

Estudio de caso a usuario con diagnostico: **síndrome de vena cava superior** por neoplasia en mediastino

Velázquez-Ahumada, Ricardo¹; Escalante-Verdugo, Manuela de Jesús²

RESUMEN

Introducción: El síndrome de la vena cava superior es una entidad grave generada por la obstrucción del flujo sanguíneo, puede generarse por presión extrínseca o por invasión de la misma, el cuidado de enfermería a estos usuarios se centra en actuar sobre la respuesta clínica que manifiesta el compromiso del estado de salud del usuario. **Objetivo:** Presentar una propuesta de cuidado centrada en el estado de salud del usuario. **Metodología:** Se realizó un estudio de caso bajo la metodología del proceso de enfermería de acuerdo con la tipología de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, con el fin de detectar las principales respuestas humanas del usuario. Se priorizaron los diagnósticos enfermeros de acuerdo con la taxonomía II de la NANDA-I y en base a juicios clínicos se elaboraron planes de atención de enfermería estableciendo resultados e intervenciones de acuerdo con las taxonomías NOC-NIC **Presentación del caso:** Usuario de 62 años ingresa a urgencias y se hospitaliza por presentar probable cuadro de neumonía. Posterior a estudios diagnósticos se traslada a al servicio de medicina interna con diagnóstico de Síndrome de vena cava superior por neoplasia de mediastino **Conclusiones:** Se aplicaron las cinco etapas del proceso de enfermería, lo que se reflejó en la evolución postviva de la persona. El cuidado del paciente crítico se afecta por la falta de identificación temprana de alteraciones en el estado de salud lo cual impacta negativamente en el proceso salud-enfermedad.

Palabras claves: Proceso de enfermería; síndrome de la vena cava superior; neoplasias del mediastino; gastrostomía; estudio de caso (DeCS; BIREME).

¹ Pasante de Licenciatura en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Sonora. E-mail: ricardo_27velazquez@hotmail.com

² Maestra en Educación Basada en Competencias. Docente de Asignatura. Departamento de Enfermería. Universidad de Sonora. Área de Enseñanza e Investigación de Enfermería. Hospital General del Estado de Sonora "Dr. Ernesto Ramos Bours". E-mail: mescalanteverdugo@gmail.com

*Autor para correspondencia

Cómo citar este artículo

Velázquez-Ahumada R, Escalante-Verdugo MJ. Estudio de caso a usuario con diagnostico: síndrome de vena cava superior por neoplasia en mediastino. *Sanus*. 2018;3(7): 78-95. [Acceso ____ __ ____]; Disponible en: _____.
mes día año URL

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería (PE) se define como un método sistemático de solución de problemas para brindar cuidados de enfermería al individuo, familia o comunidad. Constituye la base de las acciones de enfermería y puede aplicarse en cualquier ámbito de atención de salud o de tipo educativo, en cualquier marco de referencia teórico o conceptual, y en el contexto de cualquier filosofía de la enfermería⁽¹⁾. El objetivo del PE es identificar el estado de salud del usuario y/o comunidad, así como los problemas reales y potenciales, de esta manera establecer planes de atención en torno a las necesidades identificadas, realizando intervenciones de enfermería para resolverlas, lo que requiere de pensamiento crítico para su correcta realización⁽²⁾.

El estudio de caso se basa en describir una circunstancia del entorno tomada en su contexto y en estudiarla con el fin de analizar cómo se manifiestan y evolucionan los fenómenos de interés. Se describe el caso como relevante de acuerdo a la viabilidad para explicar un fenómeno, donde el contexto es determinante. Es relevante para enfermería puesto que uno de los componentes involucrados en el metaparadigma de enfermería es el entorno y las afecciones que tienen sobre el usuario en el proceso salud-enfermedad.

El estudio de caso es de interés para la disciplina de enfermería ya que permite la reflexión y el análisis sobre situaciones clínicas que podemos utilizar como fuentes de aprendizaje, así mismo como propuestas de mejora, impactando de manera positiva en la atención otorgada al usuario⁽³⁾.

