



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



Proceso Atención de Enfermería:

Cuidado a una mujer adulta con alteración neurológica totalmente dependiente, con base en el modelo de necesidades humanas de Virginia Henderson

Que para obtener el título de:
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

Aguilar Hernández Maria Magdalena

Número de cuenta: 40400188-1

Directora del trabajo:
Mtra. Sandra Sotomayor Sánchez

Firma

México, DF



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

I. Introducción	4
-----------------	---

II. Objetivos

2.1 General	6
-------------	---

2.2 Especifico	6
----------------	---

III Metodología	7
-----------------	---

IV Marco teórico

4.1 Conceptos básicos de enfermería	9
-------------------------------------	---

4.2 Modelo conceptual de Virginia Henderson	14
---	----

4.3 Proceso atención de enfermería	17
------------------------------------	----

4.4 Tecnologías del cuidado y sus tipos	20
---	----

4.5 Alteración Metabólica de origen Hepático	22
--	----

V. Aplicación del proceso atención de enfermería

5.1 Valoración de enfermería	39
------------------------------	----

Valoración subjetiva

Valoración objetiva

Valoración de necesidades (grado de dependencia)

5.2 Desarrollo del Proceso de Enfermería	49
Diagnostico	
Planeación	
Ejecución	
Evaluación	
5.3 Evaluación final de la aplicación del proceso	81
VI. Conclusión	82
VII Glosario	84
VIII Bibliografía	87

I. INTRODUCCIÓN

El modelo conceptual de las necesidades humanas ha ido evolucionando con las corrientes filosóficas, así existen escuelas del pensamiento que agrupan a los modelos y a las teorías en núcleos teóricos que le dan congruencia a la sintaxis disciplinar. La visión de la práctica profesional de enfermería difiere entre sus profesionales debido a los distintos marcos teóricos de donde se basen, sin embargo Durán (1980) asegura que “toda práctica que no tenga un fundamento teórico no es Enfermería” lo que permite orientar la práctica, la investigación y la docencia. El modelo conceptual de enfermería que plantea Virginia Henderson, permite concebir un tipo de práctica enfermera. Henderson (1966) hizo especial hincapié en el arte de enfermería y señaló la existencia de catorce necesidades fundamentales del ser humano con el fin de expresar la totalidad de la persona, en su dimensión holística, refiere sus componentes biofisiológicos, psicológicos y socioculturales además de las espirituales esto permite sentar las bases para el cuidado de enfermería.

La profesión de enfermería incorporó la tendencia empírica como paradigma a la hora de desarrollar su propio conocimiento, éste unido a la utilización de determinados instrumentos hizo que los objetos de investigación se dividieran en partes para su análisis, así se instauró la metodología científica y se consideró la investigación como elemento indispensable, para el desarrollo del conocimiento y la práctica profesional de enfermería. Así se establece el proceso atención de enfermería (PAE) como metodología para la instrumentación del cuidado.

Por estas razones, el siguiente trabajo se fundamenta en el modelo de las necesidades humanas de Virginia Henderson, el proceso de enfermería y la tecnología preventiva, curativa y de información que en una integración forman un modelo de atención, el cual fue aplicado a una mujer adulta hospitalizada en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán, en el área de urgencias bajo el diagnostico médico de Encefalopatía Hepática grado III por Virus de Hepatitis C (VHC), con evidencias de alteración neurológica que permitió determinar el grado de dependencia de las necesidades para así establecer las intervenciones de enfermería necesarias para disminuir el sufrimiento de la paciente hasta que se presentan complicaciones y sobreviene la gravedad, agonía y muerte de la señora. Por el nivel de complejidad e integración que implica esta práctica, se elige como viable para el presente trabajo, como opción de titulación ya que refleja la aplicación de todo el bagaje teórico conceptual y tecnológico aprendido durante la formación profesional de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

II.- OBJETIVOS

2.1 Objetivo General.

Aplicar el proceso de enfermería bajo el enfoque de Virginia Henderson a una mujer adulta con alteración neurológica en un Instituto de tercer nivel, a partir del cumplimiento de las normas éticas y fundamentos humanísticos que limiten el riesgo de complicaciones y se busque la satisfacción de la persona y su familia.

2.2 Objetivos Específicos.

- Resaltar la importancia de la aplicación del proceso de enfermería como un método sistemático y organizado en la aplicación del cuidado de enfermería de forma individualizada, de acuerdo a las necesidades del paciente y la familia.
- Identificar los problemas de dependencia de las necesidades del paciente, a través de instrumentos de valoración que permitan la elaboración de un plan de atención.
- Implementar acciones educativas y de orientación, tendientes a promoción de la independencia de la persona con la participación de la familia.
- Aplicar los conocimientos teóricos–prácticos adquiridos durante la formación profesional, con el fin de proporcionar atención de calidad, bajo un enfoque holístico que permita alcanzar la recuperación y el bienestar de la paciente; además de concretar el proceso de titulación.

