

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen 13
Volume

Número 1-2
Number

Enero-Agosto 2005
January-August

Artículo:

Estudio de caso de paciente con síndrome de Down y coma mixedematoso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Cardiología

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



medigraphic.com

Estudio de caso

Estudio de caso de paciente con síndrome de Down y coma mixedematoso

Araceli Añorve Gallardo,* Araceli Torres Bonilla*

* Servicio de Terapia Intermedia, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

El coma mixedematoso es una complicación grave del hipotiroidismo mal diagnosticado, el diagnóstico erróneo es bastante frecuente debido a su escasa expresividad clínica, lo que lleva al personal de salud a pensar en otras patologías. En este artículo se describe el proceso de atención de enfermería que se aplicó en el manejo de una paciente con síndrome de Down y coma mixedematoso.

Palabras clave: Mixedema, síndrome de Down, proceso de atención de enfermería.

ABSTRACT

Myxedematous coma is a serious complication from hyperthyroidism when wrongly diagnosed. The wrong diagnosis is very frequent due to the scarce clinical expression, what leads health staffs to think about another pathologies. This article describes the nursery assistance process when the management was applied to a patient suffering from Down's syndrome and myxedematous coma.

Key words: Myxedema, Down's syndrome, nursery assistance process.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados profesionales de enfermería se fundamentan en el método científico, mediante la aplicación de un modelo conceptual cuyo eje es el proceso de atención de enfermería (PAE). La dirección de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Igna-

cio Chávez, considera que la implementación del PAE de manera sistemática, conllevará a elevar la calidad de los cuidados de enfermería, por lo que promueve la elaboración de casos clínicos utilizando el modelo de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería de la NANDA como en el presente caso clínico de una paciente con síndrome de Down y coma mixedematoso.

OBJETIVO

Establecer intervenciones de enfermería con la orientación del modelo conceptual de Virginia Henderson y los diagnósticos de enfermería de la NANDA en una paciente con síndrome de Down y coma mixedematoso, para generar evidencia científica de la atención de enfermería en personas con estas alteraciones de la salud.

Recibido para publicación: septiembre 2005
Aceptado para publicación: octubre 2005

Dirección para correspondencia
Araceli Añorve Gallardo
Servicio de Terapia Intermedia, Instituto Nacional
de Cardiología Ignacio Chávez
Juan Badiano Núm. 1, Colonia Sección XVI, 14080.
Tlalpan, México, D.F.
Teléfono 55732911 ext 1505
E-mail:aracelianorve@cardiología.org.mx

METODOLOGÍA

Se realizó la valoración de enfermería identificando las necesidades no satisfechas o parcialmente satisfechas, posteriormente se estructuraron los diagnósticos de enfermería a partir de las necesidades evidenciadas, se planearon e implementaron las intervenciones de enfermería y se evaluó la efectividad de las mismas.

MARCO TEÓRICO

La *glándula tiroides* se encuentra localizada por debajo de la laringe, con la función principal de liberar concentraciones de hormonas, las hormonas tiroideas tienen tres efectos principales en el cuerpo: 1) regulación del balance orgánico energético y metabólico; 2) regulación del crecimiento y desarrollo; 3) regulación de la actividad del sistema nervioso.

El *coma mixedematoso* es una complicación grave del hipotiroidismo, debiéndose a una falta de hormona tiroidea que da como resultado una encefalopatía. Es el estado terminal de un hipotiroidismo no controlado. Fue descrito por Gull en 1873 con el nombre de mixedema por su signo cutáneo muy llamativo, generalmente se presenta en pacientes con incapacidad para comunicarse de manera adecuada, como en los ancianos o las personas con retraso mental. Se presenta en el 1% de los casos, con una mortalidad del 50 al 70% y es la variedad más frecuente de hipotiroidismo primario. Anteriormente, la causa más frecuente era la carencia de yodo en el agua y los alimentos, pero en virtud de la profilaxis de la carencia yódica con el agregado de este metaloide en la fabricación de la sal de cocina, esta etiología cedió el primer lugar; otra de las causas son las alteraciones de la síntesis hormonal, por cambios enzimáticos.

