líquidas diarias.

La diuresis es por sonda vesical forzada con diuréticos.

21

4. Patrón Actividad – Ejercicio

Su marcha era eubásica, pero lenta. No realizaba ningún tipo de actividad física de rutina. Sus caminatas tenían que ver con las actividades de la vida diaria como por ejemplo salir a hacer las compras.

Actualmente se encuentra en cama sin ningún tipo de respuesta motora. Recibe escasa kinesio motora.

5. Patrón Descanso – Sueño

Aparentemente no tenía problemas para conciliar el sueño.

Actualmente se encuentra en estado cognitivo que no responde a ningún estímulo.

6. Patrón Cognitivo – Perceptual

Paciente con Glasgow de 5/15. Sólo presenta apertura ocular espontánea sin ningún tipo de respuesta y leve movimientos de extensión en miembros inferiores, espontáneos y apenas perceptibles.

7. Patrón Autopercepción – Autoconcepto

No se puede valorar este patrón ya que no se obtuvo información al respecto. El informante sólo menciona que solía quejarse del sobrepeso lo que le provocaba dolor de piernas y que se cansaba rápidamente; pero nunca hizo nada para mejorar esa condición.

8. Patrón Rol – Relaciones

Paciente independiente económicamente. Autoválida, vivía sola, en una vivienda propia.

Participaba en las actividades del centro de jubilados como bingos y viajes dentro de la provincia. También solía organizar de manera frecuente juntadas de te y mate en casa con sus amigas y vecinas.

22

9. Patrón Sexualidad – Reproducción

Viuda hace 5 años. Un hijo nacido por cesárea. Solía realizarse controles ginecológicos periódicos.

10. Patrón Adaptación – Tolerancia al estrés

El momento de la viudez fue algo esperado ya que su esposo padecía una enfermedad terminal cuyo desenlace ya era esperado en el último tiempo por lo que ella pudo ir elaborando el duelo con él y su familia por lo que una vez llegado el momento pudo despedirse de su esposo con dolor pero con mucha paz interior. Siempre estuvo muy acompañada de su familia y amigas.

11. Patrón Valores – Creencias

Su Creencia siempre ha estado muy afianzada en la Fe Católica. Solía asistir a misa casi todos los domingos ya que lo sentía como un momento de consuelo y encuentro con Dios. Durante la internación recibe visita sacerdotal ya que este hubiera sido su deseo.

23

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Patrón 10: Afrontamiento - Tolerancia al estrés

Diagnóstico:

Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal en respuesta a una variedad de estímulos nocivos.

Objetivo:

La paciente será capaz de aumentar su capacidad adaptativa intracraneal.

Acción de Enfermería:

1. Comprobar signos y síntomas del aumento de la presión intracraneana (PIC): respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora).

Fundamentación:

El tejido cerebral peligra cuando se producen déficits en el riego sanguíneo cerebral. Estos pueden estar provocados por hemorragias, hematomas, edemas cerebrales, trombos o embolias. El control de la PIC es un indicador de la perfusión cerebral. La escala de coma de Glasgow examina la capacidad del paciente para integrar órdenes con movimientos tanto conscientes como involuntarios. Se puede evaluar la función cortical examinando la reacción ocular y motora. La ausencia de reacción puede indicar que existe algún tipo de lesión en el metencefalo.

Acción de Enfermería:

2. Examinar los cambios en las constantes vitales:
 - pulso igual o menor a 60 por minuto, o por el contrario va en aumento hasta llegar a 100 o más pulsaciones.
 - Anomalías respiratorias: ¿decrece el número de respiraciones y se producen periodos de apnea cada vez más largos?
 - Presencia de hipertensión o taquicardia.