III. METODOLOGÍA

La metodología es un proceso general que permite lograr de manera precisa el objetivo de la investigación, ya que nos presenta los métodos y técnicas necesarias para su realización que facilitan la obtención de la información necesaria durante la indagación del caso.

El presente trabajo se llevo a cabo en el Hospital de tercer nivel perteneciente a la secretaría de salud el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán, dentro del área de urgencias, durante un periodo de dos meses.

En la realización de este proceso, se utilizaron diversos métodos para la obtención de los datos en el que se destacan técnicas de observación, recolección de datos, instrumentos, procedimientos y técnicas de análisis, que nos proporcionan una estructura sistemática para la interpretación de la información, que con ayuda del marco teórico se interpretan los resultados en función del problema y de los planteamientos del proceso.¹

Para la realización del trabajo se identifica a una paciente adulta con alteración neurológica a quien se le valoran sus necesidades permitiendo la realización de un historial clínico completo sobre sus antecedentes familiares, higiénicos, nutricionales, etc., además un conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad por el cual se desarrolla la patología; para lograrlo se realizó una entrevista indirecta a los familiares y al personal multidisciplinario, debido a que la paciente no se encontraba en condiciones para proporcionar la información (baja efecto de sedación) para ello se utilizó un instrumento de valoración el cual esta formado por dos parte: una valoración objetiva que nos permite obtener antecedente personales (hábitos, patologías, intervenciones, etc.) y la valoración subjetiva donde a través de la exploración física y sus técnicas (observación, auscultación, palpación y percusión) permiten un adecuado conocimiento clínico de la paciente.

¹ Tamayo, Tamayo Mario, El proceso de la investigación científica, pág. 175.

Con base a los datos obtenidos se realiza una descripción precisa del caso y se incorpora a cada uno de los pasos del Proceso de Enfermería, para así posteriormente ejecutarlo de acuerdo a las alteraciones detectadas y los cuidados determinados para el mantenimiento del estado de salud y la satisfacción de las necesidades detectadas como insatisfechas y valorar si los objetivos planteados se cumplieron.

Así transcurre el proceso de cuidado, hasta que se presentan complicaciones y sobreviene la gravedad, agonía y muerte de la señora. Este evento hace que finalice de manera natural el proceso. Atendiendo los problemas de salud derivados del mismo.

Se realizó investigación bibliográfica y hemerográfica que permitiera indagar sobre las estrategias y evidencias que se han empleado en casos similares.

Se buscó la asesoría de la coordinación de enseñanza del instituto con el fin de retroalimentar los planes de la intervención y sus actividades. La evaluación del cuidado se realizó en función de los objetivos y de la satisfacción de la familia en cuanto a la atención recibida; así mismo se evaluaron todas las etapas del proceso de enfermería.

IV. MARCO TEORICO

El presente marco teórico retoma la importancia del cuidado como objeto de estudio de enfermería bajo el enfoque de Virginia Henderson, aplicado mediante el proceso atención de enfermería y sus fases.

4.1 Conceptos básicos de Enfermería

El inicio de la ciencia enfermera se sitúa cuando se empieza a desarrollar la investigación en el campo de la enfermería. Los resultados de la investigación se plasman en las teorías de las situaciones enfermeras y el método con el que deben ser aplicados en la práctica y en los resultados, se validan los conocimientos expresados en las construcciones teóricas.¹

Desde tiempos memorables se ha considerado a enfermería como una disciplina al ser conformada por conocimientos enfermeros que se han desarrollado con un valor científico y bajo la perspectiva y vivencias de la enfermería, logrando resaltar la importancia del papel de enfermería en la comunidad científica. Para Donati (1983) la disciplina y la profesión no siempre avanzan a un mismo ritmo. Esto ha ocurrido con la evolución de una y otra en la enfermería, en algunos aspectos y momentos puede sufrir retraso, ir por delante y/o ser distorsionada. Para el desarrollo del todo es necesario el desarrollo de las partes y el progreso de la enfermería solo es posible con el crecimiento armónico entre conocimiento e intervenciones, entre teoría y práctica.

El objetivo de estudio de la disciplina es constituido por: el marco teórico enfermero, las teorías y los modelos de cuidados enfermeros que proporcionan un enfoque que guían la dirección de los cuidados pero además de eso se necesita de un método que permita aplicarlos durante la práctica enfermera, el cual actualmente se le conoce como proceso de atención de enfermería.

