



ESCUELA DE ENFERMERÍA "MARÍA ELENA MAZA BRITO" DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"



CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM, CLAVE 3049-12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN", SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

LIZBETH ADRIANA IBARRA PACHECO.

No. de Cta.: 402500591

DIRECTOR DEL TRABAJO

LIC. ENF. SANDRA VALDEZ BRAVO

MÉXICO, JUNIO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo.

Agradezco por tu apoyo incondicional, por tu atención, por tu paciencia y por el amor que recibo día a día; eres un incentivo para superarme y lograr lo que me proponga y eres la mejor persona que tengo a mi lado, gracias por compartir tu vida conmigo y hacer más feliz cada momento de mi vida.

A mi madre.

Agradezco por todo tu apoyo, por tus cuidados, por poner mis necesidades antes que las tuyas y por ocupar de tu tiempo en mi vida.

A mi asesora de Tesis

Agradezco por tu tiempo, por tu ayuda, por tu paciencia y por tus enseñanzas que me sirvieron para salir adelante en este proyecto, pero lo que más agradezco es por brindarme tu amistad y sé que perdurará a través de los años.

ÍNDICE

TEMA	PÁG.
Agradecimientos.....	2
Introducción.....	4
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
Metodología.....	8
Marco teórico.....	10
- Cuidado	
- Concepto de Proceso Atención de Enfermería	
- Modelo de Virginia Henderson	
Aplicación del Proceso Atención de Enfermería.....	14
- Valoración	
- Diagnóstico	
- Planeación	
- Ejecución	
- Evaluación	
Plan de alta.....	43
Conclusiones.....	46
Sugerencias.....	48
Glosario.....	49
Anexos.....	51
Bibliografía.....	66

INTRODUCCIÓN

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia; la enfermería como cualquier profesión también debe cumplir este requisito si quiere ser admitida como miembro de pleno derecho en la comunidad científica.

En otras disciplinas, el abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder a una pregunta se denomina metodología científica; sin embargo, este abordaje sistemático, al aplicarse a nuestro ámbito asistencial, recibe el nombre de **Proceso Atención de Enfermería (PAE)**.

En palabras de *Alfaro* el proceso enfermero *“es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de los resultados esperados”*. El PAE como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Así mismo, asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional le facilita la comunicación, concede flexibilidad en el cuidado, le genera

respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención, propicia el crecimiento profesional, permite asignar el sujeto de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente.

El Proceso Atención de Enfermería tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico. El objetivo principal del proceso es constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Además exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

Para la realización de este Proceso Atención de Enfermería se tomó el caso clínico de una paciente de la Unidad de Terapia Intensiva que acude a urgencias por un cuadro

clínico de 8 meses de evolución, refiere que inicio con un ojo rojo, que después se convirtió en edema peri orbital súbito de predominio matutino; por lo que recibió tratamiento asintomático. Posteriormente presentó edema de miembros superiores, debilidad de hombros y músculos con dificultad para iniciar la deambulación, así como fotosensibilidad en región malar y cuello, mácula en miembros superiores, inferiores y tórax, caída de cabello facial, disfagia y disfonía, ardor eritematoso a los traumatismos mínimos que evolucionó a vesícula y posteriormente a úlceras.

Se le da como diagnóstico Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Días después acude nuevamente a urgencias por franca falla respiratoria por lo que se le intuba e inicia apoyo ventilatorio e ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) donde se le da tratamiento con antibióticos. De su patología de base (LEG) presentó varias complicaciones cardiovasculares, pulmonares, hematológicas, hepáticas y dérmicas a las cuales se les da tratamiento. Posteriormente por intubación prolongada se realiza traqueostomía y se traslada a la terapia intermedia.

JUSTIFICACIÓN

El presente Proceso Atención de Enfermería fue realizado con el fin de proporcionar un cuidado de calidad a un paciente con Lupus Eritematoso Sistémico en el Servicio de Terapia Intensiva de este Instituto, y con el propósito de ofrecer a la enfermera una pauta para la aplicación de sus cuidados tomando en cuenta las necesidades básicas que presenta un paciente con este padecimiento para lograr así mejorar su calidad de vida.

Para la realización de este trabajo me apoyé en el caso clínico de una paciente de terapia intensiva, ya que es un caso muy interesante porque a raíz de su enfermedad de base, Lupus Eritematoso Sistémico, surgieron muchas complicaciones, entre las más importantes se encuentran el Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRPA), úlceras por presión estadio II, III, IV y osteomielitis. Además de ser uno de los casos que requerían mas cuidados por parte del personal de enfermería de la terapia intensiva.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Proporcionar un plan de cuidados de enfermería con base al modelo de Virginia Henderson en un paciente con Lupus Eritematoso Sistémico.
- Sugerir cuidados específicos de enfermería a pacientes con LES, que sirvan de guía a la enfermera para planear asertivamente sus acciones encaminadas a una atención de calidad y mejorar en lo posible su salud.
- Mostrar a la enfermera las principales necesidades que debe tomar en cuenta de un paciente con LES en la terapia intensiva.

OBJETIVOS ESPÉCIFICOS

- Identificar las diversas necesidades que presenta un paciente con Lupus Eritematoso Sistémico con este tipo de complicaciones, en el Servicio de Terapia Intensiva.
 - Dar a conocer la respuesta del paciente a las acciones de enfermería programadas en la atención a un paciente con LES.
 - Proporcionar un cuidado adecuado a las múltiples necesidades del paciente.
-

METODOLOGÍA

Este trabajo fue realizado en la Unidad de Terapia Intensiva del INCMNSZ en un periodo comprendido del mes de enero al mes de abril del año en curso.

De acuerdo a la primera etapa del Proceso Atención de Enfermería que corresponde a la *Valoración* se recopilaron los datos mediante fuentes indirectas ya que no se pudo obtener información directa de la paciente debido a que se encontraba bajo efectos de sedación y con apoyo ventilatorio mecánico. Por esta razón se recurrió al expediente clínico, donde se recopilaron datos como: la historia clínica médica, resúmenes clínicos de evolución, indicaciones médicas, registros de Enfermería, estudios de laboratorio y estudios gabinete entre otros.

Posteriormente se recurrió a la presentación del caso clínico por el médico adscrito al servicio de terapia intensiva y se habló con los familiares para conocer más a fondo sobre los antecedentes personales de la paciente así como del inicio de su padecimiento. Continuando con esta etapa, se realizó la valoración cefalo-caudal de la paciente durante su estancia en este servicio, con base al modelo de las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson.

Continuando con la segunda etapa correspondiente al *Diagnóstico*, se emitió un juicio clínico sobre las principales necesidades presentadas por la paciente, tomando como fuente de información los diagnósticos establecidos por la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2005*.

Dentro del desarrollo de la tercera etapa del proceso, *Planeación*, se determinaron estrategias para prevenir o corregir los problemas identificados en la segunda etapa, donde se definieron objetivos centrados en el comportamiento del paciente y se establecieron las intervenciones de enfermería para ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado.

Durante la cuarta etapa del proceso, *Ejecución*, se llevaron a cabo las intervenciones de enfermería, sustentando los cuidados con conocimiento científico requiriendo un razonamiento enfermero previo, para contribuir al restablecimiento de la salud de la paciente.

En la última etapa del proceso, *Evaluación*, se valoró el logro de objetivo, la satisfacción del paciente atendido a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución y se revaloró el plan.

Éste proceso requirió sustentar los cuidados de una forma racional, lógica y sistemática sin olvidar los componentes humanísticos.

MARCO TEÓRICO

EL CUIDADO

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle. Es decir, que durante millares de años los cuidados no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

*“Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero son diversas en su manifestación”.*¹

La situación de cuidar no es abstracta, es concreta, enlazada en un contexto. Martín Buber dice: *“cuidar es una forma de diálogo que surge de una disposición para ser solicitado por el otro, cuidar requiere ir más allá de los actos de observar y mirar, requiere un nivel de alerta e inmersión en la situación presente, cuidar es más que una acción, es una forma de ser.”*²

¹ Marie Françoise Colliere, **Promover la vida**, ED. McGraw-Hill- Interamericana, 1ra edición, 1993, pag. 22

² Pinto N. **“Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado”**. En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998

A su vez Sally Gadow lo define como: *“cuidado es asistir a un individuo a interpretar su propia realidad, cuidar es la esencia de enfermería, en su participación con el paciente, en la determinación del sentido único que para él tiene la salud, la enfermedad y la muerte.”*³

Cuidar y vigilar representan un continuo de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres para permitirles reproducirse y perpetuar la vida en grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento en todos los cuidados.

Durante miles y miles de años, los cuidados habituales, están vinculados fundamentalmente a las actividades de la mujer. Las actividades curativas por mujeres se organizaban principalmente en torno a dos polos, desde el nacimiento hasta la muerte; el cuerpo, lugar donde se expresa la vida individual y colectiva y todo lo que contribuya a hacerlo resurgir y restaurarlo al igual que la proporción de los alimentos.

³ Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera Edición. España: Mosby/Doyma Libros. 1994. p. 356.

Las mujeres han sido durante siglos médicos autodidactas y sin diploma; al no tener acceso a libros ni a recursos fueron ellas mismas su propia enseñanza, transmitiendo su experiencia de vecina a vecina y de madre a hija.

El valor social de los cuidados aplicados por mujeres en sí, lo que hacen esta determinado por lo que son, lo que han vivido y lo que han sido capaces de vivir. La carrera de la enfermera que ha nacido a partir de los instintos y de las leyes que rigen la condición humana. Frente al hombre herido por esta o aquella batalla de la vida, ella mantiene gestos donde se mezclan y se encuentran en el sentido maternal, la caridad y el amor, sin embargo, llevará a cabo una vuelta a la ciencia bien hecha, en efecto, pero por una puertecilla entreabierta justo lo suficiente como para que acceda al inicio de una medicina científica para poder servir al médico y ser su auxiliar.

Cuidar era, literalmente, esforzarse en prestar correctamente los cuidados prescritos por los médicos. El médico es el que determina y ordena la actividad de la enfermera.

Diversas influencias transforman la imagen de la enfermera, se diversifica, se vuelve más confusa a medida que la estabilidad del rol se tambalea. Preocupadas por la revaloración y la búsqueda de una identidad profesional, intenta principalmente afirmarse procurando: Desmarcarse de la influencia médica, adquirir el sello de una formación superior y adoptar la imagen de marca de la investigación.

Preocupadas por tener un terreno de ejercicio propio, una forma de desmarcarse de la influencia medica es intentar desmedicalizar los cuidados de enfermería. Al intentar esto las enfermeras se encontraron con diversas dificultades para hacerlo ya que los cuidados de enfermería no estaban bien definidos y sin saber identificar lo que representan aparte de los cuidado prescritos por el médico.

Cuidar es ayudar a vivir, volver a dar la vida o permitir que las personas vivan su muerte, todo ello se hace dando su propia vida. Ahora bien desde la identificación de la práctica de los cuidados en la mujer consagrada y aquellos que administraban los cuidados debían mantenerse al margen de la vida. Cuidar se convertía en una función oblativa, nutrida de espíritu de sacrificio.

Las enfermeras y los enfermeros tienen que sensibilizar e interesar al público y a otras profesiones sanitarias y sociales que necesitan los cuidados de enfermería, sobre las condiciones de trabajo, en el más amplio sentido de la palabra.

Preguntarse por el precio de los cuidados y del servicio de enfermería es encontrar lo que crea su propia identidad; es preguntarse en qué se basan, cómo se elaboran y se realizan, y cuál es su alcance y su significado.

Los cuidados de enfermería que tienen sentido para el hombre solo se podrán realizar si se alejan de las ideologías desconectadas de la vida cotidiana y tienen su soporte, su base y su razón de ser en todo lo que arraiga a la vida.

La profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas; debemos estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo. No debemos detenernos siempre en lo fácil sino buscar y enfrentar siempre lo difícil. Nuestra vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria y no debe haber dos días iguales en el quehacer asistencial, docente y/o investigativo.

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, un estadio, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana.

Cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él. Interesarse implica, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo

Uno de los problemas serios en nuestro cuidado es que en ocasiones tratamos a nuestros pacientes como patologías y no como personas.

El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y por tanto, deben respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos.