Fundamentación:

Las constantes vitales pueden reflejar el aumento de la PIC. Los cambios en el número de las pulsaciones pueden indicar presión en el tronco cerebral. Si el número de pulsaciones es bajo al principio, y luego aumenta para compensar la hipoxia. Los cuadros respiratorios varían dependiendo del lugar donde se produce el trastorno. Una respiración del tipo de cheyne-stokes (con incremento y luego y descenso gradual, seguido de un periodo de apnea) indica lesiones en ambos hemisferios, en el tronco cerebral, y en la parte superior del puente de Varolio. La respiración atáxica (irregular y con una secuencia desigual de respiraciones más y menos profundas) indica

disfunción medular. Los cambios de tensión arterial y tensión diferencial son signos tardíos de una hipoxia grave.

Acción de Enfermería:

3. Examinar las reacciones oculares:
 - examinar las pupilas con una linterna y evaluar el tamaño, la disposición, la reacción a la luz. Comparar ambos ojos y buscar similitudes y diferencias.
 - Examinar la mirada para ver si esta conjugada o bien existe algún tipo de movimiento ocular anómalo.
 - Examinar la capacidad ocular de aducción y de abducción.

Fundamentación:

Cualquier cambio en la pupila indica presión en el III par craneal o en el nervio óptico:

- Las reacciones de la pupila se regulan mediante el nervio motor ocular común (III par craneal) del tronco cerebral.
- Los movimientos oculares conjugados se regulan desde diversas partes del cortex y del tronco cerebral.

25

El VI par craneal (o nervio motor ocular externo) regula la aducción y la abducción ocular. El IV par craneal (o nervio patético) también regula el movimiento ocular.

Acción de Enfermería:

4. Detectar la presencia de:
 - Vómitos
 - Cambios sutiles como, por ejemplo, letargo, inquietud, respiración forzada o movimientos incoordinados

Fundamentación:

La causa de los vómitos es la presión sobre la medula, que estimula el centro cerebral que estimula el vomito.

Los cambios pueden ser indicadores precoces de cambios en el aumento de la PIC.

Acción de Enfermería:

5. Elevar la cabecera de la cama de 15 a 30 grados, salvo contraindicación médica. Evitar los cambios bruscos de posición.

Fundamentación:

Una ligera elevación de la cabecera de la cama favorece el drenaje venoso y así reduce la congestión cerebro vascular.

Acción de Enfermería:

6. Evitar lo siguiente:
 - Masajes en la carótida
 - Flexión o rotación de cuello
 - Retención de la respiración, tensión
 - Flexión extrema de la cadera y de las rodillas

26

Fundamentación:

Estas situaciones o maniobras incrementan la presión intracraneal:

- Un masaje en la carótida reduce el ritmo cardiaco y la circulación sistémica, tras lo cual se produce un incremento repentino de la circulación.
- La flexión o rotación del cuello afecta al líquido cefalorraquídeo y el drenaje venoso de la cavidad intracraneal.
- Estas actividades desencadena la maniobra de Valsalva, que hace que se constriñan las venas yugulares y se dificulte el retorno venoso, lo que incrementa la PIC.

Acción de Enfermería:

7. Valorar la necesidad de laxantes

Fundamentación:

Los laxantes previenen el estreñimiento y los esfuerzos de defecación que desencadenan maniobras de Valsalva como así también pueden provocar aumento en la PIC.

Acción de Enfermería:

8. Mantener un entorno tranquilo, relajado y sin mucha luz. Planear actividades que ayuden a reducir la PIC.

Fundamentación:

Estas medidas favorecen el descanso y reducen la excitación, lo que ayuda a reducir la PIC. Una sucesión continúa de aspiración de secreciones, cambios de posición, y torción de cuello aumentarían notablemente la presión intracraneal.

Acción de Enfermería:

9. Comprobar el estado de hidratación mediante la observación de.
 - La terapia enteral
 - La Terapia parenteral
 - El balance hídrico
 - La densidad de la orina

Fundamentación:

Se debe mantener una hidratación equilibrada que disuelva las secreciones y que al mismo tiempo prevenga la hipervolemia que al mismo tiempo aumenta la PIC.