¹ Ibid., pág.72

La construcción de la disciplina enfermera pasa por establecer el marco teórico que contemple la finalidad y el sentimiento de la enfermería (su contribución a la salud de las personas y los grupos) los aspectos metodológicos con los que se lleva a cabo esta contribución y la intervención en el campo enfermero.

Pero en la evolución de enfermería, primero como ocupación y más tarde como profesión, han intervenido múltiples aspectos como el proceso de profesionalización desde la perspectiva de la evolución del conocimiento en el que sustenta su práctica, entendiendo que para la construcción de este conocimiento, como para su adquisición y aplicación han sido determinantes tanto los elementos del contexto general en los que tiene lugar la enfermería (corrientes de pensamiento, concepto de salud, tipo de atención que se ofrece, etc.) como las características propias de la profesión y de sus componentes. En la construcción y adquisición de este conocimiento han estado condicionados por las concepciones de salud y enfermedad, el tipo de atención que se ofrece a la persona y por los aspectos que han influido en el proceso de evolución de la enfermería. Ya que como resalta Collier (1986) la enfermería debe basarse en todos los aspectos que rodean a la disciplina es decir desde “la doble filiación femenina y religiosa de la profesión” Pero aun más, a estos dos aspectos, hay que añadir sus relación con la medicina, que por una parte, se convierte en su “benefactora” y decide qué es lo que necesita saber y lo que no debe saber dependo de ella para sus actuaciones. Con la constante búsqueda de enfermería para encontrar su objetivo como disciplina se concluye que el conocimiento enfermero (ciencia o saber) encuentra su origen en la idea de los cuidados de salud de las personas y los grupos. Su construcción y evolución han ido a la par en la evolución general del conocimiento. La propia evolución de la ciencia y las corrientes de pensamiento científico han determinado el devenir de la construcción del conocimiento enfermero, al igual que el relacionado con otras áreas. Esta evolución ha estado marcada por la influencia de la propia naturaleza de su área de interés: los cuidados de salud de la persona y por los elementos.²

² Bernavent Garces Ma. Amparo, Fundamentos de Enfermería, pág. 56-57

Debemos recordar que la enfermería ha pasado por una serie de cambios durante la búsqueda del objetivo de estudio, que para encontrarlo da origen a una ciencia enfermera basado en la investigación científica que permitiera fundamentar cada una de las acciones realizadas durante su ejercicio profesional que van dirigidos al cuidado de la persona, familia o comunidad.

Por ello cuando se habla de la profesión enfermera se refiere al ejercicio de la práctica de enfermería, la cual se basa en los conocimientos disciplinares, es por ello que el desarrollo disciplinar se adelanta a la práctica profesional ofreciendo así las explicaciones que fundamenten a ésta. Esta es la razón del por que un profesionales de enfermería se diferencia de las demás profesiones, ya que al realizar su ejercicio lo hace teniendo un conocimiento con fundamento que le permite identificar cuales son las mejores opciones para la satisfacción de las necesidades de la persona, familia o comunidad que esté a su cargo.

La Evolución del Conocimiento Enfermero

En la búsqueda del objetivo de enfermería se observa que la salud tiene un valor como supervivencia la realización de los cuidados (autocuidado) los cuales se ejecutan de acuerdo a los fenómenos observados en la naturaleza y los conocimientos que se basan en la experiencia y la herencia del ser humano a través del tiempo, en otras palabras los cuidados de salud se realizan para lograr la supervivencia de la persona, familia o comunidad. En la actualidad para lograr es supervivencias la formación de las enfermeras es de una alta cualificación en aspectos clínica y tecnológicos, humanísticos, de promoción de la salud y de gestión, lo que sin duda posibilita que su aportación a la salud de las personas y los grupos sea muy significativa. Un todo se desarrolla cuando lo hace armónica y complementariamente cada una de sus partes, y cada vez que se consolida una mejora en la formación desde la perspectiva enfermera repercute en la práctica y se produce un desarrollo profesional.³

³ Ibid., pág. 57

Importancia del Cuidado

Se debe resaltar que los cuidados son fundamentales para el mantenimiento de la vida ya que determinan el mejoramiento o empeoramiento de la salud y bienestar de la persona cuando su cuerpo esta siendo atacado por un agente físico, químico o biológico que se manifiesta en enfermedad. Por ello para Collier (1865) el cuidado está constituido por una serie de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se continúe y reproduzca, siendo así que el cuidar se considera un acto de vida.⁴