Dentro de este proceso de comunicación la mirada y la voz de quien cuida son indicadores de cuidado para quien es cuidado. Pero también es importante escuchar, que no es más que dejar hablar; dar tiempo al interlocutor para exponer en la medida y en el modo que considere oportuno su pensamiento y su estado de ánimo, no interrumpirlo y dejarlo terminar. Saber escuchar es difícil. Pero es valioso encontrar un cuidador que sepa hacerlo, sobre todo en los momentos difíciles de la vida.

Los cuidadores de la salud nos vemos en la obligación de aprender a escuchar con todo el ser. Saber escuchar no es un comportamiento activo, requiere superar dificultades porque la verdadera escucha tiene su origen en actitudes interiores, que no son de ninguna manera innatas, sino que hay que formarlas para poderlas adquirir.

Otro aspecto que deseo resaltar en el contexto de cuidado es el referente a las características personales de la enfermera dentro de las cuales es importante resaltar el asumir una actitud de querer dar y recibir para facilitar el encuentro, mantener una actitud libre, flexible, cálida, expectante, neutral, desprovista de comportamientos autoritarios y centrada en lo que acontezca en la personalidad del otro.

Se dice que cuidar es la esencia de Enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud. No se puede pasar por alto que la mayoría del personal de enfermería hace más énfasis en la curación, han dirigido sus acciones a la prevención y hecho algunos intentos investigativos orientados al área curativa, más que al cuidado mismo.

El cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente, el acto de mayor cuidado puede ser el no actuar, si ello es determinado por el otro. Cuidar demanda la incorporación y entrega del profesional hasta el punto de percibir la misma realidad del paciente. La verdad del cuidado es contextual y envuelve realidades objetivas y subjetivas en un todo coherente.

Cuidar implica el deseo de dar cuidado y de llevar a cabo acciones de cuidado. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación, o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad del otro. En el cuidado humano la relación entre curar y cuidar está invertida, Su énfasis está más bien, en la idea de que el cuidado potencializado los resultados de la autocuración y que por lo tanto, cuidar puede ser un medio para curar.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

*“El Proceso Atención de Enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad; con el fin de valorar, planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería”.*⁴

El Proceso Atención de Enfermería tiene varias características que lo definen de una manera clara y comprensible para cualquier profesional de la salud.

Es un **método** porque es una serie de pasos mentales a seguir para la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios.

Es **sistemático** por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un origen lógico y conducen al logro de resultados.

Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico que es mas que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es **intencionado** porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema ó disminuir los factores de riesgo; al

⁴ Bertha A. Rodríguez S., **Proceso Enfermero**, Ediciones Cuellar, 2da edición, México, 2002, pag.

mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y de la propia enfermera.

Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es **flexible** porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería y es **interactivo** por requerir la interrelación humano-humano con los usuarios para acordar y lograr objetivos comunes.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al concentrarse en las respuestas humanas.

Por otra parte compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud. La enfermera debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer, saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines que complementan a la profesión que son el sustento teórico de los cuidados, son competencias del saber hacer las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir, los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos en relación a lo que hacemos u opinamos a fin de ser competentes flexibles y creativos.

Exige del profesional de enfermería: habilidades y destrezas afectivas, cognitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud.

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente para su operacionalización: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

PRIMERA ETAPA: Valoración

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias correspondientes a respuestas humanas y fisiológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo. Son tres pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

1. Recolección de información. Para obtener información se recurre tanto a fuentes directas (el usuario, la familia, amigos y profesionales del área de la salud) como indirectas (expediente clínico y bibliografía relevante).

El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas, éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo de sistemas corporales o de cabeza a pie. Para efectuar el examen físico se requiere de cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación, además de la medición de las constantes vitales y somatometría.

2. Validación de la información. Una vez reunida la información tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean correctos. Para llevarla a cabo es necesario revalorar a los usuarios, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no este seguro, comparar datos objetivos y subjetivos. Consultara al usuario y familia y a otros integrantes del equipo sanitario. Es de suma importancia para que en la etapa de diagnostico no se presenten dificultades para la agrupación de la información.

3. Registro de información. Es el último paso que consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

SEGUNDA ETAPA: Diagnóstico

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales y potenciales. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible.

Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refiere a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la NANDA.

Los diagnósticos se clasifican en reales, de riesgo (potenciales) y de salud. Los diagnósticos reales *“describen la respuesta actual de una persona, familia, o comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, además de tener factores relacionados”*.

El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial): *“describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo a una persona, familia o comunidad vulnerables”*⁵ no tienen características definitorias, solo se apoya en los factores de riesgo.

El diagnóstico enfermero de salud: *“es un diagnóstico real que se fórmula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”*⁶.

⁵ Ibíd., Pág.40

TERCER ETAPA: Planeación

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos y problemas independientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para prevenir, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Para llevar a cabo la planeación se deben seguir los siguientes pasos:

- Establecer prioridades.
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de enfermería.
- Documentar el plan de cuidados.

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Cáliz, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado.

1. problemas que amenazan la vida e intervienen con las necesidades fisiológicas.
2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.
3. Problemas que intervienen con el amor y la pertenencia.
4. Problemas que intervienen con la autoestima.
5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Los objetivos son una parte indispensable para esta etapa, ya que con ellos usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados.

⁶ *Ibíd.*, Pág. 52

También permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud concentrados.

En esta fase se contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico. Incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos, determinación de objetivos y metas esperados y la planeación de las intervenciones de enfermería.

CUARTA ETAPA: Ejecución

En esta cuarta fase se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería. Esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se deben:

- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de otros profesionales.
- Analizar y estar seguros de que tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas.
- Tener en cuenta las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- Reunir el material y equipo necesarios para llevar a cabo cada intervención.

- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.

Posteriormente a la preparación puede llevarse acabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen la valoración; la prestación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

En cada intervención de enfermería, *“usted es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos⁷”*, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta”.

QUINTA ETAPA: Evaluación

En la última fase se evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para su logro de los objetivos marcados, de diagnósticos de enfermería, los objetivos y el plan de cuidados. La evaluación consta de tres partes: evolución del logro de objetivos, revaloración del plan y la satisfacción del paciente atendido.

⁷ *Ibíd.*, Pág.60

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes la enfermería era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro " Notas de Enfermería " de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de **Virginia Avenel Henderson**.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera domiciliaria en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Se da cuenta que le falta preparación para enseñar aquellos conocimientos que quería impartir y cinco años más tarde entra en el Teacher's College de la Universidad de Columbia donde consecutivamente obtuvo los grados de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en docencia de Enfermería. En 1929 trabajó como directora docente en las clínicas de Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1930 volvió al Teacher's College como miembro del profesorado para impartir cursos sobre el proceso analítico en enfermería y práctica clínica hasta 1948. Pasa un tiempo como enfermera en rehabilitación, será en esta época donde tome conciencia de la importancia en recobrar la independencia del enfermo.

Lleva a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros. Elabora un trabajo de investigación que duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la Enfermería.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su vida (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : *" La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".*⁸

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicara y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Para Virginia Henderson la enfermera tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

⁸ Carmen Fernández Ferrin, **El Proceso Atención de Enfermería**, ED.MASSON, 1ra edición, España, 2003.

La definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de oxigenación.
- Necesidad de nutrición e hidratación.
- Necesidad de eliminación.
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- Necesidad de descanso y sueño.
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadamente.
- Necesidad de termorregulación.
- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar los peligros.
- Necesidad de comunicación.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.
- Necesidad de aprendizaje.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia, controla y en la que es dueña de la situación.

Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

“Virginia Henderson no adoptó afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrolló una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, desarrolló un concepto o definición personal que en algunas ocasiones señaló que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas”.⁹

Ella planteó que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición.

⁹ <http://www.teleline.terra.es>

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

La paciente T. G. R. acude a urgencias el 22 de noviembre del 2005 por un cuadro clínico de 8 meses de evolución, refiere que inicio con un ojo rojo que después se convirtió en edema peri orbital súbito de predominio matutino, 20 días después presentó edema de miembros superiores, debilidad de hombros y músculos con dificultad para iniciar la de ambulación, fotosensibilidad en región malar y cuello, máculas en miembros superiores, inferiores y tórax, caída de cabello facial, disfagia y disfonía, ardor eritematoso a los traumatismos mínimos que evoluciona a vesículas y posteriormente a úlceras.

Se inicia estudio por enfermedad reumática y se le da tratamiento con esteroides, después del tratamiento presenta bloqueo arterio - venoso de primer grado que progresa a tercer grado por lo que se le coloca marcapaso transverso ventricular y se traslada a UTI.

El 6 de diciembre inicia con inmunosupresores se toma biopsia hepática donde se diagnostica esteatohepatitis grado III y se da tratamiento para LES por comportamiento clínico; fue egresada con prednisona y azatioprina.

El 22 de diciembre acude a urgencias por síncope factico y es tratada con antipsicoticos a lo que le produce probable psicosis esteroidea.

El 29 de diciembre acude nuevamente a urgencias refiriendo disfagia y odinofagia de 48 horas de evolución al parecer por sobredosis de esteroide y se documenta leucopenia, trombocitopenia, hiponatremia e infección de vías urinarias por lo que se da tratamiento.

El 2 de enero acude a urgencias en franca falla respiratoria por lo que se le intuba e inicia apoyo ventilatorio.

Se sospecha neumotórax a tensión derecho y se punciona en segundo espacio intercostal y línea media clavicular sin mejoría a la ventilación posterior a esto presenta actividad eléctrica sin pulso por lo que se le da reanimación por 15 a 20 minutos logrando revertir falla, se coloca tubo pleural ipsolateral que drene material purulento y se da el diagnóstico de empiema se apoya con aminas se colocan 2 sondas pleurales y se logra la expansión completa.

Ingresa a UTI donde se establece tratamiento antibiótico con ertapenem, gentamicina, vancomicina, morfina, haldol, insulina, pantozol, amikacina y prenisona. Posteriormente por intubación prolongada se realiza traqueostomía y el 22 de marzo se traslada a la terapia intermedia.

El 30 de marzo se aísla por *Pseudomona* sensible a amikacina en expectoración y el 3 de abril se aísla nuevamente *Stenotrofomona maltofila* en expectoración y se diagnostica osteomielitis en el segundo piso de hospitalización.

PRIMERA ETAPA: Valoración

Historia clínica

Nombre: T. G. R.

Sexo: Femenino

Diagnostico: LES, SIRPA, NAC, úlceras por decúbito, desnutrición severa, osteomielitis.

Fecha de ingreso: 2 de enero del 2006

Edad: 26 años

Fecha de nacimiento: 26 de junio de 1981

Ocupación: Ama de casa

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Casada

Religión: Católica

Padecimiento actual y motivo de ingreso

La paciente acude a urgencias el 22 de noviembre del 2005 por cuadro clínico de 8 meses de evolución, refiere que inicio con un ojo rojo que después se convirtió en edema peri orbital súbito de predominio matutino. 20 días después presentó edema de miembros superiores, debilidad de hombros y músculos con dificultad para iniciar la deambulación, fotosensibilidad en región malar y cuello, mácula en miembros superiores, inferiores y tórax, caída de cabello facial, disfagia y disfonía, ardor eritematoso a los traumatismos mínimos que evoluciona a vesículas y posteriormente a úlceras.

Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson

- 1) **Necesidad de Oxigenación:** La paciente se mantiene con signos vitales en parámetros aceptables con una frecuencia cardiaca de 87 latidos por minuto, temperatura de 36°C, respira a través de un tubo endotraqueal con apoyo mecánico ventilatorio con una cánula Portex #7, fijo en 22 cm, aire de 8 ml, presión de 18 mmHg, en modalidad de presión control, peep de 8, presión soporte de 14 y frecuencia respiratoria de 12 por minuto. Posteriormente se le realiza traqueostomía por intubación prolongada.

Hay presencia de estertores en ambos campos pulmonares, sus movimientos torácicos son normales, presenta abundantes secreciones espesas amarillentas por boca y cánula, tiene reflejo tusígeno pero no puede expulsar las secreciones; la coloración de la piel y mucosas es normal no presenta hipoxia, diaforesis, disnea, etc. Presenta adecuada coloración de tegumentos. La paciente se encuentra inconsciente bajo efectos de sedación y analgésica.