Teniendo en cuenta las causas y mecanismos por las que se puede llegar al fallo tiroideo es posible clasificarlo en tres categorías:

- 1) Hipotiroidismo primario, producido por enfermedades propias de la glándula tiroides que destruyen los folículos tiroideos, la histopatología evidencia lesiones variadas con reemplazo de los folículos por inflamación, esclerosis u otras; cursa con elevación de la tirotrófina hipofisaria por liberación del freno ejercido por la tiroxina y la triyodotironina que están disminuidas o ausentes.
- 2) Hipotiroidismo secundario, se trata de tiroides sana que por enfermedades destructivas de la ade-

nohipófisis se ve privada del estímulo de la tirotrófina y secundariamente se atrofia y deja de secretar T3 y T4, cursa con tirotrófina y ambas hormonas tiroideas bajas. Diversas lesiones de la hipófisis pueden llevar a la destrucción: tumores primarios metastáticos, infartos, hematomas, granulomas, abscesos.

- 3) Hipotiroidismo terciario: en donde la adenohipófisis y la tiroides son sanas pero sufren las consecuencias de enfermedades del hipotálamo que resulta anulado y no produce hormona liberadora de tirotrófina. Este hecho altera el sistema de retroalimentación glandular con el consiguiente déficit de tirotrófina que a su vez lleva al déficit de hormonas tiroideas, es decir que hay carencia de TRH, TSH, T3 y T4. La estimulación del sistema con TRH restablece la normalidad. Lo mismo se puede lograr con TSH para la secreción tiroidea. El estudio histológico muestra destrucción del hipotálamo con atrofia de la hipófisis y tiroides. El mismo tipo de enfermedades y lesiones que atacan la hipófisis pueden hacerlo con el hipotálamo.

Manifestaciones clínicas: El aspecto general del hipotiroideo primario es de un individuo obeso (falsa obesidad pues el aumento de peso se debe al mixedema), con tinte pálido amarillento de la piel y mucosas –ya que el mixedema separa los vasos dérmicos de la superficie cutánea, hay vasoconstricción de los mismos y por falta de utilización de los carotenos de la dieta para la síntesis de vitamina A se acumulan en la sangre– apático e indiferente, con cara redondeada y ojos entrecerrados por el mixedema palpebral que comunica aspecto somnoliento y cierta expresión de retraso. El mixedema de la lengua lleva a la macroglosia, donde la lengua queda comprimida contra las arcadas dentarias, con lo que se imprime la marca de los molares o incisivos en sus bordes. El mixedema de las cuerdas vocales junto con el de la lengua imprimen a la voz un tono áspero y grueso. Hay otras alteraciones en la piel y faneras como la frialdad (por el hipometabolismo y la vasoconstricción), sequedad (hiposecreción sudoral y sebácea) y aspereza (descamación e hiperqueratosis perifolicular); el pelo y vello corporal se vuelven secos y quebradizos con caída pero no hay alopecia porque queda un corto tallo sobresaliendo del folículo. El hipometabolismo e infiltración del sistema nervioso central origina disminución de la actividad mental con bradiquipsia, astenia, torpeza mental, somnolencia, indiferencia; el paciente no sólo puede simular un cuadro de demencia o depre-

sión sino que muchas veces lo padece. El mixedema e hipoactividad del músculo esquelético ocasiona hipo y bradiquinesia con escasa tendencia a la actividad física, el paciente pasa todo el día en cama o sentado y se duerme con frecuencia. Las mismas alteraciones en el miocardio ocasionan cardiomegalia, a lo que suele agregarse un derrame pericárdico. Estas alteraciones más la eventual hipertensión arterial por la vasoconstricción pueden llevar a la insuficiencia cardíaca. En hipotiroidismos severos puede verificarse hidrotórax y ascitis además del derrame pericárdico. La hipomotilidad de la fibra muscular lisa digestiva junto con la hiposecreción de sus glándulas produce constipación.