El síndrome de la vena cava superior (SVCS) es un cuadro clínico grave por la obstrucción del flujo sanguíneo de la vena cava superior (VCS) dirigido a la aurícula derecha, el cual puede generarse por presión extrínseca o por invasión de la misma. Su diagnóstico prácticamente es clínico, caracterizado por síntomas específicos como la disnea, igual de importantes los hallazgos relacionados a la exploración física; como principales están el edema facial y la distensión venosa del cuello junto con la pared torácica. El desarrollo normalmente es de causa maligna en el 90% de los casos⁽⁴⁾.

El diagnóstico de neoplasia en mediastino se realiza en base a la clínica presentada.

1. El 60% de los enfermos no presentan síntomas y recurren a la atención médica por el descubrimiento de una anomalía radiográfica.

2. Existen síntomas respiratorios como tos seca irritativa o con expectoración mucosa, disnea, dolor torácico, estridor, fragmentos de calcio, sangre por erosión del tumor o la masa en vías aéreas.

3. Síndrome de vena cava superior, por deterioro en el vaciado de las venas cefálicas, cuello y extremidades superiores. Si la obstrucción es rápida, predispone a la aparición de ingurgitación venosa, edema y cianosis en

cabeza, cuello, tronco y miembros superiores

4. Síndrome de Horner: Por participación de las ramas 6ta cervical y 1ra torácica, donde se puede observar pupilas mióticas y depreciación de la curvatura palpebral por presencia de ptosis, a veces acompañada de enoftalmos y trastornos de la hidratación o temperatura de la hemicara afectada.

5. Síndrome febril. Puede desarrollarse hasta sepsis, como en patologías relacionadas a linfoma, masa infecciosa por mycobacterias, hongos o bacterias, necrosis o infección de la masa o infección en región alejada a la compresión, lo que termina en el desarrollo de neumonía, absceso y síndrome de supuración pulmonar, con secreciones infecciosas y olor desagradable.

6. Otros síntomas y signos; Estridor traqueal, arritmias cardíacas, quilotorax, disfonía, disfagia, odinofagia, compresión medular de raíces, arterias y otras venas independientes a la cava superior, derrame pericárdico, insuficiencia cardíaca, así como síndrome de pancoast.

7. Identificación por marcadores tumorales: elevación de anticuerpos antirreceptor de acetilcolina, Alfafetoproteína, Fracción beta de gonadotropina coriónica⁽⁵⁾.

Siendo causas principales de neoplasia mediastinal: cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) en la mayoría de los casos, en segundo lugar el cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) y linfoma no Hodgkin (LNH). Otros tumores malignos de mínima incidencia que se pueden presentar son el timoma, la neoplasia mediastínica de células germinales, el mesotelioma y las metástasis⁽⁴⁾.

El presente estudio de caso tiene como propósito presentar una propuesta de cuidado a un usuario con diagnóstico médico de síndrome de vena cava superior por neoplasia en mediastino, post-operado de gastrostomía, al que se le realizó el PE de acuerdo a la tipología para valoración de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

METODOLOGÍA

El estudio de caso se realizó en el área de Medicina Interna de una institución de seguridad pública de segundo nivel. Se utilizó la metodología del proceso de enfermería según tipología de patrones funcionales de la salud de Marjory Gordon. Para la recolección de datos, se interrogó al familiar ya que las condiciones del usuario no permitían interrogarlo de forma directa, además se comparó la información obtenida con la recopilada en expediente clínico.

El abordaje se dio a través del proceso de enfermería, que está constituido por 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Se identificaron diagnósticos enfermeros de acuerdo a taxonomía II de la NANDA-I. Posterior a ello se planearon

los cuidados de enfermería de acuerdo a taxonomía NOC-NIC, estableciendo resultados esperados de acuerdo a las intervenciones establecidas. Asimismo se realizó revisión bibliográfica y de artículos científicos para analizar la información obtenida del usuario y de esta forma tener un panorama más acorde a su estado de salud.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Antecedentes de ingreso

Hombre de 62 años, reside en Hermosillo, Sonora. Ingresa al servicio de urgencias por su propio pie, refiriendo disfagia y disfonías así como picos febriles, por lo cual se decide internar por posible neumonía. Previo a su hospitalización el usuario acudió a consulta médica por referir acidez estomacal y ligera opresión en el pecho, con tratamiento establecido sin presentar mejoría.