- 2) **Necesidad de Nutrición e hidratación:** La paciente mide 1.58 cm y pesa 50 kg, su piel se encuentra reseca con múltiples cicatrizaciones; tiene dos úlceras grado II en pared lateral de hemitórax derecho, úlcera sacra estadio IV, dos úlceras en cara lateral en pierna derecha estadio III con una base de fibrina abundante, úlcera en muñeca que expone radio y en codo hasta músculo al igual que el codo izquierdo. las uñas se encuentran normales y presenta abundante caída del cabello además de ser delgado y quebradizo.
-
-

Presenta debilidad de miembros inferiores y superiores, presenta dientes íntegros en número con caries en algunos de ellos y lesiones en encías y labios por la presencia del tubo oro-traqueal, no puede deglutir y masticar y tiene un funcionamiento digestivo disminuido ya que no evacua adecuadamente y sus ruidos intestinales están disminuidos. No tolera la vía oral por lo que se le inicia nutrición parenteral.

- 3) **Necesidad de eliminación:** La paciente orina por medio de una sonda vesical con coloración normal, olor normal en adecuada cantidad, pH de 6.0, densidad de 1.020, con ausencia de proteínas, glucosa y cuerpos cetónicos. Presenta evacuaciones diarreicas fétidas sin presencia de sangre o constituyentes anormales, a razón de una a dos por turno al iniciar la alimentación parenteral. La paciente presenta amenorrea; su abdomen es blando depresible con disminución de ruidos peristálticos, el periné se encuentra erosionado, enrojecido y doloroso por evacuaciones y por material purulento expedido por la ulcera en cóccix.
- 4) **Necesidad de Moverse y mantener una buena postura:** La paciente no puede mantener alguna postura y no puede movilizarse por sí misma debido a que presenta debilidad muscular, su gama de movimientos está disminuida, ambos pies sin fuerza muscular con relajación hacia abajo. La paciente permanece inconsciente.
-
-

- 5) **Necesidad de descanso y sueño:** No se puede valorar esta necesidad ya que la paciente permanece bajo efectos de sedación y es difícil valorar si presenta o no alteraciones en el descanso y sueño.
- 6) **Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas:** Es una paciente de sexo femenino de 26 años de edad, con un peso de 45 kg y una estatura de 1.58 cm, handicap disminuido. La paciente usa la vestimenta reglamentaria del hospital.
- 7) **Necesidad de Termorregulación:** la paciente presenta variación en su termorregulación, en ocasiones presenta hipotermia debido a su estado patológico y es necesario el uso de bombas de calor. Por el contrario en ocasiones cursa con hipertermia hasta de 39°C debido a múltiples procesos infecciosos, pero se encuentra normo térmica la mayor parte del tiempo.
- 8) **Necesidad de higiene y protección de la piel:** La paciente esta incapacitada para movilizarse, su piel se encuentra reseca con poco tejido celular subcutáneo, coloración poco amarilla, presenta manchas blanca escasas en diferentes partes del cuerpo además de cicatrizaciones múltiples, dos úlceras en parte lateral de hemitorax derecho, úlcera sacra expuesta hasta el hueso exudativa de líquido purulento fétido que fluye hasta genitales por lo que se mantienen húmedos, irritados enrojecidos, y lacerados. También tiene dos úlceras en cara lateral de pierna izquierda que llegan hasta músculo y tienen base de fibrina abundante, en muñeca derecha tiene úlcera que expone hasta radio y otra en codo que expone hasta músculo al igual que el codo izquierdo. temperatura normal.
-

Su cabello se encuentra reseco, quebradizo, delgado se cae en abundancia, las uñas se encuentran amarillentas, largas y duras, sus orejas se encuentran de características normales solo presentan lesiones sobre el pabellón auricular por lesión de fijación de la sonda orotraqueal, los ojos son simétricos isocóricos normorreflexivos, nariz central; en boca presenta dentadura completa con falta de higiene y con lesiones en comisura de labios y encías causados por tubo orotraqueal.

- 9) **Necesidad de evitar los peligros:** La paciente no puede evitar peligros por sí misma, pero, está expuesta a sufrir caídas, lesiones, bronco aspiración, contusiones, etc. Debido a que no está consciente y el personal médico y de enfermería está en constante contacto con ella.
- 10) **Necesidad de comunicarse:** la paciente permanece inconsciente, por lo que no se puede valorar esta necesidad.
- 11) **Necesidad de Vivir según creencias y valores:** La paciente expresa su religión por medio de imágenes religiosas.
- 12) **Necesidad de trabajar y realizarse:** La paciente por el momento no se encuentra capaz de realizar algún trabajo.
- 13) **Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas:** La paciente por el momento no se encuentra capaz de realizar algún trabajo.
-

14) Necesidad de Aprendizaje: La paciente por el momento no se encuentra capaz de realizar algún trabajo.

SEGUNDA ETAPA: Diagnóstico

Priorización de las necesidades de la paciente

▼ Necesidad de oxigenación	D	X	Diagnóstico: <u>DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO</u> , relacionado a exceso de secreciones secundaria a infección, neumopatía y sedación, manifestado por taquicardia, polipnea, hipercapnea, hipoxia, gasometría arterial anormal.
	I		
	PD		

▼ Necesidad de eliminación de secreciones.	D	X	Diagnóstico: <u>RIESGO DE ASPIRACION</u> , relacionado a depresión de los reflejos laríngeos y góticos secundaria presencia de tubo endotraqueal y sedación.
	I		
	PD		

▼ Necesidad de alimentación.	D	X	Diagnóstico:
	I		<u>DETERIORO DE LA NUTRICIÓN,</u> relacionado a disminución en la absorción de nutrientes, manifestado por pérdida de peso, resequedad de la piel, lesiones cutáneas, caída del cabello.
	PD		

▼ Necesidad de integridad cutánea.	D	X	Diagnóstico:
	I		<u>DETERIORO DE LA ÍNTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR*</u> , relacionado a trastorno patológico, inmovilidad y desnutrición, manifestado por lesiones cutáneas de I, II, III, IV grado.
	PD		<u>INFECCIÓN*</u> , relacionado a agentes patológicos, manifestado por fiebre, enrojecimiento e inflamación en contorno de lesiones dérmicas, presencia de pus en lesiones dérmicas, secreciones amarillentas, olor fétido de secreciones y secreción purulenta.

▼ Necesidad de higiene.	D	X	Diagnóstico: <u>DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE*</u> , relacionado a sedación y tratamiento terapéutico, manifestado por, desaliño.
	I		
	PD		

▼ Necesidad de dolor.	D	X	Diagnóstico: <u>DOLOR AGUDO</u> , relacionado a exposición de tejido muscular y a manipulación de lesiones dérmicas, manifestado por máscara facial, taquicardia, taquipnea, hipertensión, respuesta afirmativa de dolor.
	I		
	PD		

▼ Necesidad de movilización.	D	X	Diagnóstico: <u>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</u> , relacionado a debilidad muscular y efecto de tratamientos hospitalarios, manifestado por deterioro muscular, presencia de úlceras por presión, incapacidad para mantener alguna postura. <u>RIESGO DE LESIÓN Y CAÍDAS*</u> , relacionado a efecto de sedantes sobre la movilidad.
	I		
	PD		

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

Diagnóstico de enfermería: DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO, relacionado a exceso de secreciones secundaria a infección, neumopatía y sedación, manifestado por taquicardia, polipnea, hipercapnea, hipoxia, gasometría arterial anormal.

Objetivo	Acciones de Enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<p>● Ayudar a la paciente a mejorar el intercambio gaseoso por medio de la disminución de algunos factores causantes del deterioro ventilatorio.</p>	<p>● La enfermera despejara la vía aérea por medio de la aspiración adecuada de secreciones las veces que sean necesarias.</p> <p>● La enfermera valorará las características de las secreciones</p>	<p>● La aspiración de secreciones es una manera directa de extraer secreciones del árbol bronquial y permite la movilización de las mismas al permitir el reflejo tusígeno.</p> <p>● Una mala técnica en la aspiración de secreciones produce</p>	<p>● Se aspiraron secreciones amarillentas, espesas y abundantes además de encontrar rasgos hemáticos en tráquea y boca.</p> <p>● La paciente presenta microorganismos patógenos en</p>

<p>● Promover la adecuada ventilación pulmonar y así mejorar la perfusion tisular.</p>	<p>(olor, color, consistencia, cantidad) y tomará muestra de las mismas para la aplicación del tratamiento adecuado.</p> <p>● La enfermera llevará acabo la inspección del tórax en busca de abultamiento o retracción de</p>	<p>traumatismos a la vía aérea y dificultad en la ventilación.</p> <p>● Las secreciones pueden mostrar la presencia de diferentes microorganismos causantes de infección. La toma de cultivo de esputo sirve para establecer el diagnostico, determinar sensibilidad a fármacos y guiar el tratamiento de elección.</p> <p>● El interpretar adecuadamente los hallazgos encontrados durante la inspección y</p>	<p>secreciones los cuales son causantes de infección.</p> <p>● Se encontró la presencia de estertores crepitantes de predominio basal y medio en</p>
--	---	---	--

	<p>espacios intercostales, el uso de músculos accesorios y cualquier asimetría de movimientos. Así mismo auscultara ambos campos pulmonares en busca de cualquier ruido anormal o adventicio.</p> <p>● La enfermera aplicara micronebulizaciones con aerosoles y observara reacciones secundarias.</p>	<p>auscultación permite determinar procesos obstructivos que dificultan la ventilación.</p> <p>● Los broncodilatadores adrenérgicos utilizados en aerosol tienen acción sobre los receptores en el músculo liso del árbol bronquial provocando dilatación. Algunos de ellos pueden producir</p>	<p>ambos campos pulmonares.</p> <p>● La paciente presento mejoría en la ventilación después de la aplicación de los broncodilatadores.</p>
--	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> ● Prevenir un desequilibrio ácido- base. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La enfermera hará uso del drenaje postural y fisioterapia pulmonar utilizando las técnicas de percusión y vibración. ● La enfermera tomará y valorará los parámetros de gasometría arterial. 	<p>taquicardia, palpitaciones, mareos, nauseas y sudación excesiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La percusión y vibración son técnicas manuales ideales para aflojar las secreciones y facilitar el drenaje de moco y secreciones de los bronquiolos hacia los bronquios y tráquea para ser expulsados por la expectoración. ● El pH del plasma depende de la relación entre las concentraciones de ácido carbónico y 	<ul style="list-style-type: none"> ● La paciente mejora su ventilación con la posición y el uso de la palmopresión, facilitó la limpieza de la vía aérea. ● Se interpreta por laboratorio que la paciente tiene inestabilidad metabólica.
--	---	---	---

<p>● Identificar cualquier alteración en el aporte sanguíneo.</p>	<p>● Toma de signos vitales de la paciente.</p>	<p>bicarbonato. La ventilación alveolar altera la concentración de iones de hidrógeno en los líquidos corporales por la retención o eliminación de bióxido de carbono.</p> <p>● Los signos vitales proporcionan un panorama general del estado hemodinámico del paciente en estado crítico. Además por medio de su medición es posible detectar alteraciones propias del deterioro respiratorio.</p>	<p>● Y se espera que se mantenga estable gasométricamente.</p> <p>● Por medio de la medición de los signos vitales se determinó que la paciente presentaba alteraciones en la ventilación.</p>
---	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ● La enfermera valorara el llenado capilar. 	<ul style="list-style-type: none"> ● El llenado capilar según la valoración de Allen es de 15 segundos pasado este tiempo hay alteraciones en el aporte sanguíneo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La paciente tuvo un llenado capilar de 8 segundos lo cual indica alteración en el intercambio gaseoso.
--	---	---	--

Diagnóstico de enfermería DETERIORO DE LA NUTRICIÓN, relacionado a disminución en la absorción de nutrientes, manifestado por pérdida de peso, resequedad de la piel, lesiones cutáneas, caída del cabello.

Objetivo	Acciones de Enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar a la paciente los nutrimentos necesarios según su requerimiento y peso. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La enfermera administrara alimentación parenteral (NPT) al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La NPT esta indicada en los estados en los que el intestino no tolera o no procesa la masa de nutrientes. Contiene tres componentes nutritivos elementales: 	<ul style="list-style-type: none"> ● La paciente ha mejorado su desnutrición por medio de la alimentación parenteral pero aun se necesita complementar con otro tipo de dieta y por vía oral.