El diagnóstico específico se realiza a través del dosaje de tiroxina y de tirotrófina para diferenciar si el hipotiroidismo es primario o secundario. La tiroxina en sangre es de 4.5 a 12 microgramos por ciento y este nivel disminuye en todos los tipos de hipotiroidismo. Como la tiroxinemia depende de la cantidad de proteínas plasmáticas fijadoras de tiroxina, en caso de sospecharse un déficit de ellas (desnutrición, síndrome nefrótico, hepatopatías) se deben cuantificar los niveles de tiroxina libre (el 0.03% de la que produce la glándula y que es la metabólicamente activa) para evitar un falso diagnóstico de hipotiroidismo, sus valores oscilan entre 0.8 y 2.8 nanogramos por ciento de plasma. La tirotrófina oscila entre 0.5 y 6 microunidades internacionales por mL. En el hipotiroidismo primario, al suprimirse el mecanismo de retroalimentación negativa de la hipófisis, asciende a cifras superiores a las 10 microunidades. En el diagnóstico diferencial la infiltración palpebral y de otras zonas junto con la palidez amarillenta y aspereza al tacto se pueden confundir con un síndrome nefrótico con insuficiencia renal crónica (glomerulopatía) más aún si se verifica hipertensión arterial e hipercolesterolemia, en general en el hipotiroidismo, los valores de urea y creatinina son normales o bajos debido a la disminución del catabolismo, no hay antecedentes de enfermedad renal. El examen de fondo de ojo no muestra hemorragias ni exudados y las arterias podrán estar estrechadas pero nunca en hilos de plata por no ser intensa la esclerosis. La sintomatología cognitiva y afectiva pueden simular una demencia degenerativa (Alzheimer) o vascular o una depresión. En general, estos cuadros cursan con desnutrición y atrofia muscular, puede haber edema por hipoproteinemia debido a falta de ingesta alimentaria pero no mixedema y la colesterolemia suele estar disminuida.

El tratamiento del hipotiroidismo en sus tres formas consiste en la sustitución de la secreción glandular insuficiente con hormonas tiroideas exógenas naturales o sintetizadas por la industria farmacológica, la tiroxina actúa en forma lenta, comienza a las 48 h y llega a su máximo en 7-8 días para agotar su efecto en 30 días; en cuanto a las dosis debe considerarse que la producción diaria de T4 es de alrededor de 100 µg y la T3 de 25 µg, también debe tenerse en cuenta la situación clínica del paciente y la etiología del hipotiroidismo. En el hipotiroidismo crónico, estable, sin cardiopatía, se inicia el tratamiento con 50 µg diarios de tiroxina en una sola toma controlándolo cada 10 días y aumentando la dosis en 25 µg hasta llegar a 150 ó 175, a veces 200 como dosis diaria; luego del mes de iniciado el tratamiento se solicita un dosaje de TSH y T4 en plasma para ajustar la dosis. En caso de antecedentes de infarto de miocardio, angina de pecho, arritmias o insuficiencia cardíaca, se debe comenzar con 12.5 µg de la hormona modificándola cada quince días en la misma proporción y no pasando de 75 a 100 µg de dosis total diaria. En el coma mixedematoso el tratamiento de elección es la triyodotironina por vía intravenosa, lo cual es imposible en nuestro país por no contarse con preparados inyectables de manera que se utiliza esta hormona administrándola por sonda nasogástrica. La dosis es de 12.5 µg cada 6-8 h. El preparado comercial es triyodotironina con 10 y 20 µg de la droga. El paciente debe ser internado en Terapia Intensiva, abrigado para combatir la hipotermia, antes de iniciar la hormona tiroidea inyectar 100 mg de hidrocortisona IV y seguir con la misma dosis y vía c/8 h. No administrar más de 1,000 a 1,500 mL de agua IV por día por la hipoosmolaridad plasmática, administrar sodio y glucosa hipertónicos para restablecer la tonicidad plasmática y combatir la hipoglucemia; si hay hipovolemia indicar dextran o albúmina humana, ante signos de infección indicar antibióticos de amplio espectro como cefalosporinas de tercera generación hasta aislar el microorganismo. Cuando el paciente sale del coma darle T3 y T4 juntas (levotrin 1 comprimido por día más triyodotironina de 25 mg, 1 comprimido diario) durante 7 días y luego continuar con T4 sola 100 µg.

CASO CLÍNICO

Nombre: SSA, edad: 26 años, sexo: femenino, escolaridad: 16 años de educación especial, religión: católica, procedencia: Tlapa Guerrero.