Como método diagnóstico se realiza una tomografía computarizada (TC) y estudios sanguíneos, posterior es trasladado al servicio de medicina interna con diagnóstico de síndrome de vena cava superior por neoplasia en mediastino.

Durante la valoración de enfermería, la entrevista fue realizada a los familiares del usuario debido al estado de criticidad y estado de conciencia.

Antecedentes personales

Patológicos y tratamientos recibidos: Familiar niega enfermedades crónicas.

No patológicos: Esquema de vacunación incompleto, alergias negadas.

Heredo-Familiares: Madre fallece por peritonitis a los 75 años. Padre fallece por sangrado de tubo digestivo bajo a los 65 años, hermano finado a los 55 años por CA de estómago.

Indicaciones Médicas

Soluciones parenterales:

- Nutrición parenteral n7 de 2000 ml a 41.6 ml/h
- Solución NaCl al 0.9% 200 ml + 200 mg de Midazolam a 25.0 ml/h
- Solución NaCl al 0.9% 60 ml + 2 mg de Fentanilo a 12 ml/hrs.
- PFC 200 ml c/6 hrs (10 am, 4pm, 10pm, 4 am)

Medicamentos:

- Furosemide 20mg (2ml) I.V c/8 hrs (10am, 6pm, 2 am)
- Omeprazol 40 mg (diluido en 10 ml S.F) I.V c/24 (10 am)
- Dexametasona 4 mg (1ml) I.V c/24 h (12 pm)
- Ertapenem 1 gr (Diluido en 100 de SF) I.V. c/24h (12 pm)
- Ácido Fólico 1mg (10ml) S.G. c/24 (10 am)
- Sucralfato 1gr (10ml) S.G. c/6 h (6am, 12pm, 6pm, 12am.)

Valoración y documentación por patrones funcionales de Margory Gordon

Patrón mantenimiento-percepción de la salud

Anterior a su hospitalización presentaba buen estado de salud, sin embargo según refiere familiar en el último mes se ha deteriorado considerablemente por notar pérdida de peso, cansancio generalizado, dificultad respiratoria. Tabaquismo positivo con un consumo de seis cigarros diarios desde los 18 años + consumo de alcohol ocasional a razón de 2 litros. Sin presencia de enfermedades crónicas degenerativas. Acude a consulta médica cada seis meses. Vivienda con equipo y mobiliario acorde a las necesidades básicas según lo expresado por el familiar. Se consideró este patrón como disfuncional.

Patrón Nutricional-Metabólico

Usuario de complexión robusta, tez morena, presencia de edema con Godette +++ en extremidades superiores. Caries en 20 de 28 piezas dentarias, halitosis, lesiones con sangrado en cavidad oral y edema labial debido a tubo orotraqueal. Presenta un IMC de 29.04 kg/m² (sobrepeso), sin embargo, existe pérdida de peso de 14 kg aproximadamente en el último mes. Peristaltismo aumentado de 25 x', ruidos hipersonoros, perímetro abdominal preprandial de 118 cm y postprandial de 122 cm. Gastrostomía funcional sin datos de infección en zona de inserción, Cuenta con nutrición enteral de tres veces al día de 220 ml siendo esta dieta licuada, además nutrición parenteral N7 de 2000mL p/48 hrs. Normotérmico, . Ingreso de 946ml durante el turno de 5hrs (Vía enteral: 220ml, parenteral: 726ml), con tendencia a la hiperglicemia.

Tegumentos sub hidratados, presenta úlcera por presión en región sacro-coccígea clasificada en estadio 2, de aproximadamente 4 cm de longitud, en fase proliferativa, la cual se encuentra cubierta con gasa, sin datos de infección.

Los resultados de laboratorio muestran leucocitosis y neutrofilia y anemia (Tabla 1), relacionado a la enfermedad de base de neoplasia de mediastino según lo establecido por la bibliografía⁽⁴⁾. Por lo mencionado, este patrón se encuentra disfuncional.