<ul style="list-style-type: none"> ● Dar tratamiento a las diferentes manifestaciones de la desnutrición presentadas por la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La enfermera pesara diariamente a la paciente. ● La enfermera lubricará la piel con cremas hidratantes hipoalergénicas las veces que 	<p>dextrosa, triglicéridos, aminoácidos que se combinan par satisfacer las necesidades energéticas y proteicas del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Las mediciones de la masa y grasa corporales se utilizan para determinar si una persona está por debajo o por encima de su peso ● El uso de jabones y agentes de asepsia causan microlesiones en la epidermis que facilitan la 	<ul style="list-style-type: none"> ● A través de la medición diaria se observa que la paciente ha recuperado peso (peso inicial 40 kg, pero final 49 kg), sin embargo aún falta para llegar a su peso ideal. ● La paciente presenta resequedad en la piel a pesar de la lubricación y no ha mejorado
--	---	--	--

	<p>sean necesarias durante el turno, además evitara el uso de jabones o agentes de limpieza como alcohol o polvos y tendrá cuidado en el secado de la piel.</p> <p>● La enfermera realizará el cuidado de las lesiones dérmicas y prevendrá la aparición de nuevas.</p>	<p>entrada de microorganismos y liberación de agua, por lo que la lubricación favorece la regeneración tisular y proporciona un medio de protección.</p> <p>● La piel al no poseer las características normales es frágil para contraer infecciones y lesiones por lo que se necesita del cuidado óptimo de las mismas y así prevenir la formación de nuevas lesiones o evitar complicaciones.</p>	<p>como se esperaba.</p> <p>● La paciente presenta múltiples lesiones cutáneas a las cuales ya se les ha dando tratamiento el cual ha sido eficaz para el restablecimiento de las mismas.</p>
--	---	--	---

Diagnóstico de enfermería: DETERIORO DE LA ÍNTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR* relacionado a trastorno patológico, inmovilidad y desnutrición, manifestado por lesiones cutáneas de I, II, III, IV grado.

Objetivo	Acciones de Enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<p>● Mejorar las lesiones cutáneas manifestadas por la paciente.</p>	<p>● La enfermera realizará la limpieza y curación de las úlceras por presión con los dispositivos terapéuticos adecuados para su alivio.</p>	<p>● El tratamiento adecuado de las úlceras por presión permite liberar la zona de toda presión, continuar con medidas preventivas de naturaleza más vigorosa, estimular la restauración de la circulación y la función celular y evita la necrosis de estructuras más profundas.</p>	<p>● Cada tercer día se valoró la regeneración de las úlceras por presión las cuales mejoraron.</p>

<p>● Prevenir formación de nuevas lesiones y permitir una circulación adecuada.</p>	<p>● La enfermera utilizará medidas físicas de tratamiento además de aplicaciones tópicas (barreras cutáneas, pulverizaciones de plástico antiséptico, esponjas de gelatina absorbible, agentes desbridantes enzimáticos, películas transparentes autoadhesivas) para el tratamiento.</p> <p>● La enfermera utilizara dispositivos estáticos para</p>	<p>● Las modalidades físicas de tratamiento como exponer la úlcera al aire libre y a la luz o golpear ligeramente alrededor de la lesión, desbridar la úlcera, etc. promueven el retorno venoso y reduce el edema además de remover el tejido necrosado que favorece la infección, retrasa la granulación e impide la curación.</p> <p>● Los agentes tópicos mejoran la curación y disminuyen la</p>	<p>● La paciente solo permitía el uso de dispositivos para liberar presión ya que no se le podía manipular demasiado o cambiar de posición, pero se esta recuperando de la presión.</p> <p>● Los agentes tópicos utilizados fueron de gran ayuda para la</p>
---	---	--	--

<p>● Asegurar una buena nutrición.</p>	<p>liberar las zonas de presión (tuberosidades isquiáticas, trocánteres, sacro, rodillas, maleolos, talones y codos) y realizar cambios de posición según lo permita la paciente.</p> <p>● La enfermera evitara el uso de fuerzas de rasurado y fricción y conservara una meticulosa higiene de la piel.</p> <p>● La enfermera proporcionara comidas abundantes de</p>	<p>pérdida de plasma, digieren el tejido necrotico y el exudado purulento, conservan las defensas normales del cuerpo y favorecen la regeneración tisular.</p> <p>● Las zonas salientes del cuerpo son vulnerables a la lesión ya que soportan peso cubiertas solo por piel y pequeñas cantidades de grasa subcutánea.</p> <p>● El cambio de peso permite que la sangre regrese nuevamente a los</p>	<p>paciente y mejoraron notablemente las lesiones dérmicas.</p> <p>La piel de la paciente se encuentra muy delicada y frágil, se le ha dado el mejor cuidado posible para mantenerla intacta.</p> <p>● La paciente recibe una alimentación con los</p>
--	--	--	--

<p>● Mantener la piel sana e intacta.</p>	<p>proteínas, hierro y ácido fólico y zinc.</p> <p>● La enfermera realizará la limpieza de la piel diariamente.</p>	<p>tejidos y ayuda a que se recuperen de la presión.</p> <p>● Una buena nutrición permite invertir la catabolia, el edema, aumentar la oxigenación y perfusión de los tejidos, también permite la formación de colágena y la restitución de las reservas de proteínas agotadas por el suero perdido por las úlceras que drenan.</p> <p>● La piel sana previene la pérdida de agua, regula la temperatura, es</p>	<p>requerimientos nutricionales necesarios pero, aun necesita reponer los nutrientes perdidos y así favorecer la regeneración tisular.</p> <p>● En la paciente es un tanto difícil mantener una piel sana ya que necesita de</p>
---	---	--	--

	<p>● La enfermera evitara que la piel sana permanezca húmeda con agua o drenaje purulento de las úlceras.</p>	<p>impermeable a la mayor parte de los microorganismos , es resistente a varios agentes químicos nocivos, es resistente a traumatismos, frío, calor y radiaciones y aporta información acerca del ambiente externo.</p>	<p>nutrientes esenciales y de una higiene adecuada para lograrlo, sin embargo, se ha podido mantener sana dentro de lo posible.</p>
--	---	---	---

*Este diagnostico fue modificado ya que la paciente presentaba ambas alteraciones y para ambos diagnósticos requería las mismas intervenciones.

Diagnostico de enfermería: INFECCION*, relacionado a agentes patológicos, manifestado por fiebre, enrojecimiento e inflamación en contorno de lesiones dérmicas, presencia de pus en lesiones dérmicas, secreciones amarillentas, olor fétido de secreciones y secreción purulenta.

Objetivo	Acciones de Enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<p>● Lograr que la paciente disminuya la infección.</p>	<p>● La enfermera realizara todo procedimiento invasivo (aspiración de secreciones, colocación de catéteres, colocación de sondas, etc.) de manera adecuada.</p>	<p>● Los procedimientos invasivos contemplan el contacto con mucosas, sangre, ruptura de tejidos, etc. que pueden facilitar la libre entrada de microorganismos patógenos y causar infección.</p>	<p>● La paciente presenta múltiples focos de infección los cuales se han estado controlando con el uso de antibióticos y con el apoyo de acciones de enfermería, sin embargo, aun no se ha podido eliminar del todo ya que por su</p>

<p>● Prevenir el contagio de infecciones del paciente hacia la enfermera y viceversa.</p>	<p>● La enfermera removerá eficazmente y las veces que se requiera todo material purulento exudado de las úlceras por presión.</p> <p>● La enfermera usará las medidas de precaución estándar (uso de cubre bocas, guantes y el lavado de manos antes y después del procedimiento) al realizar cualquier acción de enfermería.</p>	<p>● El remover todo material exudativo de alguna lesión cutánea favorece la eliminación de agentes patógenos causantes de infección y favorece la cicatrización.</p> <p>● El uso de las precauciones estándar y de contacto protege a la enfermera del contagio de alguna infección por medio de la protección de la piel, mucosas y ropa que puedan servir como vía de transmisión de infección. Así</p>	<p>propio padecimiento permite la posibilidad de reinfección o contraer infecciones de cualquier tipo, pero se espera poder disminuir al máximo las causas de infección.</p> <p>● Se pudo evitar la transmisión de infecciones hacia el personal, la paciente y otros pacientes al utilizar estas medidas correctamente.</p>
---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ● La enfermera utilizara las medidas de precaución por contacto (uso de bata, guantes, cubre boca y lavado de manos) para cualquier contacto con la paciente. ● La enfermera utilizará las reglas de asepsia y antisepsia en cada procedimiento. 	<p>mismo protege al paciente de posibles infecciones por parte del personal médico y de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Las reglas de asepsia y antisepsia permiten el barrido de bacterias sin la posibilidad de reinfección al realizar procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● El personal de enfermería se ha mantenido a salvo de infecciones y se ha podido evitar contagio de infecciones.
--	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● La enfermera ministrara los antibióticos prescritos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los antibióticos son agentes activos contra microorganismos patógenos causantes de infección. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los antibióticos utilizados han sido de gran ayuda para combatir la infección pero es necesario seguir el esquema correctamente.
--	--	---	--

*El diagnostico correcto es riesgo de infección, pero, la paciente ya presentaba infección, por eso fue modificado.

Diagnostico de enfermería: DOLOR AGUDO, relacionado a exposición de tejido muscular y a manipulación de lesiones dérmicas, manifestado por máscara facial, taquicardia, taquipnea, hipertensión, respuesta afirmativa de dolor.

Objetivo	Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ● Disminuir el dolor de la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La enfermera identificara los signos de dolor, causas y localización del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ● El identificar estas características del dolor facilitan el tratamiento adecuado y oportuno. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La paciente presenta dolor al realizarse la curación de las úlceras por presión y por tejido expuesto.

<p>● Proporcionar confort durante la estancia hospitalaria.</p>	<p>● La enfermera ministrara analgésicos en este caso la morfina, prescritos.</p> <p>● La enfermera evitará los agentes causantes de dolor como: objetos que pudieran lesionar a la paciente, una posición incomoda o</p>	<p>● La morfina esta indicada en el control de dolor agudo o crónico, actúa sobre los receptores “u”, “k” y “s”, distribuidos en la superficie supraespinal, además realiza deprimiendo sobre el complejo tálamo óptico lóbulo frontal que constituye el centro de la percepción dolorosa y de la acción psicológica emocional acompañante.</p> <p>● El alivio del dolor favorece el sueño y descanso y previene la fatiga.</p>	<p>● A la paciente se le colocó una infusión de morfina para el control del dolor con la cual se mantiene estable y sin problemas para descansar o conciliar el sueño.</p> <p>● La paciente no ha mostrado signos como taquicardia, sudoración, taquipnea, etc. Que nos indiquen que tiene dolor,</p>
---	---	---	---

	incorrecta, estrés en la habitación, manipulación dolorosa, etc.		además ha recibido constante vigilancia por la clínica de dolor.
--	--	--	--

Diagnóstico de enfermería: DEFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE*,

relacionado a sedación y tratamiento terapéutico, manifestado por, desaliño.

Objetivo	Acciones de Enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ● Procurar una higiene adecuada en la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La enfermera realizará baño de esponja diariamente a la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ● El baño diario elimina impurezas y suciedad de la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fue difícil mantener a la paciente con una higiene adecuada por las múltiples lesiones cutáneas exudativas y por la intubación, pero se lleva a cabo a la manera posible.
<ul style="list-style-type: none"> ● Aliviar las lesiones causadas por los fluidos de 	<ul style="list-style-type: none"> ● La enfermera realizará una higiene genital 	<ul style="list-style-type: none"> ● Las heces fecales, las secreción de las úlceras y la 	<ul style="list-style-type: none"> ● La paciente presenta erosión en la región

<p>las lesiones cutáneas en la piel de la paciente.</p> <p>● Mantener en perfecto estado la piel peri genital.</p>	<p>minuciosa y constante en la paciente, limpiando al máximo heces fecales, orina y secreciones que excretan las úlceras y secará perfectamente el área.</p> <p>● Se realizará el lavado o limpiado inmediato de fluidos o secreción fecal de la piel no afectada y se colocaran cremas humectantes o polvos antimicóticos en esa zona.</p>	<p>orina son corrosivos para la piel y pueden causar infecciones por hongos.</p> <p>● La piel en perfectas condiciones facilita la prevención de infecciones.</p>	<p>perianal y vaginal por supuración purulenta de la úlcera sacra.</p> <p>● La piel peri genital se encontraba enrojecida pero se pudo mantener libre de lesiones.</p>
--	---	---	--

*Las intervenciones de este diagnóstico se enfocan al área genital ya que es donde más lacerado tenía la paciente y necesitaba de limpieza.