El interrogatorio se realiza de forma indirecta por medio de preguntas a sus padres. Procedente de

estrato socioeconómico bajo, habita en casa propia, en medio rural, cuenta con luz, fosa séptica, agua de pozo, hacinamiento, no animales, hábitos higiénicos con baño semanal, cambio de ropa cada tercer día, cepillado dental 1 vez al día. Antecedentes gineco-obstétricos menarca a los 12 años con ritmo de 28 x 3 sin vida sexual activa. Antecedentes personales patológicos de síndrome de Down. Actualmente cursa 24 días de postoperatorio mediato de ventana pericárdica.

A la *exploración física* se observa edad aparente menor a la cronológica, talla corta, obesa, fascie mongoloide, con retraso psicomotor importante, acrocianosis, con pérdida de cabello, sin alopecia, bajo efectos de sedación, con respuesta a estímulos dolorosos y verbales. Con diaforesis, palidez de tegumentos, febril 38°C, nistagmo, macroglosia, mucosas regularmente hidratadas, sonda nasogástrica para alimentación enteral, cuello corto cilíndrico simétrico, con traqueostomía, asistida con ventilación mecánica; gasometrías con tendencia a la hipoxemia manejada con parámetros ventilatorios, saturando al 90%, área precordial: mamas péndulas, ruidos cardíacos rítmicos de baja intensidad y frecuencia, tórax anterior con movimientos de amplexión y amplexación disminuidos, se auscultan campos pulmonares hipoventilados con estertores gruesos, drenaje pleural izquierdo conectado a sello de agua con salida de líquido seroso; abdomen globoso a expensas de tejido adiposo, blando con hepatomegalia, ruidos peristálticos presentes aumentados, presenta evacuaciones diarreicas, sonda vesical con volumen urinario de 2.5 mL/k/h; extremidades superiores e inferiores con hipotonía, tono muscular disminuido, edema y acrocianosis.

Valoración de enfermería

1. *Necesidad de oxigenación*, no satisfecha, secundaria a neumonía y derrame pleural, debido al largo periodo de intubación, a la dificultad para el destete del ventilador y a la macroglosia se tiene que someter a una traqueotomía, recibe oxígeno por medio de la ventilación mecánica, presenta exceso de secreciones sanguinolentas, se ausculta, hipoventilada basalmente, con estertores gruesos, continúa con derrame pericárdico, e hipoxemia, sus saturaciones son del 90%.
2. *Necesidad de hidratación y nutrición*, la hidratación se ve afectada ya que presenta diaforesis profusa, edema de miembros superiores e inferiores, continúa con un drenaje pleural con salida de líquido seroso, los niveles de sodio se encuentran alterados, por arriba de 145 mEq/L. Presenta alteraciones nutricionales, debido al ayuno prolongado y a la inadecuada absorción de las vitaminas A y B12; por la falta de factor intrínseco, ocasionándole anemia.
3. *Necesidad de eliminación*, necesidad alterada, presenta micción por medio de sonda vesical en alto volumen urinario, de características macroscópicas normales. Debido a la alimentación enteral presenta periodos de diarrea.
4. *Necesidad de termorregulación*, necesidad alterada, presencia de febrícula y fiebre debido a sepsis.
5. *Necesidad de moverse y mantener buena postura*, la paciente se encuentra sedada, por lo que no puede moverse y mantener una postura libre, la deficiente nutrición y el uso de múltiples dispositivos para su monitoreo hemodinámico limitan más su movilidad, esto le está ocasionando contracción muscular, hipotonía e hipoactividad.
6. *Necesidad de descanso y sueño*, se encuentra alterada, ya que no presenta un sueño fisiológico, sino que se induce por medios farmacológicos.
7. *Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas*, alterada por las condiciones actuales de salud.
8. *Necesidad de higiene y protección de la piel*, no se presenta ninguna lesión de piel.
9. *Necesidad de evitar peligros a riesgo de infección* por microorganismos oportunistas, debido a depresión del sistema inmunológico y a la necesidad de invasión con drenajes, sondas, catéteres, etc. El riesgo de caída es potencialmente alto por el estado estuporoso en el que se encuentra.
10. *Necesidad de comunicarse*, en los primeros días de estancia hospitalaria, la paciente se comunicaba con ademanes y gesticulaciones, posteriormente debido al inicio de sedación se ve alterada por completo.
11. *Necesidad de vivir según sus creencias y valores*, a pesar del Sx que presenta, la paciente distinguía en su casa ciertos valores y creencias, en su estancia en el hospital no practica ninguna de éstas.
12. *Necesidad de trabajar*. Alterada, dentro de su rol de actividades familiares estaba el cuidar a sus hermanos menores, ayudar a su mamá con la comida y el aseo de la casa.
13. *Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas*. No satisfecha debido a su estado de salud se limita hasta desaparecer.
14. *Necesidad de aprendizaje*. Alterado por el Sx de Down que presenta y las condiciones actuales de salud.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Necesidad de oxigenación

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con traqueotomía manifestado por hipoventilación de ambas bases y presencia de estertores gruesos.