Pero los cuidados no significan que necesariamente se debe tener un tratamiento o visitar al medico para poder obtenerlo, sino es algo que sin darse cuenta lo realiza cada persona de forma individual y lo mantiene con una vida sana, ya que desde que nos alimentamos, aseamos y ejercitamos se realiza el cuidado, por lo simple que suene; esto es debido a que nuestro cuerpo es como un motor él cual necesita de pequeños cuidados que son fundamentales para su desarrollo, ya que sino se proporcionan pueden ocasionar un mayor peligro. Existen personas que descuidaron estos factores llegando a requerir de cuidados mas específicos , que deben ser proporcionados por personas especificas como son médicos y enfermeras los cuales tienen los conocimiento adecuados para que la persona se recupere y solo necesite de los cuidados proporcionados a través del autocuidado. Por estos motivos existen dos tipos de cuidados los de costumbre y los habituales que representan todos los cuidados permanentes que tienen como función mantener la vida y proporcionarle energía; y los cuidados de curación que tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas.⁵

Al hablar de enfermedad y de cuidados no solo involucra al individuo afectado y al personal especializado, sino también a la familia que se encuentra detrás de él, ya que en ocasiones ésta debe proporcionarle al enfermo los cuidados que requiere, significando que la familia también debe modificar gran parte de sus hábitos, estos cambios pueden ser repentinos para la familia que es el núcleo de la sociedad y del

⁴ Collier Matie Françoise, Promover la Vida Lectura, pág. 43

⁵ Ibid., pág.46, 67

paciente, provocando en ocasiones conflictos que pueden llegar a separarla y ocasionar consecuencias mayores en el estado emocional del paciente ya que al suceder esto él se considera una carga y prefiere afrontarlo solo provocando depresión, que no favorece para su recuperación. Así pues, la enfermedad puede involucrar a muchas personas dentro de una sociedad las cuales pueden influir en la recuperación o empeoramiento del enfermo, ya que no solamente se necesita de un buen tratamiento, sino de un apoyo emocional principalmente de la familia la cual es el núcleo de la sociedad.

Como se ve entonces la sociedad puede ser de gran relevancia en la formación y tratamiento de la enfermedad ya que desde la aparición del hombre se ha observado que depende casi completamente de ésta para poder satisfacer sus necesidades y obtener un cuidado, esto ha provocado que el hombre adquiera las mismas características de su sociedad, como son los hábitos de limpieza y hasta el lugar donde habita dando como resultado la formación de tres niveles para el análisis del proceso salud-enfermedad en un individuo de forma personal y como parte de una sociedad los cuales consisten en: Primer nivel que es aquel donde el individuo se concibe individualmente e investiga dando un diagnóstico sobre la enfermedad o la prevención de ésta; el segundo nivel estudia al individuo y a la enfermedad como parte de una comunidad con características socioeconómicas y culturales, por último el tercer nivel que busca conocer las causas fundamentales de la enfermedad basadas en un aspecto fundamental.⁶

Estos niveles comprueban que para estudiar el origen de la enfermedad en un individuo es necesario comenzar en el lugar donde se relaciona y vive, puesto que existen diversos aspectos que la sociedad proporciona como son las creencias, el enfoque cultural y la situación socioeconómica que pueden ser factores influyentes en el motivo y la frecuencia de la enfermedad, pero no nada más de forma individual sino social, esto es debido a que en ocasiones algunas enfermedades pueden ser frecuentes dependiendo la zona en que se está. Para ejemplificar este fenómeno se puede comparar la situación de una persona de bajos recursos con una de buena posición, ya que esta diferencia hace que el tipo de enfermedades

⁶ Rojas Soriano Raúl, Proceso Salud-Enfermedad, pág. 13 - 19

con las que son atacados frecuentemente sean diferentes, debido a que un empresario no se enferma de desnutrición y un pobre de enfermedades cardíacas por exceso de grasa. Para Rudolph Virchow (1990) el combatir la pobreza es un punto importante para lograr un mejoramiento en las condiciones de vida de las personas y por ende habría una mayor prevención para las enfermedades.⁷

¿Pero que opina la sociedad con relación en que forme parte de una de las causas del contagio o formación de algunas enfermedades? “La sociedad identifica como causas fundamentales de enfermedad aquellas que tiene la menor relación posible con la estructura social y que pueden ser atacadas sin cambiar a ésta”. Esto indica que la sociedad no esta dispuesta aceptar que participa en la formación de enfermedades y a modificar su forma de actuar, dando como explicación para esos sucesos la formaciones de otros fenómenos que causan la aparición de la enfermedad.