Diagnóstico de enfermería: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA, relacionado a debilidad muscular y efecto de tratamientos hospitalarios, manifestado por deterioro muscular, presencia de úlceras por presión, incapacidad para mantener alguna postura.

Objetivo	Acciones de Enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ● Lograr una movilidad física normal. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La enfermera realizará ejercicios de fisioterapia en las cuatro extremidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La fisioterapia fortalece los músculos débiles y evita deformaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Se realizaban diariamente ejercicios de fisioterapia y cambios de posición conforme lo permite la condición la paciente, pero, se necesita que la paciente lo realice por ella misma para que mejore su fortaleza muscular.

<ul style="list-style-type: none"> ● Prevenir la formación de nuevas úlceras por presión. ● Evitar el deterioro músculo esquelético. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Movilizar periódicamente a la paciente en cama. ● La enfermera tratará de alinear a la paciente correctamente sobre la cama. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La movilización previene úlceras por presión y proporciona descanso. ● La alineación de las partes del cuerpo deben estar balanceadas y tener un mínimo de tensión entre los músculos. La alineación previene deformidades. ● La posición correcta de decúbito dorsal es la más parecida a una buena postura erecta. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La paciente únicamente presento nuevas úlceras de primer grado en ambos talones que se eliminaron con la liberación. ● La paciente es incapaz de mantener alguna postura y presentaba posición inadecuada de los miembros inferiores, ambos pies sin fuerza muscular tenían una posición caída hacia el frente que con ejercicio mejora.
--	---	--	---

Diagnóstico de enfermería: RIESGO DE ASPIRACIÓN, relacionado a depresión de los reflejos laríngeos y glóticos secundaria presencia de tubo endotraqueal y sedación.

Objetivo	Acciones de Enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar que la paciente aspire liquido por vía endotraqueal. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Valorar el buen estado del globo de la cánula orotraqueal así como la colocación de la misma. ● Aspirar cada vez que sea necesario con la técnica correcta, a través de la cánula y dentro de la boca del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La posición adecuada del tubo oro traqueal es de suma importancia ya que un tubo mal posicionado puede permitir el paso de líquido hacia los pulmones. ● El aspirado de secreciones continuo favorece la ventilación y mantiene la vía aérea permeable. 	<ul style="list-style-type: none"> ● El tubo orotraqueal de la paciente se encuentra en perfecto estado y colocado adecuadamente. ● La paciente presenta secreciones espesas pero son de fácil aspirado debido a su abundancia.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Colocar a la paciente en posición semifowler si se permite para evitar que el líquido utilizado se vaya hacia los pulmones. ● Evitar el uso de lavados bronquiales innecesarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La posición semifowler evita que por gravedad el agua se vaya hacia los pulmones y cause bronco aspiración. ● Los lavados bronquiales únicamente están indicados cuando las secreciones son muy espesas y en caso de realizarse verificar que la misma cantidad de agua entrante sea aspirada ya que puede provocar focos de infección o asfixia de quedar líquido en los 	<ul style="list-style-type: none"> ● No se ha podido colocar en esta posición ya que sus lesiones no lo permiten además que se ha colocado en decúbito prona por periodos cortos. ● No se le han realizado lavados bronquiales ya que se encuentran contraindicados por el riesgo de quedar líquido en los pulmones y no se le ha colocado ninguna sonda para alimentación.
--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● En caso de colocación de una sonda naso gástrica u oro gástrica para alimentación verificar la colocación por radiografía antes de iniciar la alimentación. ● Realizar el aseo oral riguroso verificando que no quede líquido en la cavidad oral. 	<p>pulmones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Una mala técnica en la colocación de sondas para alimentación puede ser fatal para el paciente si se introduce alimento a los pulmones. ● Aspirar toda el agua de la cavidad oral hasta la garganta ya que podría filtrarse hacia la traquea. 	<ul style="list-style-type: none"> ● A la paciente no se han colocado sondas naso gástricas para evitar la mayor invasión posible. ● La paciente presenta diversas lesiones en dientes y encías debido al tubo oro-traqueal y es difícil realizarle un aseo bucal correctamente.
--	--	---	--

Diagnóstico de enfermería: RIESGO DE LESIÓN Y CÍIDAS*, relacionado a efecto de sedantes sobre la movilidad.

Objetivo	Acciones de Enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar que la paciente sufra alguna caída. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Movilizar a la paciente con ayuda de otra persona. ● Movilizar en forma de bloque al realizar el tendido de la cama y así mismo sostenerla uniformemente al voltearla de un solo lado. 	<ul style="list-style-type: none"> ● El movilizar con ayuda de otra persona evita que el peso de la paciente sea mayor que el de una sola persona y corra el riesgo de caerse. ● La movilización en bloque y uniforme previene lesiones musculares y óseas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La paciente esta en riesgo de sufrir múltiples lesiones físicas al igual que el riesgo de caerse ya que la paciente esta en contacto con el personal multidisciplinari o y en constante manipulación; además de estar bajo efecto de sedación que no permite que la paciente tenga control de si

<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar que la paciente sufra alguna lesión. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar que al movilizar a la paciente los cables, catéteres, sondas, tubo orotraqueal, etc., se jalen al lado contrario. ● Colocar a la paciente en el centro de la cama. ● Evitar humedecer demasiado la cama, la ropa o la piel de la paciente al asearse. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La tensión que puede crearse sobre objetos que se atores hacia el lado contrario pueden retirarse bruscamente de su sitio de inserción y lesionar al paciente además de causar dolor intenso. ● Si se coloca a la paciente hacia un lado de la cama puede sufrir el riesgo de caerse de la cama. ● La humedad favorece la aparición de hongos en la piel así como laceraciones en la 	<p>misma, que manifieste alguna molestia, que colabore con el personal, o pueda apartarse o estar consiente de los riesgos que la rodean.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Siempre el personal de enfermería tiene presente todos los riesgos que corre la paciente y en la medida de sus posibilidades cuida la prevención de algún daño a la paciente.
---	--	--	---

	<p>● Evitar colocar objetos pesados sobre la paciente como el expediente, cajas, ropa de cama, objetos personales, etc.</p> <p>● Recoger todo el material que se utilice al realizar algún procedimiento u objetos personales de</p>	<p>misma que puedan servir como vía de entrada de microorganismos además, de estar en riesgo de electrocutarse al estar en contacto con aparatos eléctricos.</p> <p>● El colocar objetos pesados sobre la paciente podrían lacerar la piel o estar en riesgo de fracturas causan incomodidad.</p> <p>● El dejar objetos punzo cortantes sobre la cama de la paciente puede puncionar la piel y causarle dolor, sangrado e</p>	<p>● Afortunadamente las lesiones que presenta la paciente no han sido provocadas por descuidos del equipo multidisciplinari o ya sea al bañar a la paciente o al realizarle algún procedimiento invasivo a los cuales esta expuesta constantemente.</p>
--	--	---	--

	<p>aseo además de evitar colocarlos sobre la cama de la paciente, como sondas, catéteres, cánulas, agujas, gasas o torundas sucias, frascos, guantes, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evitar movimientos bruscos al movilizar a la paciente. ● Evitar dejar dobleces o arrugas en las sábanas de la cama debajo de la paciente. ● Colocar en posición correcta y alineada cada parte del cuerpo. 	<p>infecciones. Al igual que objetos que puedan causar tensión sobre la piel y lesionarla.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Los movimientos bruscos podrían causar dolor y fracturas o contusiones a la paciente. ● Los dobleces causan incomodidad, dolor y podrían irritar la piel. ● Si se coloca inadecuadamente a la paciente podría causar, torsiones, esguinces, fracturas, dolor e incomodidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cada vez que se necesita movilizar a la paciente siempre ha sido con la ayuda de algún camillero para evitar tanto lesiones para la paciente como para la enfermera.
--	---	--	--

*Este diagnóstico se modificó ya que las acciones de enfermería abarcan ambos diagnósticos.

PLAN DE ALTA

NOMBRE: T.G.R

GENERO: Femenino

EDAD: 26 años.

OBJETIVO DEL PLAN: El objetivo de este plan de alta es proporcionar sugerencias específicas a los familiares y al mismo paciente sobre su cuidado con el fin de continuar con el tratamiento en casa para conseguir el pronto alivio de la enfermedad y cualquiera de sus complicaciones, y así evitar un posible regreso al hospital.

Problema y/o necesidades	Acciones que realizará el familiar
Dificultad para la comunicación.	<ul style="list-style-type: none">• Poner total atención a la paciente.• Mostrar interés real al escuchar a la paciente.• Proporcionar lápiz y papel para evitar que la paciente se fatigue al hablar demasiado.• Corroborar el mensaje emitido por la paciente.• Usar algunos materiales para facilitar la comunicación, por ejemplo abecedarios, hojas de papel y lápices, etc.

<p>Dificultad para la deambulaci3n y el movimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la paciente al levantarse, sentarse o acostarse. • Participar en tantas actividades como le sea posible sin que le causen fatiga. • Conservar la energa y simplificar las actividades diarias utilizando dispositivos de autoayuda, m3todos sencillos de trabajo y que ahorren energa. • Trabajar a un ritmo uniforme. • Alternar periodos de trabajo, ejercicio y descanso. • Hacer ejercicios prescritos para conservar la movilidad articular para ganar vigor y coordinaci3n muscular. • realizar terapia f3sica para fortalecer sus m3sculos.
<p>Dificultad para la alimentaci3n</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar en la alimentaci3n teniendo sumo cuidado para evitar ahogamientos. • Proporcionar comida picada, pelada, suave y de f3cil degluci3n. • Alimentar seg3n lo permita el paciente. • Comer despacio y correctamente. • Proporcionar raciones pequeas m3s

<p>Lesiones dérmicas</p>	<p>veces durante el día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar exponerse al sol; la luz solar puede empeorar las lesiones dérmicas y precipitar una exacerbación de la enfermedad. • Utilizar protectores solares cuando sea necesario exponerse al sol. • Evitar usar rocíos o colorantes sobre la piel. • No permanecer mucho tiempo sentado o acostado en una misma posición. • Realizar o asistir a curación de lesiones cutáneas. • Mantener una higiene adecuada sobre todo del área genital. • Utilizar tratamientos para la regeneración del cabello y piel. • Mantener la piel lubricada y limpia
<p>Bajo peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • proporcionar una dieta equilibrada. • proporcionar a la paciente vitaminas prescritas por el médico. • Asistir a consulta nutricional. • Proporcionar suplementos alimenticios.

CONCLUSIÓN

La conclusión final de este Proceso Atención de Enfermería es que algunos de los objetivos planteados en las acciones de enfermería, no se cubrieron en su totalidad, ya que el cuidado y la atención no solo dependía del trabajo de enfermería sino incluye el trabajo médico, de nutriología, radiología, clínica de heridas y estomas, clínica del dolor, etc. Tampoco se pudieron valorar todas las necesidades básicas de un paciente con el modelo de Virginia Henderson debido a que la paciente no se encontraba conciente y algunas se valoraron indirectamente. Por esta misma razón no se pudo valorar detalladamente su mejoría.

Dentro de lo posible la paciente mejoro en su estado nutricional, las condiciones de la piel y de las úlceras por presión que presentaba, se pudieron combatir algunas infecciones, mejoraron sus parámetros ventilatorios y se estaba pensando en la extubación.

A través de este proceso me pude dar cuenta de que enfermería tiene mucho que hacer en el cuidado de un paciente de terapia intensiva y que es con este tipo de pacientes donde enfermería tiene que poner en práctica todos sus conocimientos bien fundamentados, además del amor y la dedicación hacia su profesión.