Patrón de eliminación

Cuenta con sonda vesical funcional, con uresis de 58.4 ml x hr, con diuresis horaria de 0.64 mL/kg/h (oliguria), y un total de 292ml en el turno, apariencia amarilla clara. Meato urinario íntegro. Presencia de estreñimiento (10 días sin evacuación intestinal). Pérdidas insensibles de 225 por turno (90 kg x 0.5 x 5 horas), balance hídrico positivo de +429ml.

Tabla 1. Resultados de laboratorio del patrón nutricional-metabólico

EXAMEN	VALOR DE REFERENCIA	CIFRAS DEL USUARIO
Biometría Hemática (10/08/16)		
Tipo y Rh		O+
Leucocitos	4.6-10.2	12.9 10 ³ /uL
Eritrocitos	4.20-6.40	2.99 10 ⁶ /uL
Hemoglobina	12.2-18.1	8.3 g/dL
Hematocrito	36-52	26.7
Plaquetas	150-500	136 10 ³ /uL
Neutrófilos	45.0-70.0%	85.6%
Linfocitos	15.0-45.0%	5%
Química Sanguínea		
Glucosa	75-110 mg/dL	96

Fuente: Expediente clínico**Tabla 2.** Resultados de laboratorio del patrón de eliminación

EXAMEN	VALOR DE REFERENCIA	CIFRAS DEL USUARIO
EGO (10/08/16)		
Color		Amarillo-aspecto claro
Densidad Específica	1010-1.030 g/L	1.005 g/L
PH	5-6.5	5
Leucocitos		Negativos
Nitritos		Negativos
Proteínas	Negativo	Negativo
Glucosa	Negativo	negativo
Cetonas	Negativo	negativo
Urobilinogeno		Normal
Bilirrubinas		Negativo
Sangre		Negativo
Células epiteliales		Escaso
Bacterias		Escaso
Hematíes		0.1
Filamentos mucosos		Escasos
Uratos		Escasos
Bioquímica (10/8/16)		
Urea	16.6-48.5	29
Creatinina	0.7-1.2 mg/dL	0.61

Fuente: Expediente clínico

De acuerdo a laboratorios, presenta hipostenuria (Tabla 2) relacionado con la retención de líquido. Urea 29 mg/dL Creatinina 0.61 mg/dL (Tabla 2) lo cual indica un aumento a la tasa filtración glomerular de 153ml/min (140-62 x 90/ 75 x 0.61). Por lo anterior, se consideró este patrón como disfuncional.

Patrón actividad y ejercicio

Usuario con ventilación mecánica asistida-controlada con los siguientes parámetros: frecuencia respiratoria de 12 x' con ventilaciones espontaneas (1-2x'), PEEP 7 cmH2O, relación I:E de 1:2.5, VTE 580 y FiO2 al 50%. Campos pulmonares con presencia de estertores bilaterales en ápices pulmonares, con adecuada expansión torácica, SaO2 de 95%. Presenta ingurgitación yugular bilateral. Tensión arterial de 117/80 mmHg (PAM: 92), frecuencia cardíaca de 82 x', rítmica, llenado capilar de 3s en miembros periféricos. Cuenta con acceso venoso central en vena femoral derecha de tres lúmenes, permeable, sin datos de infección, con 16 días de instalado.

Se observa alteración de la gasometría arterial lo que indica la presencia de acidosis respiratoria (Tabla 3), además una alteración en la ventilación/perfusión en el aporte de O2, Índice de kirby 169 (PaO2=76 /FiO2 45%* 100).

EKG muestra FC de 84x', rítmico, con P pulmonale, de V1 a V3 muestra QRS con R prima por bloqueo de rama derecha, relacionado con afección pulmonar.

Tiempos de coagulación alargados (T.P. 18 s TPP. 45.8s). plaquetopenia (136 000 plaquetas) (Tabla 3). Debido a esto se considera como un patrón disfuncional.

Patrón sueño – descanso

Patrón no valorado debido al estado de salud.

Patrón cognitivo – perceptivo

Usuario bajo sedación profunda con puntaje de -4 según escala de RASS.