Acción de Enfermería:

10. Valorar signos de presencia de diabetes insípida como diuresis excesiva, nivel elevado de sodio en plasma, densidad baja.

Fundamentación:

La constricción de la glándula pituitaria posterior o de sus conexiones neuronales pueden causar una disminución en la hormona antidiurética (ADH).

Evaluación:

Pese a todas las acciones efectuadas y aplicadas para conseguir el objetivo, La paciente no fue capaz de mejorar su capacidad adaptativa intracraneal, presentó progresivamente una involución neurológica.

28

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Diagnóstico:

Patrón respiratorio ineficaz por trastornos de las vías respiratorias debido a la disminución de la conciencia y patología intracraneal.

Objetivo:

- La paciente será capaz de mantener una PCO₂ entre 35 y 45 mmHg o en el nivel prescrito.
- Conservar la PIC por debajo de 20 mmHg

Acción de Enfermería:

1. Vigilar el estado de los pulmones según lo indiquen las condiciones del paciente:
 - Controlar los signos y síntomas de atelectasia
 - Disminución o ausencia de ruidos respiratorios

- Ruidos respiratorios en el área afectada
- Taquicardia
- Aumento de la frecuencia respiratoria
- Disnea acentuada

Fundamentación:

La inactividad puede causar una retención de secreciones, lo cual puede provocar obstrucciones o infecciones.

Los cambios en la respiración y en los ruidos de percusión denotan un aumento en la densidad del tejido pulmonar como consecuencia de una acumulación de líquidos.

La taquicardia y la taquipnea son mecanismos compensatorios para contrarrestar la hipoxia.

La disnea indica hipoxia.

29

Acción de Enfermería:

2. Mantener una PCO₂ dentro de los límites indicados.

Fundamentación:

La PO₂ mide la presión parcial de dióxido de carbono. En sangre arterial corresponde al componente respiratorio del equilibrio ácido-base ya que ese parámetro es controlado por el pulmón. La PCO₂ es la medida de la eficacia de la ventilación, un indicador de la eficacia de la eliminación de dióxido de carbono y también es un indicador de la cantidad de ácido carbónico presente en el plasma.

Acción de Enfermería:

3. Aspiración de secreciones con la frecuencia necesaria para conservar permeables las vías respiratorias.

Fundamentación:

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas favorece la ventilación respiratoria, previene las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones como así también la hipoxia.

Acción de Enfermería:

4. Administrar la sedoanalgesia prescrita para mantener la ventilación adecuada.

Fundamentación:

La sedación y la analgesia son parte integral en el manejo de los pacientes críticos. Los objetivos de estas dos intervenciones son proporcionar a los pacientes un nivel óptimo de comodidad con seguridad y controlando adecuadamente el dolor como así también una ventilación adecuada que se ajuste a los requerimientos terapéuticos.

30

Acción de Enfermería:

5. Comprobar los signos y síntomas de ARDS: taquipnea ruidosa, taquicardia, estertores.

Fundamentación:

Las células tipo II dañadas liberan mediadores inflamatorios que aumentan la permeabilidad de la membrana alveolo capilar. Un descenso en la producción de agentes tensioactivos disminuye la distensibilidad alveolar. Los músculos respiratorios deben incrementar la presión inspirativa para insuflar los pulmones.

Evaluación:

La paciente logró mantener por períodos cortos de tiempo una PCO₂ adecuada, ya que padeció de múltiples infecciones respiratorias asociadas a la ventilación mecánica que fueron deteriorando su función pulmonar.

En cuanto a la PIC se mantuvo estable, pero sus lesiones neurológicas irreversibles no permitieron su evolución favorable.

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

Diagnóstico:

Déficit del volumen de líquidos/electrolitos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos

Objetivo:

La paciente será capaz de mejorar el volumen de líquidos/electrolíticos en el transcurso de su internación en UTI.