Causa de la dificultad: Falta de fuerza

Objetivos	Intervenciones	Evaluación
Mantener vía aérea permeable. Reducir el trabajo respiratorio. Mejorar niveles de saturación de oxígeno.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la necesidad de aspiración cada hora. • Proporcionar fisioterapia e higiene de vías aéreas. • Valorar los parámetros de la asistencia ventilatoria mecánica. • Aspiración de secreciones. • Monitorizar gasometría arterial y saturación de oxígeno. • Valorar placa de Rx de tórax. 	<p>La saturación de oxígeno aumenta al 95%.</p> <p>La hipercapnia disminuye y aumenta la PaO₂.</p> <p>Persiste la hipoventilación basal izquierda.</p>

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con disminución del transporte de O₂ en sangre por anemia, manifestado por hipoxemia, niveles séricos de hemoglobina bajos.

Causa de la dificultad: Falta de fuerza

Objetivos	Intervenciones	Evaluación
Controlar el sangrado de la arteria pulmonar. Mejorar el transporte de oxígeno. Mejorar niveles de saturación de oxígeno.	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir al médico durante la realización de la broncoscopia. • Tomar muestra para biometría hemática y tiempos de coagulación. • Monitorizar gasometría arterial y saturación de oxígeno. • Transfundir concentrado eritrocitario o plaquetario de acuerdo a indicación médica. • Monitoreo constante de signos vitales. 	<p>La saturación de oxígeno aumenta al 95 %.</p> <p>Persiste la hipoventilación basal izquierda.</p> <p>Disminuye el sangrado por vía aérea.</p> <p>La hemoglobina en 8.4 g/dL, se logra aumentar 2 g/dL.</p>

Necesidad de hidratación y nutrición

Diagnóstico de enfermería: Exceso de volumen de líquidos relacionado con deficiencia de hormona tiroidea, manifestado por mixedema e hipotonía

Causa de la dificultad: Falta de fuerza y conocimiento

Objetivos	Intervenciones	Evaluación
Favorecer la redistribución de líquidos. Controlar la hipo-osmolaridad plasmática.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de electrolitos séricos y de hormona tiroidea. • Control estricto de líquidos. • Ministrar hormona tiroidea. • Ministrar sodio y glucosa de acuerdo a indicación médica. • Ministrar diuréticos de acuerdo a indicación médica. • Monitoreo constante de signos vitales. 	<p>Se controla parcialmente el edema.</p> <p>Los niveles séricos de sodio se mantienen en parámetros normales.</p>

Diagnóstico de enfermería: Nutrición alterada menor que los requerimientos corporales relacionada con mala absorción de nutrientes, ayuno prolongado y estado séptico, manifestada por hipoproteïnemia e hiponatremia.

Causa de la dificultad: Falta de fuerza.

Objetivos	Intervenciones	Evaluación
Proporcionar la ingesta adecuada de calorías y líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de electrolitos • Realizar cálculo de necesidades calórico-proteico de acuerdo a las condiciones actuales del paciente. 	Al inicio de la alimentación enteral, se tiene que suspender en repetidas ocasiones debido a que presenta diarrea, se ajustan dosis y horarios y empieza a tolerarlo, se completa con NPT.
Mantener un equilibrio adecuado de electrolitos.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la función del tracto gastrointestinal. • Valorar tolerancia de la alimentación enteral, de ser necesario complementar con nutrición parenteral total (NPT). • Nutrición porcentual total (NPT) Completo • Determinación de proteínas plasmáticas. 	La albúmina, proteínas y sodio aumentan sus valores.