Diámetro pupilar de 2mm (miosis) con mínima reacción a la luz debido a la infusión con opioides.

Por lo anterior, se considera el patrón como disfuncional.

Patrón autopercepción y concepto de sí mismo

Patrón no valorado debido al estado de conciencia del usuario

Patrón Rol-Relaciones

Usuario vive con su hijastro, viudo, buena relación con sus hijastros.

Patrón de Sexualidad – Reproducción

No tiene hijos, se desconoce vida sexual. Mamas integra tipo I. Presenta genitales íntegros sin presencia de infección, reflejo cremasteriano ausente, región perianal integra. Por lo que se considera el patrón como funcional.

Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés

Patrón no valorado debido al estado de conciencia del usuario.

Patrón valores y creencias

Patrón no valorado debido al estado de conciencia del usuario.

Tabla 3. Resultados de laboratorio del patrón actividad-ejercicio.

EXAMEN	VALOR DE REFERENCIA	CIFRAS DEL USUARIO
Gasometría Arterial (10/8/16 11:27 hrs)		
Presión Parcial de O2	75-100 mmHg	76 mmHg
Presión Parcial de CO2	35-45 mmHg	49 mmHg
PH	7.35-7.45	7.40
HCO3 normal	22-26 mEq/L	23 mEq/L
FiO2	-	45%
Coagulación (10/8/16)		
Tiempo de trombina	11.5-15.2	18
INR		1.27
T. parcial de tromboplastina	20.0-40.0	45.8

Fuente: Expediente clínico

Diagnósticos Enfermeros extraídos de la NANDA-I ⁽⁶⁾ según marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon.

Patrón funcional de la salud	Diagnóstico de enfermería
Actividad-ejercicio	DOMINIO 11: Seguridad / protección CLASE 2: Lesión física (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c vía aérea artificial (tubo endotraqueal) y acumulación de secreciones bronquiales m/p sonidos respiratorios adventicios (estertores bilaterales).
Actividad-ejercicio	DOMINIO 3: Eliminación e intercambio CLASE 4: Función respiratoria. (00030) Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio en la ventilación perfusión m/p gasometría arterial anormal (hipercapnia - PaCO ₂ =49 mmHg, acidosis respiratoria)
Nutricional-Meta-bólico	DOMINIO 11: Seguridad / protección CLASE 2: Lesión física. (00047) Deterioro de la integridad tisular r/c factores mecánicos (fricción, presión, inmovilización m/p daño y destrucción tisular (UPP grado 2 en región sacro-coccígea de 4cm aproximadamente).
Nutricional-Meta-bólico	DOMINIO 11: Seguridad y protección. CLASE 2: Lesión física. (00045) Deterioro de la mucosa oral r/c factores mecánicos (intubación endotraqueal) m/p lesiones con sangrado de mucosa oral, edema labial.
Eliminación	DOMINIO 2: Nutrición CLASE 5: Hidratación. (00026) Exceso del volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p edema, balances hídricos positivos, hipostenuria (Densidad urinaria 1.005g/L).
Eliminación	DOMINIO 3: Eliminación e intercambio CLASE 2: Función gastrointestinal (00196) Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c medicamentos (sedantes) y nutrición enteral (malnutrición), inmovilidad, régimen del tratamiento m/p distensión abdominal cambio en ruidos intestinales (hiperactivos), eliminación de heces disminuidas o nula.
Actividad-ejercicio	DOMINIO 11: Seguridad/Protección Clase 02: Lesión física (00206) Riesgo de sangrado c/d coagulopatía (anemia (hematocrito 26.7), plaquetopenia (136 000 plaquetas), eritropenia (2.99 10 ⁶ /uL eritrocitos.)
Percepción y manejo de la salud	DOMINIO 11: Seguridad/protección CLASE 01: Infección (00004) Riesgo de infección c/d rotura de la piel (gastrostomía, catéter venoso central, UPP), y procedimientos invasivos.