Acciones de Enfermería:

1. Controlar signos de hipervolemia:
 - a) Presión arterial y del pulso.
 - b) Edema postural
 - c) Ruidos respiratorios accesorios: por ejemplo sibilancias y estertores
 - d) Densidad de la orina menor a 1010
 - e) Presión venosa central
 - f) Presión arterial pulmonar
 - g) Electrolitos del suero
 - h) Hemoglobina y hematocrito
 - i) Nitrógeno ureico en sangre
 - j) Creatinina

Fundamentación:

La fase oligúrica de la insuficiencia renal aguda dura, normalmente de 5 a 15 días, y se asocia el exceso de volumen de líquidos. Funcionalmente, los cambios producen una disminución de la filtración glomerular, del transporte tubular de sustancias, de la formación de orina y de la depuración renal.

Acción de Enfermería:

2. Registrar con exactitud los datos de balances hídricos y determinar el balance hídrico neto.

Fundamentación:

El desequilibrio y/o alteraciones de líquidos o electrolitos pueden originarse por un estado patológico preexistente o un episodio traumático inesperado o súbito. El indicador para determinar las condiciones hídricas de un paciente es a través del balance de líquidos para lo cual se tendrán que considerar los ingresos y egresos, incluyendo las pérdidas insensibles. La responsabilidad del personal de enfermería para contribuir a mantener un equilibrio de líquidos en el organismo del paciente es preponderante, ya que depende primordialmente de la precisión con la cual realice este procedimiento, que repercutirá en el tratamiento y recuperación del paciente.

32

Acción de Enfermería:

3. Controlar los aportes y pérdidas de líquidos en la paciente.

Fundamentación:

Contribuir al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico como así también planear la forma exacta de aporte hídrico que reemplace las pérdidas basales previas y actuales del organismo puede prevenir la hipervolemia.

Acción de Enfermería:

4. Consultar al especialista en nutrición con respecto al plan de líquidos y dieta general.

Fundamentación:

En el manejo de los líquidos tienen gran importancia el contenido líquido de los alimentos, la cantidad y el tipo de líquidos como así también el contenido de sodio.

Acción de Enfermería:

5. Evitar la infusión iv siempre que sea posible. Diluir todos los fármacos intravenosos necesarios en la mínima cantidad de líquidos segura para la administración.

Fundamentación:

Es preferible utilizar un pequeño sachet de administración iv o una bomba de infusión para evitar infusiones accidentales de una gran cantidad de volumen de líquidos.

Acción de Enfermería:

6. Controlar los signos y síntomas de acidosis metabólica:

33

- Taquipnea superficial
- Nauseas y vómitos
- Insuficiencia de bicarbonato plasmático
- PH bajo de la sangre arterial (menor a 7,35)
- Cambio en el estado de conciencia

Fundamentación:

La acidosis se produce por la incapacidad para excretar iones hidrógenos, fosfatos, sulfatos y cuerpos cetónicos. La pérdida de bicarbonato tiene lugar cuando el riñón reduce su reabsorción. La hiperpotasemia, la hiperfosfatemia y la disminución de los niveles de bicarbonato agravan la acidosis metabólica. El exceso de cuerpos cetónicos provoca cefaleas, nauseas, vómitos y dolor abdominal. La frecuencia y la amplitud respiratoria aumentan para incrementar la excreción de CO₂ y para reducir la acidosis, que afecta al SNC y que puede aumentar la irritabilidad neuromuscular a causa del intercambio celular de hidrógeno y de potasio.