Necesidad de eliminación

Diagnóstico de enfermería: Diarrea, relacionada con alimentación por sonda y mala absorción, manifestada por aumento del peristaltismo y más de tres evacuaciones líquidas al día.

Causa de la dificultad: Falta de fuerza.

Objetivos	Intervenciones	Evaluación
Favorecer la ingesta adecuada de calorías y líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de electrolitos. • Realizar cálculo de necesidades calórico-proteico de acuerdo a las condiciones actuales del paciente. 	Al inicio de la alimentación enteral, se ajustan dosis y horarios y empieza a tolerarlo, se completa con NPT.
Controlar la intolerancia a la alimentación por sonda.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la función del tracto gastrointestinal: <ul style="list-style-type: none"> - Medir volumen residual previo a la ministración de la dieta. - Escalar en forma progresiva la dieta polimérica de acuerdo a tolerancia. • Ministran fármacos que controlen la motilidad intestinal. 	La albúmina, proteínas y sodio aumentan sus valores.

Necesidad de moverse y mantener buena postura

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con sedación prolongada y uso de múltiples dispositivos invasivos y no invasivos.

Causa de la dificultad: Falta de fuerza.

Objetivos	Intervenciones	Evaluación
Prevenir el desarrollo de úlceras por presión. Disminuir el riesgo de infecciones relacionadas con un deterioro de integridad de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar valoración de Norton. • Aplicar el procedimiento de prevención de úlceras. • Valorar limitaciones de movilidad y actividad. • Examinar la piel en busca de lesiones. 	La paciente se mantiene libre de úlceras por presión y de infecciones nosocomiales a pesar de la presencia del mixedema.

- Baño y lubricación de la piel diario.
- Realizar ejercicios pasivos.
- Educación a los padres para realizar los ejercicios.
- Aplicar técnica estéril durante la manipulación de todos los dispositivos invasivos, necesarios para el manejo y tratamiento de la paciente.

Diagnóstico de enfermería: Intolerancia a la actividad física relacionada con desequilibrio en el aporte y demanda de oxígeno manifestada por alteración de la frecuencia cardíaca (aumento) y presión arterial baja, facies de dolor a la movilización.

Causa de la dificultad: Falta de fuerza.

Objetivos	Intervenciones	Evaluación
Mejorar saturación de oxígeno. Mantener frecuencia cardíaca y presión arterial dentro de parámetros normales. Mejorar gasto cardíaco. Controlar los factores desencadenantes de dolor.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo continuo de signos vitales. • Utilizar O₂ suplementario • Mantener en posición de decúbito lateral derecha. • Ministración de diuréticos. • Aspiración de secreciones. • Ministración de vasopresores e inotrópicos de acuerdo a valoración de perfil hemodinámico • Valorar en la placa de Rx derrame pericárdico y pleural. • Ministración de analgésicos. 	<p>Mejora el gasto cardíaco Se controla el dolor. Mejoran los parámetros de gasometrías No tolera la posición de decúbito lateral izquierdo.</p>

CONCLUSIONES

Al término de este trabajo la paciente continúa en estado crítico, no ha respondido favorablemente al manejo médico y quirúrgico al que ha sido sometida, continúa en estado de sedación, alimentándose por sonda nasogástrica y continúa con asistencia ventilatoria mecánica a través de traqueostomía, con catéteres central y periférico para soluciones inotrópicas, alimentación parenteral, monitorizada en bradicardia sinusal, sonda vesical con buenos volúmenes. Laboratorios dentro de parámetros normales. Con relación al plan de enfermería que se realizó para su atención, las acciones tuvieron una evaluación favorable, al término de cada procedimiento se observó una mejoría,

la aplicación del PAE facilitó las intervenciones y evaluación de los cuidados de una manera dinámica que permitió reestructurar y adecuar los mismos cuando fue necesario y retroalimentar el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Terapia intensiva*. Procedimiento de la American Association of Critical-Care Nurses. Logston Boggs, Wool dridge-King. 3ª. ed. México: Médica Panamericana; 1999.
2. Brunner SL, Smith D. *Manual de la enfermera*. 4ª. ed. México: Interamericana McGraw-Hill; 2001.
3. Tortora GAN. *Principios de anatomía y fisiología*. 6ª ed. México: Harla; 1998.
4. Rodríguez CR. *Vademécum académico de medicamentos*. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002.