Se ha demostrado que el Proceso Atención de Enfermería es el método científico de la profesión y se lleva a cabo en virtud de la relación que debe existir entre la enfermera y el paciente y que además incluye la comunicación, con otras personas importantes para el paciente y con otros profesionales del sistema de servicios de salud.

Estas acciones se basan en el fundamento de que la meta del personal de Enfermería consiste en fomentar la salud y lograr cambios en los estilos de vida para promover el bienestar, basados en una estrecha colaboración entre enfermeros, pacientes y demás miembros del equipo de salud.

La calidad en la formación del profesional depende no solo de los conocimientos y habilidades que desarrolla en el currículo universitario, sino también de los intereses y valores que regulan su actuación profesional. El amor a la profesión, la responsabilidad, el humanismo y la honestidad constituyen valores esenciales, reguladores de la actuación de un profesional competente, que se reflejan en cada persona de manera diferente, en función de su historia individual, sus intereses y capacidad.

SUGERENCIAS

Las siguientes sugerencias van dirigidas hacia el personal de enfermería que tenga bajo su cuidado a un paciente con lupus eritematoso sistémico y un paciente en la unidad de terapia intensiva.

- ❖ Trato digno hacia el paciente.
- ❖ Estimular física y neuronalmente al paciente en estado de inconciencia.
- ❖ Estar alerta a cualquier respuesta ya sea favorable o desfavorable del paciente.
- ❖ Conocer la historia clínica del paciente.
- ❖ Proporcionar el tratamiento prescrito estrictamente.
- ❖ Cubrir cada una de las necesidades del paciente.
- ❖ Comunicar cualquier alteración en los resultados del paciente.
- ❖ Tener capacidad crítica y analítica.
- ❖ Tener conocimientos teóricos.
- ❖ Proporcionar una atención integral y de calidad al paciente.
- ❖ Lograr que su cuidado pueda prevenir posibles complicaciones.
- ❖ Nunca olvidar que es un ser humano quien esta bajo tratamiento.

GLOSARIO

- **Anticuerpos:** Inmunoglobulina esencial para el sistema inmune, producida por el tejido linfático en respuesta a la exposición de bacterias, virus y otras sustancias antigénicas.
- **Antígeno:** Sustancia generalmente proteica que da lugar a la síntesis de un anticuerpo y reacciona específicamente con el mismo.
- **Endocarditis de Libman-Sacks:** Proceso patológico, manifestación más frecuente del lupus eritematoso caracterizado por lesiones verrugosas que se desarrollan cerca de las válvulas cardíacas o ulceraciones en las válvulas.
- **Esteatohepatitis:** Acumulación de grasa en células hepáticas + inflamación.
- **Fotosensibilidad:** Cualquier respuesta anormal ante la exposición a la luz, y de forma más concreta reacción cutánea que requiere un agente sensibilizante y la exposición a la luz o su equivalente.
- **Inmunocomplejo:** Complejo multimolecular que se forma cuando un anticuerpo fija a un antígeno específico.
- **Inmunoglobulinas:** Cualquiera de los cinco tipos de anticuerpos, estructural y antigenicamente diferentes presentes en el suero y las secreciones externas del organismo.

- **Mielopatía:** Cualquier enfermedad de la medula espinal.
- **Polineuropatía:** Trastorno en el que están afectados varios nervios del cuerpo.
- **Síncope fáctico:** Breve pérdida de la conciencia provocada por una hipoxia cerebral transitoria, habitualmente precedida por una sensación de aturdimiento.
- **Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos:** Este interesante síndrome, descrito por primera vez por GRV Huges en 1983, ha venido a revolucionar y también a complicar más aún el conocimiento de las enfermedades autoinmunes. Se caracteriza por trombosis arteriales y/o venosas recurrentes, pérdida fetal recurrente y trombocitopenia asociados a la presencia de los Anticuerpos Antifosfolípidos, considerándose como tales al Anticoagulante Lúpico, los Anticuerpos Anticardiolipina y más recientemente la anti-B2 glicoproteína1 (anti-B2GP1). El SAF puede ser primario, cuando no se asocia a ninguna otra enfermedad o, secundario, cuando se asocia a otras colagenopatías, en particular Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Dada la amplia variedad de manifestaciones clínicas con que puede asociarse, llámense neurológicas.
- **Síndrome de Sjögren:** Trastorno inmunológico caracterizado por una secreción insuficiente de las glándulas lagrimal, salival y otras, lo que provoca una sequedad anormal de la boca, los ojos y las mucosas.

- **Síndrome de Reynaud:** Alteración en la cual se presentan una reacción al frío que consiste en la palidez de los dedos de manos y pies debido espasmo de los vasos sanguíneos, seguida por un color morado, para terminar con un color rojo encendido.

- **Psicosis esteroidea:** Trastorno mental de origen orgánico o emocional caracterizado por un deterioro importante de la percepción de la realidad, inducido por una dosis exagerada de esteroides.

ANEXOS

Lupus Eritematoso Sistémico

Es un trastorno inflamatorio crónico y progresivo que afecta a numerosos órganos y sistemas y que se caracteriza por remisiones y exacerbaciones¹⁰. La inflamación esta causada por anticuerpos que atacan a antígenos propios o auto antígenos de las membranas y los núcleos de células de todo el cuerpo.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad de etiología desconocida en la que se produce una lesión tisular y citológica por el depósito de auto anticuerpos e inmunocomplejos de carácter patógeno¹¹.

El termino *lupus* (lobo) se debe a la similitud entre la erupción facial y la coloración del hocico de un lobo. Tiene una incidencia relativamente escasa. Suele aparecer entre los 13 y 40 años de edad, más frecuente en mujeres que en hombres y afecta con mayor frecuencia al afro americano, a personas de origen asiático y determinadas tribus nativas estadounidenses que a la población blanca.

Etiología

Aunque el LES fue descrito por primera vez en 1895, todavía se desconoce la causa exacta de su inflamación de base auto inmune. No obstante, se ha comprobado que existe una susceptibilidad genética, por alteración en el cromosoma 6, (lugar donde se determina la constitución genética de los linfocitos y el auto antígenos que

¹⁰ Gauntlett, Myers, Enfermería medicoquirúrgica.

¹¹ Harrison, Medicina interna.

constituyen el complejo mayor de histocompatibilidad). Otros factores que pueden ser desencadenantes incluyen, las infecciones bacterianas y víricas, la luz ultravioleta, los niveles sanguíneos de complemento disminuidos y los estrógenos. Algunos fármacos, como procainacida, hidralacina, difenilhidantoina, quinidina, clorpromacina e isoniacida pueden provocar como efecto secundario un trastorno similar al lupus, pero suele desaparecer cuando se interrumpe el fármaco.

Fisiopatología

Una vez que los anticuerpos han atacado a los autos antígenos de una célula, comienza una respuesta inflamatoria típica en el lugar. La inflamación crónica ocasiona depósitos fibrosos y disfunción tisular. Los inmunocomplejos que se forman cuando los **AAc** se unen a los **AAg** no pueden eliminarse de forma adecuada de la circulación y originan mayor lesión tisular al adherirse a las paredes de los vasos sanguíneos.

Además del proceso de auto agresión, existe hiperactividad del sistema inmunológico, el cual reacciona desproporcionadamente, pues presenta actividad exagerada de células del sistema inmune, como son los linfocitos y mayor producción de una variedad de anticuerpos. Estas alteraciones son demostrables por métodos de laboratorio.

Manifestaciones

Inicialmente el lupus puede afectar prácticamente a cualquier órgano o sistema, o bien puede tener carácter multisistémico. Los síntomas generales suelen predominar y consisten en cansancio, malestar general, fiebre, anorexia y adelgazamiento. Pero frecuentemente presentan manifestaciones clínicas a nivel orgánico como las siguientes:

- **Músculo esqueléticas:** Casi todos los pacientes con LES presentan artralgias y mialgias; la mayoría padece artritis intermitentes. Las erosiones son raras se pueden observar nódulos subcutáneos, la necrosis isquémica de los huesos es una causa frecuente de dolor en la cadera, la rodilla y hombros en los pacientes tratados con corticoesteroides.

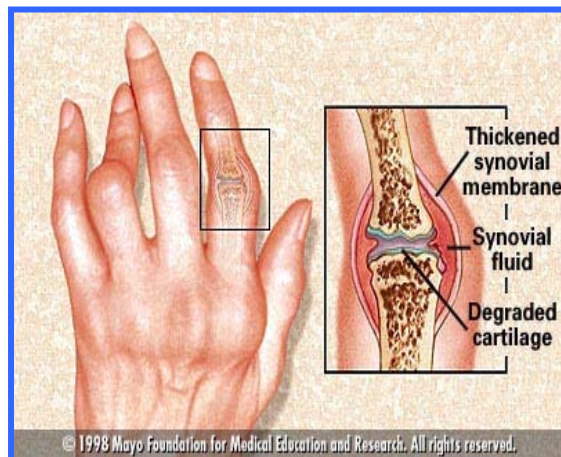


Fig.1. Mano artrítica.

🌍 **Cutáneas:** La erosión malar “en alas de mariposa” es una erupción eritematosa fija, plana o elevada, que afecta a mejillas y puente de la nariz y que con frecuencia afecta a la barbilla y pabellones auriculares. También es frecuente un exantema maculopapular más difuso, que predomina en las zonas expuestas al sol. La pérdida de cabello del cuero cabelludo suele ser irregular. Otras lesiones cutáneas menos frecuentes son urticaria, edema peri orbitario, lesiones ampollosas, eritema multiforme, lesiones de tipo liquen plano y paniculitis.

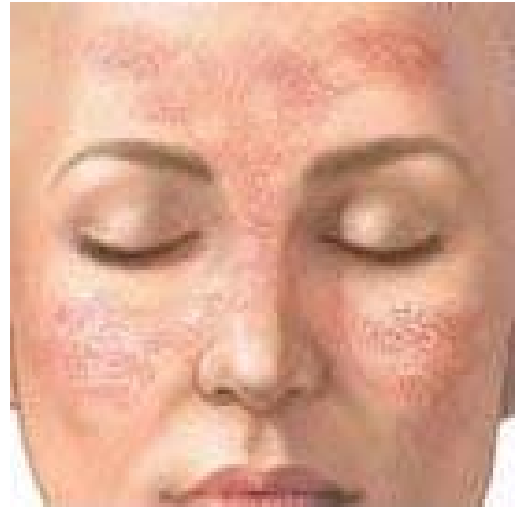


Fig. 2. Eritema en “alas de mariposa”

🌍 **Renales:** casi todos los pacientes presentan depósitos de inmunoglobulina en los glomérulos, el análisis de orina muestra hematuria, cilindruria y proteinuria. Presentan nefritis proliferativa.

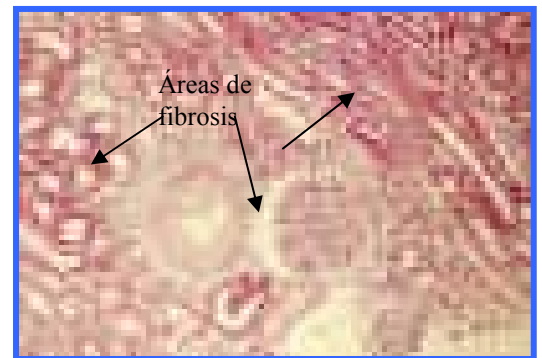


Fig.3. Histología de las áreas de fibrosis intersticial.

Sistema nervioso: En estos pacientes puede afectar cualquier región del encéfalo, así como meninges, medula espinal y nervios craneales y periféricos. Las cefaleas son comunes de tipo migrañoso o inespecífico, pueden producirse crisis convulsivas de cualquier tipo. Las manifestaciones menos frecuentes son psicosis estados confusionales, enfermedad cerebrovascular, alteraciones del movimiento, mielopatías, polineuropatías, etc. La depresión y ansiedad son frecuentes.