Acción de Enfermería:

7. Controlar los signos y síntomas de la hipocalcemia, hipopotasemia y la alcalosis cuando la acidosis este corregida.
8. Controlar los signos y síntomas de la hipernatremia con hipervolemia.
9. Mantener las restricciones de sodio

10. Controlar los signos y síntomas de la hiponatremia

11. Controlar los signos y síntomas de la hiperpotasemia

12. Intervenir del siguiente modo ante la hiperpotasemia:

- Limitar los alimentos y los líquidos ricos en potasio
- La hemodiálisis en un baño sin potasio elimina del plasma el potasio en forma rápida y eficaz

34

- Administrar transfusiones de sangre durante la hemodiálisis de forma que el tratamiento con hemodiálisis pueda eliminar el exceso de potasio.

13. Controlar los signos y síntomas de la hipopotasemia:

- Debilidad o parálisis
- Hipoventilación
- Poliuria
- Hipotensión arterial
- Cambios en el electrocardiograma: onda U, onda T plana, arritmias y prolongación del intervalo QT
- Riesgo aumentado de intoxicación digitalicas
- Náuseas, vómitos y anorexia

14. Controlar signos y síntomas de la hipermagnesia.

15. Controlar signos y síntomas de la hiperfosfatemia.

Fundamentación:

Todas las acciones son tendientes a mantener el equilibrio hidroelectrolítico adecuado para el óptimo funcionamiento del medio interno con la consecuente evolución favorable de los diferentes trastornos que afectan el medio interno.

Evaluación:

La paciente no fue capaz de mejorar su volumen de líquidos y electrolitos en forma constante en el tiempo durante su internación. Alternó períodos de compensación-descompensación que no contribuyeron a una buena evolución hemodinámica de la misma por lo que se debe considerar la aplicación de otro tipo de terapéuticas.

CONCLUSIÓN

El peatón atropellado ocupa un porcentaje en las estadísticas de la Accidentología Vial provincial, nacional y mundial como consecuencia del descuido, la distracción, la desidia y/o la imprudencia del que se pone frente a un volante.

El daño físico que produce este tipo de eventos en la persona del peatón, cuando diera motivo de ingreso a Terapia, resulta grave, con gran compromiso en dos o más sistemas.

El conocimiento enfermero en el accionar con este tipo de pacientes es fundamental, como así también, su aguda visión clínica y el desarrollo de la sospecha ante una posible descompensación.

Cuando todas estas aristas se conjugan en el enfermero de Cuidados Críticos, la resultante será que el paciente en su estado crítico podrá ser beneficiado con la aplicación de un Proceso de Atención adecuado, oportuno y eficaz para su tratamiento y recuperación.

No existe otra forma de cuidarlo sino es asumiéndose como integrante fundamental del equipo de cuidado volcando en su beneficio todo el bagaje científico que nos avala para elaborar un plan de cuidado que ponga de relieve la satisfacción de las necesidades de salud de la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- ALSPACH, JoAnn Grif. "Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto". McGraw-Hill Interamericana. Quinta Edición. México, 2000.
- CARPENITO, Lynda Juall. "Planes de Cuidados y Documentación clínica en enfermería". McGraw-Hill Interamericana. Cuarta Edición. Madrid, España, 2005.
- CARPENITO, Lynda Juall-MOYET. "Diagnósticos de Enfermería, Aplicaciones a la práctica clínica". McGraw-Hill Interamericana. Novena Edición. Madrid, España, 2003.
- DOENGES, Marylynn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. "Planes de Cuidados de Enfermería. Séptima Edición. México, 2008.
- NANDA INTERNACIONAL. "Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones. 2012-2014.". Nanda, 2011.
- COMMITTEE TRAUMA American College of Surgeons. "PHTLS Soporte Vital y avanzado en el trauma prehospitalario". ELSEVIER. Séptima Edición. Barcelona, España, 2012.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raibe. "Modelos y Teorías en Enfermería". McGraw-Hill Interamericana. Sexta Edición. México, 2008.
- www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es
- www.luchemos.org.ar/es/investigaciones
- Scielo.Medicina Intensiva.Versión impresa ISSN 0210-5691. Vol.Nº 8. Noviembre 2007.