Por lo tanto existe una relación muy estrecha entre individuo-sociedad-especialistas(profesional de enfermería), debido a la aparición de estados como la enfermedad, la salud y los cuidados, ya que son términos que dependen de como el individuo se esta desarrollando social y personalmente. Aun cuando los especialista no sean muy apegados, éstos son esenciales cuando el individuo tiene un desequilibrio consigo mismo o con su entorno proporcionándole los cuidados específicos.

4.2 Modelo Conceptual de Virginia Henderson

Durante la evolución del hombre surge la necesidad de saber el por que de las cosa, los eventos y las situación, por ello surge la investigación que aunado al pensamiento y creencia humana se logra la representación de algún aspecto de la realidad creando así la formación de modelos.

⁷ Mora Carrasco Fernando, Salud y Enfermedad: problemas conceptuales, pág. 40

Los cuales se agrupan en dos clasificaciones: los teóricos quienes plantan a través de letras y números comprobables situaciones o eventos reales a través de un proceso científico y metodológico; y los empíricos que solo se interpretan los eventos a través de la experiencia y la observación. Durante este proceso de investigación y formación de modelos surge uno de los más importantes para la disciplina enfermera y su objetivo de estudio creado por Virginia Henderson quien inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación.

Lo que lleva a Henderson a desarrollar su trabajo fue la precaución que le causa el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermería, a lo que conlleva a la ausencia de un modelo enfermero que proporcionaba una identidad profesional. Por ello Virginia Henderson (1966) define que *“la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o una muerte serena), actividades que realizaría por si misma si tuviera la fuerzas, conocimientos o voluntad necesaria; todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma mas posible.”*⁸

A partir de su definición Virginia Henderson resalta una serie de conceptos básicos para la enfermería y que los define de la siguiente manera: Persona (es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, y tiende al máximo desarrollo de su potencial), Entorno (conjunto de condiciones y factores externos que afectan la vida y el desarrollo de un organismo) en este la enfermera participa buscando la forma de modificarlo para promover un mejor ambiente; y finalmente la Salud la cual considera que se obtiene con la satisfacción adecuada de las catorce necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona o cuando no es posible por la familia y el personal de salud(enfermera o medico).⁹

⁸ Tomey, Ann Marne, et.al, Modelos y Teorías en enfermería, pág. 98

⁹ Ibid pág. 99

Componentes para la formulación del modelo de Virginia Henderson

Todos los modelos, incluyendo el de Virginia Henderson, utilizan una serie de componentes que ayudan a su formulación en el que se resalta la asunción científica o postulado que representa el “como” del modelo conceptual y ofrecen el soporte teórico y científico de éste. Para Virginia Henderson la base de su modelo se enfoca en la persona como un ser total, completo e independiente que tiene 14 necesidades fundamentales que para lograr un bienestar en su salud debe satisfacerlas.

Otro componente importante en el modelo es la filosofía o los valores en que se basa para poder encontrar las creencias sobre el ser humano y su salud, es decir las actividades y la función propia de enfermería como profesión que la resalta sobre otras profesiones a un cuando compartan actividades. Por esta razón en la actualidad la sociedad espera un servicio de la enfermera basado en su función propia, que ninguna otra profesional puede darle, que es el cuidado.

Una vez incorporados estos dos componentes en el modelo para poder realizarlos es necesario integrar los elementos que representan el “que” del objetivo de los cuidados, para Virginia Henderson estos elementos son la persona como un ser total, completo e independiente, en donde el rol de la enfermera es de complemento cuando la persona no es capaz de obtener la independencia para satisfacer las 14 necesidades funcionales, que se produce por fuentes de dificultad como la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad por parte de la persona. Para ello el profesional de enfermería formula una serie de intervenciones en las que se identifica primeramente el área de dependencia y la fuente de dificultad que lo ocasiona, para así dirigirlos y aumentar, complementar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento y la voluntad de la persona en función a su situación específica. Logrando la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o disminuyendo la deficiencia.

Considerando que cada persona se configura como un ser humano único y complejo: biológico, psicológico, sociocultural y espiritual; que tiene 14 necesidades básicas que deben satisfacer para mantener su integridad (física y patológica) y promover su desarrollo y crecimiento. Virginia Henderson clasifica de acuerdo a la capacidad de la persona para satisfacerlas sus necesidades en independiente cuando hay un nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona que permite la satisfacción de ésta, de acuerdo con la edad, sexo o etapa de desarrollo en la que se encuentra; y en dependiente cuando el desarrollo de la persona es insuficiente o inadecuado.¹⁰

También las clasifica en necesidades básicas y complementarias. Refiriendo que las que se encuentran dentro de las básicas son aquellas que pueden determinar la vida de la persona como la oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, temperatura, descanso, higiene y movimiento. En las complementarias se considera el evitar peligros, vestido, comunicación, aprendizaje, actividades recreativas, valores-creencias y realización; pero fuera de ese grado de importancia, cada una de ellas ya sean básicas o complementarias están sujetas a tres tipos de dimensiones: biofisiológicas, socioculturales y psicológicas de acuerdo a cada persona, familia o ambiente.