Plan de cuidado

DOMINIO: 03 Eliminación e intercambio	CLASE: 04 Función Respiratoria
DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA): (00030) Deterioro del intercambio gaseoso r/c disequilibrio en la ventilación perfusión m/p gasometría arterial anormal (hipercapnia (PaCO ² =49 mmHg, acidosis respiratoria)	
OBJETIVO: El usuario mejorara el intercambio gaseoso, posterior a las intervenciones de enfermería y al grupo interdisciplinario durante los días de estancia con el paciente.	
DOMINIO: 02 Salud fisiológica	CLASE: E Cardiopulmonar
RESULTADO ESPERADO (NOC): 0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	
DEFINICION: Intercambio alveolar de CO ² y O ² para mantener las concentraciones de gases arteriales ⁽⁷⁾ .	

INDICADORES	PUNTUACION DIANA		ESCALA (S) DE MEDICION: Desviación – Sin desviación				
	MANTENER A	AUMENTAR A	1	2	3	4	5
40209 Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaO ²)	3	5	Grave des.	Sustancial	Moderada	Levemente	Sin desviación
40208 Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO ²)	5	5					
40211 Saturación de O ²	4	5					
40205 Inquietud	4	5					

INTERVENCIONES (NIC) / ACTIVIDADES ⁽⁸⁾	FUNDAMENTACION CIENTIFICA								
<p>3350 Monitorización Respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones -Auscultar los sonidos pulmonares después de cada tratamiento. - Anotar cambios de SaO², CO², Cambios de valores en sangre arterial -Vigilar secreciones. <p>1913 Manejo ácido-Base</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocar al paciente en posición que promueva un óptimo equilibrio de ventilación perfusión (semi fowler) -Consultar con especialista acerca del manejo del ventilador y posible cambio de parámetros ventilatorios. (Aumentar tiempo espiratorio – Disminuir frecuencia respiratoria) - Monitorizar determinantes del aporte tisular de O² (Presiones parciales, saturación, hemoglobina) -Reducir consumo de O² del usuario por medio de la Ventilación Mecánica y sedo-analgésia. 	<p>El equilibrio ácido-base del organismo, permite realizar funciones metabólicas de forma normal, sin embargo, en presencia de ciertas patologías este equilibrio se ve comprometido y así mismo, el estado de salud del usuario declina súbitamente si no se detecta a tiempo la causa de dicho disequilibrio. Vigilar constantemente el PH, las proteínas y gases arteriales, ayudan a valorar el estado del usuario en base al ácido-básico, de esta manera se determina el tratamiento más adecuado para corregir el problema ⁽⁹⁾.</p> <p>EVALUACION</p> <p>Puntuaciones diana alcanzadas de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PaCO² con tendencia a la normalización - PaO² se mantiene en valores normales - SaO² se mantiene (95%) con un FIO² 45%. <table border="1"> <tr> <td>Gasometría 12/08/16</td> <td>K – 228.5</td> </tr> <tr> <td>PaO²</td> <td>75-100 mmHg</td> </tr> <tr> <td>PaCO²</td> <td>35-45mmHg</td> </tr> <tr> <td>pH</td> <td>7.35-7.45</td> </tr> </table>	Gasometría 12/08/16	K – 228.5	PaO ²	75-100 mmHg	PaCO ²	35-45mmHg	pH	7.35-7.45
Gasometría 12/08/16	K – 228.5								
PaO ²	75-100 mmHg								
PaCO ²	35-45mmHg								
pH	7.35-7.45								

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección		CLASE: 02 Lesión física	
DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA): 00047 deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos (fricción, presión, inmovilización) m/p destrucción de las capas de la piel (UPP en región sacro-coccígea)			
OBJETIVO: El usuario mejorara la integridad tisular posterior a la movilización periódica en cama y curación de heridas por parte de enfermería			
DOMINIO: 02 Salud fisiológica		CLASE: L integridad tisular	
RESULTADO ESPERADO (NOC): 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas			
DEFINICION: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas (7)			

INDICADORES	PUNTUACION DIANA		ESCALA (S) DE MEDICION: Desviación – Sin desviación			
	MANTENER A	AUMENTAR A	1	2	3	4
110113 Integridad de la piel	desviación		Grave des.	Sustancial	Moderada	Levemente
110102 Sensibilidad	2	3				Sin
110117 tejido cicatricial	4	4				
110104 Hidratación	3	-				
110111 Perfusión tisular	4	4				