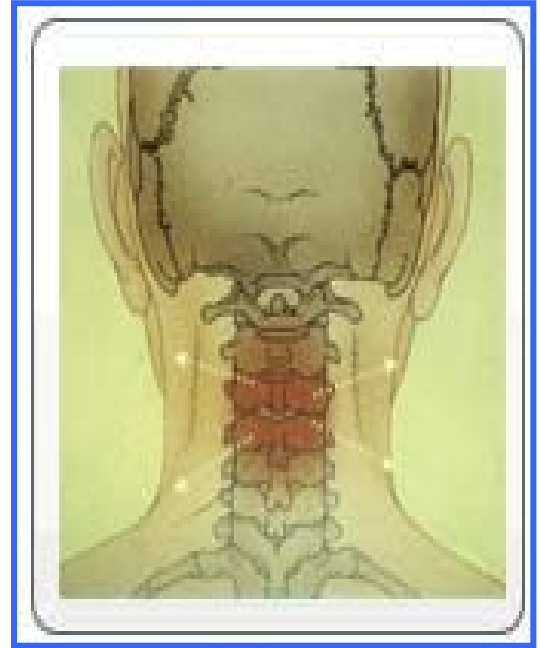


Fig.4. Localización del origen de cefalea e irradiación del dolor.

🌍 **Vasculares:** La trombosis en cualquier vaso de cualquier calibre puede construir un problema importante.

🌍 **Hematológicas:** En la mayoría de los pacientes se observa la anemia de las enfermedades crónicas, leucopenia, trombocitopenia, trombosis arterial y venosa.

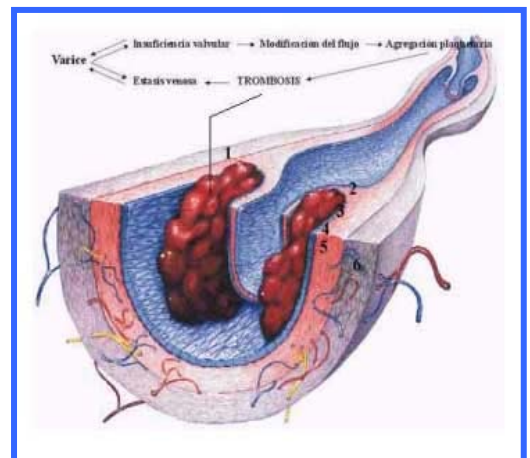


Fig.5. Corte coronal de una vena trombosada.

- **Cardiopulmonares.** La pericarditis es la manifestación mas frecuente, puede haber derrames que producen taponamiento, la miocarditis puede causar arritmias, muerte súbita o insuficiencia cardiaca. La válvula aparece asociada o no a la endocarditis de Libman Sacks. La pleuresía y los derrames pericardicos suelen ser frecuentes.

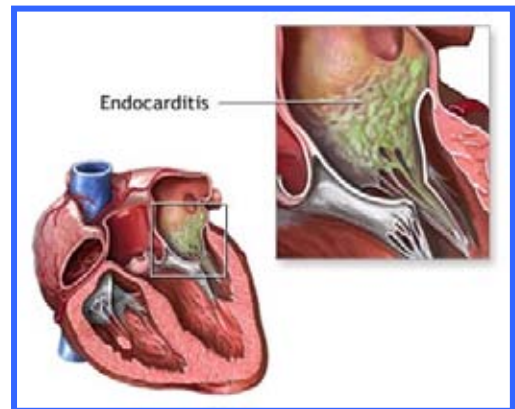


Fig.6. endocarditis

- **Gastrointestinales:** Los síntomas mas frecuentes consisten en nauseas, diarrea y molestias intestinales. Estos síntomas suelen ser causados por peritonitis, vomito y diarrea y pancreatitis.

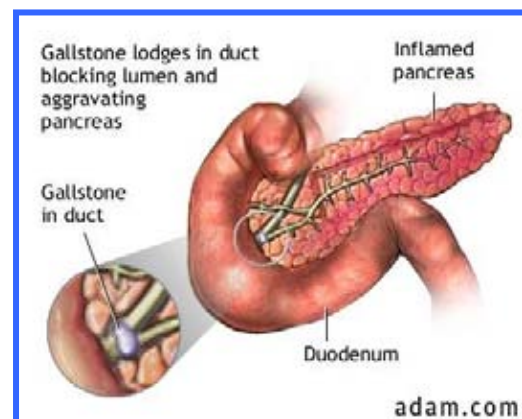


Fig.7. Pancreatitis y conducto

🌐 **Oculares:** Entre las manifestaciones oculares está el síndrome de Sjögren o de ojo seco, en el cual no hay producción de lágrimas, por lo que es factible presentar úlceras. De la misma manera es posible que ocurra inflamación de la conjuntiva y de los vasos de la retina.

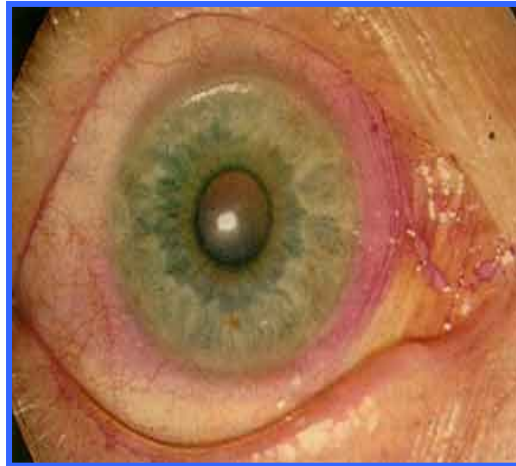


Fig.8. Síndrome de Sjögren

🌐 **Obstétricas:** En 30% de las embarazadas puede producirse muerte del feto. Además, las pacientes pueden presentar síndrome anticuerpo antifosfolípido, que consiste en la presencia de varios anticuerpos, entre ellos el anticoagulante lúpico y el anticuerpo anticardiolipina, que están relacionados con la presencia recurrente de trombos, que son coágulos que taponan las venas o arterias (trombosis), abortos a repetición y número bajo de plaquetas.



Fig.9. Embarazo de 7 meses.

Vasculares: Aproximadamente un 20% de los enfermos pueden presentar **síndrome de Reynaud**, en el cual ciertas personas presentan una reacción al frío que consiste en la palidez de los dedos de manos y pies (espasmo de los vasos sanguíneos), seguida por un color morado (cianosis), para terminar con un color rojo encendido (hiperemia).



Fig.10. Síndrome de Reynaud

Diagnostico

El lupus eritematoso sistémico se **diagnostica** primero con base en la sospecha del médico ante síntomas como los mencionados, en una mujer joven especialmente y luego por la búsqueda de ciertas alteraciones en los exámenes de laboratorio que ya fueron descritos, siendo difícil de realizar al comienzo de la enfermedad, por la poca especificidad de los síntomas.

Tratamiento

Los factores que ocasionan lupus no han sido determinados, por lo cual no existe una cura para la enfermedad y tampoco es posible prevenirlo.

Sin embargo en personas con la enfermedad pueden evitarse las recaídas ó agravamiento de los episodios al reducir al máximo la exposición solar, al igual que también debe ser evitado el uso de ciertos medicamentos que pueden inducir lupus, como procainamida, quinidina, hidralacina, fenitoína, isoniacida y dópenicilamina.

La farmacoterapia es el tratamiento fundamental del lupus, el tratamiento se basa en el empleo de corticoesteroides, los cuales reducen los efectos de la inflamación sobre los órganos del cuerpo y prolongan la vida. El objetivo que se persigue es mantener al paciente con dosis bajas de prednisona bastantes bajas en días alternos a las remisiones. Con esto se limitara la aparición de efectos secundarios y la probabilidad de suprimir la producción normal de corticoesteroides.

Se pueden combinar fármacos citotóxicos como la ciclofosfamida y la azatioprina, con corticoesteroides para inhibir la lesión inflamatoria. Los fármacos antipalúdicos como la hidroxiclороquina y la cloroquina, son eficaces para detener la lesión orgánica inflamatoria y también disminuye la dosis de corticoesteroides requerida.

Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRPA)

La lesión en el síndrome de dificultad respiratoria aguda en el adulto se caracteriza por un aumento en la permeabilidad de la membrana alveolo capilar, daño alveolar difuso y acumulación de edema proteináceo.

Manifestaciones clínicas debido a una severa injuria pulmonar precipitada por lesión pulmonar directa e indirecta caracterizada patológicamente por daño alveolar difuso y por el de edema pulmonar no cardiogénico, debido al incremento de la permeabilidad microvascular.¹²

El síndrome se denominó oficialmente SDRA. La A significaba adulto para diferenciar este síndrome del infantil, al reconocer recientemente que este padecimiento se produce en todos los grupos la A ha pasado a significar agudo. En la mayoría de los pacientes el síndrome se produce en los 5 días siguientes al diagnóstico inicial de riesgo y más del 50% presentará el SDRA en las primeras 24 hrs.

Etiología

Muchos factores predisponentes se asocian con la aparición de SDRA, incluidas las enfermedades que lesionan el pulmón directamente y las que producen daños por mecanismos indirectos, a través del aporte hematógeno de mediadores inflamatorios. Algunos ejemplos son:

¹² mne. Medinet.net.mx

Directa:

- ✦ Infecciones pulmonares: Neumonía
- ✦ Aspiración de contenido gástrico
- ✦ Contusión pulmonar
- ✦ Casi ahogamiento

Indirecta:

- ✦ Sepsis
- ✦ Trauma
- ✦ Shock
- ✦ Múltiples transfusiones
- ✦ Quemaduras
- ✦ Sobredosis de drogas

Fisiopatología

Esta cascada inflamatoria se ha dividido en tres fases:

- ✦ **Fase exudativa:** La fase exudativa ocupa aproximadamente la primera semana después de iniciada la insuficiencia respiratoria. Durante los tres primeros días existe evidencia de congestión capilar, edema intersticial y alveolar rico en proteínas y hemorragias intra-alveolares.

- ✦ **Fase proliferativa:** comienza con la proliferación de las células alveolares tipo II a lo largo de los septos alveolares hasta cubrir las membranas basales de los epitelios alveolares previamente denudadas.

Dentro de la pared alveolar los fibroblastos proliferan y subsecuentemente migran hacia las membranas basales alveolares, como parte de los exudados intra-alveolares.

Los fibroblastos transforman los exudados en tejido de granulación y finalmente, mediante el depósito de colágena, en un tejido fibroso denso. El pulmón se transforma con rapidez en un órgano sólido, y poco distensible, lo cual limita grandemente la supervivencia en el SIRPA.

- ✦ **Fase fibrótica:** Esta etapa se caracteriza por presencia de fibrosis pulmonar excesiva, con obliteración de la arquitectura alveolar y el progresivo desarrollo de regiones pulmonares enfisematosas que contribuyen a la formación de bullas detectables con el empleo de la tomografía axial computada.

Los espacios aéreos se presentan de forma irregularmente ensanchada. Los abscesos cicatrizados y el enfisema intersticial crónico, son causas adicionales de formación de macroquistes y bulas. Los bronquios periféricos aparecen dilatados, y anormalmente adheridos a la superficie pleural (bronquiectasia por tracción).

El síndrome de dificultad respiratoria aguda, se caracteriza por presentar alteraciones severas del intercambio gaseoso. Esto es consecuencia del edema intersticial y el colapso y ocupación alveolar.