4.3 Proceso de Enfermería

El cuidado es “invisible” (Collière 1986) y las enfermeras al brindarlo, desarrollan e incorporan a la práctica diaria un conjunto de habilidades. Por eso es imprescindible que la atención de enfermería este respaldada por un modelo conceptual que permita la representación de la realidad.

El modelo conceptual de Virginia Henderson proporciona un marco de referencia que permite dirigir la práctica profesional y definirla como tal, pero el proceso atención de enfermería o proceso de enfermería constituye la base para la práctica

¹⁰ Riopelle, L, Et.al , Cuidados de Enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona, pág. 2-5

profesional de enfermería, permitiendo organizar y prestar cuidados enfermeros oportunos y de calidad; actúa a modo de puente que permite salvar la distancia existente entre la abstracción de la imagen mental que la enfermera tiene de los cuidados; y la realidad de su servicio profesional. En otras palabras el modelo conceptual de Virginia Henderson nos dice cómo deben ser los cuidados enfermeros y el proceso de enfermería describe cómo deben organizarse.

El proceso de enfermería se considera un método sistemático y organizado para la administración de los cuidados proporcionados por enfermería, al igual que permite individualizarlos de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas, lo que permite responder de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Este método está conformado por 5 pasos que permiten la aplicación ordenada y precisa de los cuidados: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.¹¹

La **valoración** es la primera etapa del proceso de enfermería en la que se realiza la recopilación de información (datos) sobre un individuo, familia o comunidad con el fin de identificar diagnósticos / problemas de enfermería reales o potenciales. A lo largo de esta etapa ha de obtenerse toda la información sobre el paciente a través de actividades tales como la obtención de los datos a través de la entrevista de enfermería y el examen físico que consiste en un examen exhaustivo y sistemático del paciente, que puede realizarse céfalo-caudal o por sistemas a través de la observación, auscultación, palpación y percusión.

Otras actividades son la validación de los datos para comprobar que son hechos reales y cuestionables, la organización (agrupación) de la información donde se reúnen los datos en grupos según el modelo de Virginia Henderson y la identificación de los modelos.

Una vez terminada la valoración confirmando que la información que ha recopilado es la correcta, puede proceder a analizarla y formular los **diagnósticos** de enfermería identificando si el problema de salud (de un individuo, familia o grupo)

¹¹ Kozier Barbara, Enfermería Fundamental: concepto, proceso y practica, pag. 112

es real o potencial e iniciar con las acciones necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.

En la identificación de los diagnósticos de enfermería en el paciente una de las ventajas que se observa al utilizar el modelo de Virginia Henderson es que permite la utilización de la taxonomía de diagnóstica de la North American Nursing Association (NANDA) para formular los problemas con mayor precisión, en el mayor de los casos ya que ocasionalmente los problemas emocionales o espirituales no son apegados a las situaciones reales, lo que conlleva a la realización propia del diagnóstico con ayuda de etiquetas diagnósticas ya establecidas. Lo que me hace resaltar la importancia del papel de enfermería en los aspectos emocionales del paciente que con frecuencia no se considera relevante como parte de los cuidados proporcionados.

Pese a ello los diagnósticos de la NANDA representan un instrumento de trabajo para enfermería desde tiempos memorables considerando su clasificación como patrones de respuesta humana que proporciona una estructura para la clasificación de los problemas. Esta taxonomía de los diagnósticos enfermeros formada por la NANDA esta formada de acuerdo a tres componentes esenciales: El diagnóstico real que describe respuestas humanas ante estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas. Para escribirlos, se aconseja un formato en tres partes, donde el problema se une a la causa o causas mediante la fórmula <relacionado con>, y esta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase <manifestado por>. El diagnóstico de riesgo donde se describe la respuesta humana a estado de salud que pueden desarrollarse en un individuo familia o comunidad vulnerables. Considerando los factores de riesgo como la causa del aumento de la vulnerabilidad. Y finalmente el diagnóstico de salud que hace referencia a las respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial para alcanzar un grado superior.