INTERVENCIONES (NIC) / ACTIVIDADES (8)	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
3590 Vigilancia de la piel -Signos de alerta -Vigilar color y temperatura de la piel -observar zonas de presión, fricción, sequedad, humedad. 3660 Cuidado de la herida -Inspección de la herida (signos de inflamación, enrojecimiento) -Irrigar suero fisiológico -Evitar presión en zona de lesión -Cuidados preventivos -Vendar en forma adecuada -Curación de herida 3500 Manejo de las presiones -Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica -Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas -Vigilar si hay zonas de enrojecimiento	<p>La piel es el órgano más grande del cuerpo y funge como primera barrera de protección, protege de agentes externos, del calor, el frío, el aire y microorganismos. Es impermeable, funciona además en la eliminación algunos residuos del cuerpo. Refleja salud física y enfermedades internas con el cambio de coloración, textura, turgencia, aparición de anomalías(9).</p> <p>EVALUACION</p> <p>Puntuaciones diana alcanzadas de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante los 3 días de valoración la integridad paso a puntuación 3 pues mejoro la higiene del tejido - Tejido cicatricial puntuación 4, Inicio fase de cicatrización - Hidratación puntuación 5, gracias a la irrigación con SF. -Perfusión tisular se mantuvo en 4 gracias a la movilización constante.

CONCLUSIONES

El estudio de casos es un método útil para analizar diferentes situaciones clínicas, identificar puntos fuertes y débiles en relación al cuidado establecido por enfermería y de esta forma plantear soluciones y estrategias para mejorarlo. La diferencia entre el estudio de caso y el caso clínico convencional, es la mirada fenomenológica donde se expone la relevancia para comprender la complejidad del cuidado en la práctica profesional, lo cual debe ser acotado por los límites de nuestro objetivo de estudio, y a su vez expandido según el contexto. De esta forma favorece la actitud reflexiva sobre situaciones de interés en la práctica, impactando positivamente en la conciencia de la complejidad y singularidad del cuidado, y al mismo tiempo de las consecuencias que podemos generar en quien lo recibe⁽³⁾.

Por otra parte, la valoración focalizada de enfermería permite identificar las necesidades de los usuarios y así mismo contribuir con el cuidado de estas, para ello es responsabilidad tanto ética como legal que el profesional de enfermería posea tanto conocimiento teórico como destrezas en las técnicas para brindar un cuidado humano y completo a los usuarios según la patología presente.

En el manejo del paciente crítico influyen muchos factores que enfermería debe de considerar, ya que la identificación tardía de complicaciones en el estado de salud se correlaciona negativamente en el proceso salud-enfermedad, lo cual genera una elevación en los costos de atención, tiempos de hospitalización prolongados, secuelas permanentes, e inclusive la muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Reyes-Gómez E. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. 2da ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2015. 495 p.
2. Kozier B, Berman A, Snyder S, Erb G. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. 8a ed. España: PEARSON EDUCACIÓN; 2008. 1620 p.
3. Orkaizagirre-Gómara A, Amezcua M, Huércanos-Esparza I, Arroyo-Rodríguez A. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index de Enf.* 2014;23(4):244-9.
4. Rosa-Salazar V, Guirado-Torrecillas L, Hernández-Contreras M. Síndrome de vena cava superior como manifestación de carcinoma tímico. *Arch. Bronconeumo.* 2012; 48(10): 382-87.
5. Ibarra-Pérez C, Kelly-García J, Fernández-Corzo MA. Guía diagnóstico-terapéutica: Tumores y masas del mediastino. *Rev. Inst Nal Enf Resp Mex.* 2001;14(3): 172-7.

6. Herdman TH. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definición y clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2014. 512 p.

7. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5a ed. España: Elsevier; 2014. 776 p.

8. Bulechek G, Bulecher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6a ed. España: Elsevier; 2013. 664 p.

9. Smeltzer S, Bare B, et al. Enfermería medico quirúrgica de Brunner y Suddarth. 12ª ed. España: Editorial Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 1250 p.

10. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª edición. España: Elsevier; 2008. 850 p.