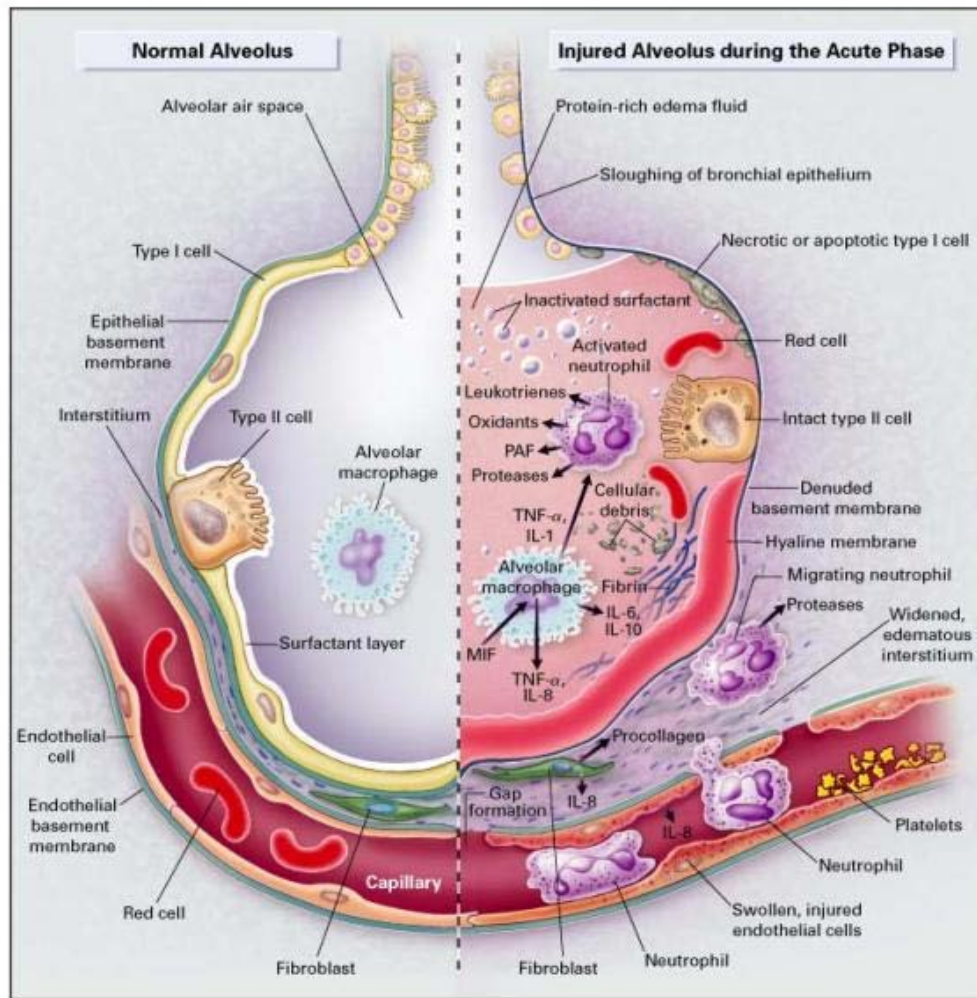


Fig.11. Alveolo sano (lado derecho de la figura), proceso del daño alveolar (lado izquierdo de la figura).

Síntomas y diagnóstico

Por lo general, el síndrome de distrés respiratorio agudo sucede a las 24 o las 48 horas de haberse producido la lesión original o la enfermedad. Al principio el paciente experimenta ahogo, generalmente con una respiración rápida y poco profunda.

Se pueden escuchar sonidos crepitantes o sibilantes en los pulmones. La piel puede aparecer moteada o azulada debido a la baja concentración de oxígeno en la sangre y puede verse afectada la función de otros órganos como el corazón y el cerebro.

El análisis de gases en sangre arterial pone de manifiesto la baja concentración de oxígeno y las radiografías de tórax muestran líquido en espacios que, en condiciones normales, deberían contener aire. Puede ser necesario realizar pruebas complementarias para confirmar que la insuficiencia cardiaca no es la causa del problema.

Dado que son menos resistentes a las infecciones pulmonares, es frecuente que los afectados por el síndrome de distrés respiratorio del adulto desarrollen neumonía bacteriana en algún momento en el curso de la enfermedad.

Tratamiento

Las personas que padecen éste síndrome reciben tratamiento en la unidad de cuidados intensivos. La administración de oxígeno es fundamental para corregir los valores bajos del mismo.

También son importantes otros tratamientos de apoyo, como la administración de líquidos o alimentos por vía intravenosa, porque la deshidratación o desnutrición pueden incrementar las probabilidades de que varios órganos dejen de funcionar (proceso llamado fallo multiorgánico).

También el cambio de decúbito a posición ventral, por modificaciones en la distribución de presión pleural regional, disminuye el colapso alveolar con mejoría de la PaO₂.

FARMACOLOGÍA

- ✦ **Quinidina (QUINI DURULES):** Antiarrítmico de liberación prolongada. Es un antiarrítmico polivalente debido que disminuye la excitabilidad miocárdica y el automatismo de los focos ectópicos auriculares y ventriculares, así mismo prolonga el periodo refractario efectivo del músculo auricular y ventricular.

 - ✦ **Hidralacina (APRESOLINA):** Vasodilatador periférico. Produce su efecto al relajar directamente la musculatura lisa en los vasos de resistencia, sobre todo en las arteriolas. Indicado en el tratamiento de la hipertensión y la insuficiencia cardiaca congestiva.

 - ✦ **Fenitoína (EPAMIN):** Antiepiléptico no barbitúrico. Es eficaz en el tratamiento de la epilepsia. Su sitio primario de acción es en la corteza motora en donde se inhibe la dispersión de la actividad epiléptica.

 - ✦ **Isoniacida:** La isoniacida se utiliza en el tratamiento de la tuberculosis y debido a su eficacia y bajo costo se la considera como un fármaco de primera elección. La isoniacida es más eficaz y menos tóxica que otros fármacos antituberculosos.
-

La isoniacida inhibe una serie de enzimas que las micobacterias necesitan para sintetizar el ácido micólico impidiendo la formación de la pared bacteriana. Sin embargo, se desconoce el mecanismo exacto de su acción. La isoniacida inhibe la monoaminoxidasa del plasma, pero no la MAO mitocondrial. También actúa sobre la monoaminoxidasa y diaminoxidasa bacteriana, interfiriendo con el metabolismo de la tiramina y de la histamina.

- ✦ **Prednisona (Meticorten):** Antiinflamatorio antirreumático y antialérgico. Indicado para el tratamiento de varias enfermedades endocrinológicas, osteomusculares, de la colágena, dermatológicas, alérgicas, oftálmicas, respiratorias, hematológicas, neoplásicas y de otro tipo.

 - ✦ **Ciclofosfamida:** Antineoplásico. Tiene propiedades inmunosupresoras, pertenece a la familia de los alquilantes. Esta indicado en el linfoma no hodking, linfoma de Hodking, leucemia linfocítica aguda, cáncer de mama, cáncer de ovario, cánceres de pulmón, mieloma, múltiple, el neuroblastoma y el retinoblastoma. También se ha utilizado para combatir enfermedades inmunológicas.

 - ✦ **Azatioprina (IMURAN):** Inmunosupresor. Actúa por medio del a inhibición de varias vías en la biosíntesis de los ácidos nucleicos por lo que previene la proliferación de las células involucradas en la determinación y amplificación de la respuesta inmune. Indicado en el tratamiento de artritis reumatoide, LES, hepatitis, pénfigo etc.
-

- ✦ **Vancomicina (VANMICINA):** Antibiótico. La acción bactericida de la vancomicina se debe principalmente a la inhibición de la biosíntesis de la pared celular. Además afecta la permeabilidad de la membrana celular bacteriana e inhibe la síntesis del ácido ribonucleico. Está indicado contra bacterias susceptibles, principalmente staphylococcus resistentes a betalactámicos, alérgicos a penicilina, tratamientos contra neumonía, septicemia e infecciones de tejidos blandos por *S. aureus* y *S. epidermidios*.

 - ✦ **Haloperidol (HALDOL):** Neuroléptico. Pertenece al grupo de las buprenorfinas, es un potente antagonista de los receptores centrales de dopamina, por lo que tiene incisiva en alucinaciones en los ganglios basales, causa sedación psicomotriz efectiva. En base a su actividad límbica ejerce una acción neuroléptica sedante y ha mostrado ser útil en el tratamiento coadyuvante del dolor crónico. Sus efectos antidopaminérgicos periféricos explican la actividad anti náusea y vomito, la relajación de los esfínteres gastrointestinales e incremento en liberación de prolactina. Esta indicado en esquizofrenia aguda, manías, agitación, náuseas, etc.

 - ✦ **Pantoprazol (PANTOZOL):** Es un benzimidazol sustituido que se acumula en el medio ácido de la célula parietal después de su absorción, aquí en un medio intensamente ácido es activado modificando su estructura en una sulfonamida cíclica la cual se une a la H/K+ATPasa inhibiéndola y por lo tanto causando una supresión potente y de larga duración del ácido gástrico.
-
-

Esta indicado en alivio de lesiones y síntomas gastrointestinales como: esofagitis por reflujo, úlcera duodenal y gástrica, etc.

- ✦ **Amikacina (AMIKIN):** Antibiótico. Esta indicado en el tratamiento a corto plazo de infecciones graves por gérmenes gramnegativos susceptibles incluyendo: *Pseudomonas sp.*, *Escherichia coli*, *Proteus sp.*, etc.

- ✦ **Morfina:** La morfina es un alcaloide fenantreno del opio siendo preparado el sulfato por neutralización con ácido sulfúrico. La morfina, es una sustancia controlada, opioide agonista utilizada en premedicación, anestesia, analgesia, tratamiento del dolor asociado a la isquemia miocárdica y para la disnea asociada al fracaso ventricular izquierdo agudo y edema pulmonar. La morfina es un polvo blanco, cristalino, inodoro y soluble en agua.

El efecto primario de la morfina se manifiesta en el SNC y órganos que contienen músculo liso. La morfina produce analgesia, euforia, sedación, disminución de la capacidad de concentración, náuseas, sensación de calor en el cuerpo, pesadez en los miembros, sequedad de boca, y prurito. La morfina es improbable que produzca depresión miocárdica o hipotensión directamente. Sin embargo, la reducción del tono del sistema nervioso simpático en las venas periféricas produce un estancamiento con reducción del retorno venoso, gasto cardiaco y presión arterial.

➤ **Fentanil:** Los primeros efectos manifestados por el fentanil son en el SNC y órganos que contienen músculo liso. El fentanil produce analgesia, euforia, sedación, disminuye la capacidad de concentración, náuseas, sensación de calor en el cuerpo, pesadez de las extremidades, y sequedad de boca. El fentanil produce depresión ventilatoria dosis dependiente principalmente por un efecto directo depresor sobre el centro de la ventilación en el SNC.

El fentanil puede causar rigidez del músculo esquelético, especialmente en los músculos torácicos y abdominales, en grandes dosis por vía parenteral y administradas rápidamente. El fentanil puede causar espasmo del tracto biliar y aumentar las presiones del conducto biliar común, esto puede asociarse con angustia epigástrica o cólico biliar.

BIBLIOGRAFÍA

- Mosby, **Diccionario Médico**. Ed. Harcourt. 5ª Edición. México, 2000.
- Brunner, **Enfermería Medicoquirúrgica**. Ed. Mc. Graw Hill. Vol. II. 7ª Edición. México, 2002. Págs. 173-187.
- Robert Berkow y Andrew J. Fletcher, **El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica**. Ed. Océano. 12ª Edición. España, 1994. Págs. 2120-2124.
- J. Carpenito, Lynda, **Diagnósticos de enfermería**, Ed. Interamericana- McGraw-Hill, 5ª Edición, México.
- Nordmark/Rohweder, **Bases científicas de la enfermería**, ED. Manual Moderno, 2ª Edición, México, 2002, Pág. 712.
- Subirán, Salvador, **Manual de Terapéutica Medica y procedimientos de Urgencias**, ED. Interamericana. McGraw-Hill, 2ª edición, México, 2004, Pág. 735.
- Monreal, José Luis, **Océano conciso diccionario de sinónimos y antónimos**, Ed. Océano, Barcelona, 2003.
- Brunner, Lillian Sholtis, **Manual de Enfermería**, ED. Interamericana. McGraw-Hill, 4ª edición, 6 tomos, México, 1991.

- Marino, Paul L, Medicina crítica y Terapéutica intensiva, ED. Panamericana, Argentina, 1993, Pág. 696.

 - Fernández Ferrin, Carmen, El Proceso Atención de Enfermería, ED.MASSON, 1ª edición, España, 2003.

 - Gómez, Gerardo, Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, ED. PLM, 58ª edición, México, 2006.

 - Francoise Colliere, Marie, Promover la vida, ED. McGraw-Hill- Interamericana, 1ª edición, 1993.

 - Rodríguez S., Bertha A, Proceso Enfermero, Ediciones Cuellar, 2ª edición, México, 2002.

 - Marriner. T.A. Raile, A.M, Modelos y Teorías en Enfermería. 4ª Edición. Editorial Harcourt Brance, 2003

 - <http://www.msd.es.mx>

 - <http://www.medinet.net.mx>
-
-

➤ [http:// www.teleline.terra.es](http://www.teleline.terra.es)

➤ [http:// www.aibarra.org](http://www.aibarra.org)

➤ Pinto N. “**Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado**”. En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998