La tercera etapa del proceso de enfermería es la **planeación**, en esta se fijan los objetivos y se elabora el plan de cuidados. Una vez identificados o diagnosticados los problemas se estará en condiciones de sentarse a hablar con el paciente y elaborar un plan de acción tendente a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud. Este plan de actuación debe incluir los siguientes aspectos:

Establecer prioridades donde se consideren los problemas que se presentan en la persona, familia o comunidad que amenacen la vida, su relación social y su estado emocional o biológico que van desde los más simples hasta los más complejos. La actividad del enfermero es establecer objetivos para la resolución del problema y a base de eso realizar las actividades pertinentes para el cumplimiento satisfactorio de lo objetivos.

Una vez establecidas las actividades específicas para cada uno de los problemas detectados se procede a realizar su **ejecución** es decir el poner en práctica el plan de cuidados. Durante este proceso se continúa con la recopilación de la información acerca del paciente para determinar si han aparecido nuevos problemas, para lograrlo es necesario trabajar en equipo con otras personas que nos proporcionen la información que no se ha obtenido durante la valoración y así establece nuevas estrategias.

Para finalizar se debe realizar la **evaluación** del plan de atención para determinar si lo planeado, es decir los objetivos se cumplieron y se logra el mejoramiento del estado de salud y bienestar de la persona o es necesario replantearlos y establecer nuevas estrategias.¹²

4.4 Tecnologías del cuidado y sus tipos

El hombre necesita un instrumento con el que trabajar, no una maquinaria que trabaje por él. Necesita una tecnología que extraiga la mejor parte de la energía y de la imaginación personal y no una tecnología que le esclavice y le programe.

¹² Hernández Conesa J., Fundamentos de la Enfermería : teoría y método, pág. 127

La técnica corresponde únicamente a la forma de utilizar un instrumento, los cuales son los que movilizan los elementos y los hacen interactuar. Ningún profesional puede ejercer sin la utilización de instrumentos, éstos determinan la práctica profesional que orienta y que ayuda a identificar. Todo oficio recurre a instrumentos cuyas propiedades es indispensable conocer, así como la manera de emplear las técnicas.

Tecnología es un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación y la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella.

El estudio de las tecnologías utilizadas por los cuidados de enfermería es un campo que hay que explorar por completo. Al sustituir el rol técnico al rol moral, la técnica ha permitido el reconocimiento de una competencia efectiva en la enfermera y al mismo tiempo se ha vivido como culpable y en contradicción con la ideología de los cuidados de los enfermos. La tecnología no ha sido considerada realmente por la enfermería como un elemento fundamental del proceso de cuidar, que se interrelacione con los demás. A pesar de eso el cuerpo se ha considerado como el primer instrumento usado por una persona que prestaba cuidados y sigue siendo el instrumento principal de los cuidados de enfermería; y de donde se deslindan otras que han ayudado en la atención, en donde se destacan:¹³

Tecnologías para el mantenimiento de la vida que se conciben como instrumento que sirve para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana reduciendo un daño funcional y permitir la realización de la actividad, volviendo a dar una autonomía total o parcial a los enfermos o la familia. Su uso requiere por parte de los cuidados un estudio de los hábitos de vida. Estas tecnologías se relacionaban con las que compensan defectos funcionales. Estos instrumentos contribuyen a volver a dar una autonomía total o parcial a los enfermos, familiares, el personal cuidador.

Tecnología de curación, estas han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería ya que van desde los instrumentos más sencillos hasta las

¹³ Collier, Op.cit. pág. 260-269

maquinas más completas. Se basan en el modo de empleo de los instrumentos de curación, en el saber utilizar el aprendizaje de enfermería omitiendo con frecuencia el desarrollo de una reflexión sobre su utilización, donde se comprenda que todo instrumento de curación requiere de una justificación con respecto a la naturaleza del mal, deficiencia o daño funcional que hay que suplir..

Tecnología de información que se considera instrumentos o técnicas de recogida de análisis y consignación de la información, que en el proceso de prestar cuidados permiten la transmisión y coordinación de la información obtenida de la persona, familia o comunidad en estudio. Estos instrumentos están reunidos en dos tipos: los que constituyen las historias de enfermería que consiste en la recolección de las bases de un proyecto de cuidados establecidos a partir de un problema específico; y los que contribuyen a la gestión de servicio de enfermería, que son todos los elementos de coordinación de la información dirigidas a garantizar las diferentes actividades de los servicios.

4.5 Alteraciones Metabólicas de origen Hepático.

4.5.1 Anatomía y Fisiología del Hígado

El hígado es la glándula con mayor pesos en el cuerpo, cercano a 1.4 Kg. en un adulto de talla promedio. Se localiza en plano inferior al diafragma y ocupa gran parte del hipocondrio derecho y una porción del epigastrio, en la cavidad abdominopélvica.

El hígado esta cubierto por el peritoneo visceral y lo está de manera total por una capa de tejido conectivo denso e irregular situado en plano profundo al peritoneo. El ligamento falciforme del hígado lo divide en dos lóbulos principales: derecho (grande) e izquierdo (pequeño).

En el borde libre del ligamento falciforme, está el ligamento redondo del hígado, cordón fibroso que es un residuo de la vena umbilical fetal y se extiende del hígado al ombligo. Los ligamentos coronarios derecho e izquierdo son repliegues angostos del peritoneo parietal que suspenden el hígado del diafragma.

Características Histológicas

Los lóbulos del hígado de numerosas unidades funcionales llamadas lobulillos que consisten en células epiteliales especializadas, los hepatocitos, dispuestas en laminas ramificantes e irregulares conectadas unas con otras, alrededor de una vena central. El hígado posee grandes espacios epiteliales con revestimiento de endotelio, las sinusoides, por los cuales circula la sangre, además contienen fagocitos fijos, las células reticuloendoteliales estrelladas (de kupffer) que se encargan de la destrucción de leucocitos y eritrocitos viejos, bacterias y otros materiales extraños en la sangre venosa que proviene del tubo digestivo.

Vasculatura del Hígado

El hígado recibe sangre de dos fuentes: obtiene sangre oxigenada de la arteria hepática y recibe, de la vena porta hepática, sangre desoxigenada que contiene los nutrientes, fármacos y toxinas recién absorbidos por el tubo digestivo. Las ramas de ambos vasos entran en los sinusoides hepáticos, donde los hepatocitos captan el oxígeno, casi todos los nutrimentos y ciertas sustancias tóxicas. Los compuestos que producen los hepatocitos y los nutrientes necesarios para las células de cuerpo se secretan de nuevo en la sangre, que luego drena en la vena central y finalmente pasa a través del hígado como parte de la circulación porta hepática. Las ramas de la vena porta hepática, arteria hepática y vías biliares generalmente se acompañan en su distribución por el hígado. En forma conjunta, a esas tres estructuras se les ha denominado tríada porta.

Funciones y Composición de la Bilis

Cada día, los hepatocitos secretan 800 a 1 000 ml. de bilis, la cual es un líquido de color amarillo, parduzco o verde oliva. Su pH es de 7.6 a 8.6 compuesto por agua y ácidos biliares, sales biliares, colesterol, el fosfolípido lecitina, pigmentos biliares y diversos iones.

La bilis es una excreción y una secreción digestiva. Las sales biliares, que son sales de sodio y de potasio de los ácidos biliares participan en la emulsión, es decir, el desdoblamiento de grandes glóbulos de lípidos en una suspensión de microgotas de casi 1 μ m de diámetro, así como la absorción de los lípidos poseen una gran área de superficie. El principal pigmento biliar es la bilirrubina conjugada. La fagocitosis de los eritrocitos viejos libera hierro, globina y bilirrubina. El hierro y la globina se reciclan, mientras que una parte de la bilirrubina se transforma en conjugada, es decir, unida a moléculas de ácido glucurónico. Luego, la bilirrubina conjugada se secreta en la bilis y se desdobla en el intestino. Uno de los productos de su catabolismo, la estercobilina, confiere su color parduzco normal a las heces.

Regulación de la Secreción de Bilis

Luego de descomponer sus funciones como agente de emulsión, la mayoría de las sales biliares se absorben por transporte activo en la porción final del intestino delgado (íleon) y pasa a la sangre porta que fluye hacia el hígado. Aunque los hepatocitos liberan constantemente la bilis, incrementan la producción y secreción de ésta cuando la sangre porta contiene más ácidos biliares, es decir, aumenta la liberación de bilis mientras continúe la digestión y absorción en el intestino delgado. Tras la alimentación se producen diversos estímulos neuronales y hormonales que promueven la síntesis y liberación de bilis:

- Los impulsos parasimpáticos que se transmiten por las fibras del nervio vago pueden estimular en el hígado el aumento de la producción de bilis a más del doble del ritmo basal.

- La presencia de ácidos grasos y aminoácidos en el quimo que llegan al duodeno estimula la secreción de la hormona colecisticina (CCC) en la sangre. El quimo ácido que pasa al duodeno también estimula, en otras células enteroendocrinas, la secreción de la hormona secretina en la sangre.
- La CCC origina la contracción de la pared de la vesícula biliar, lo cual hace que la bilis almacenada pase al conducto cístico y de éste al colédoco. Además la CCC causa la relajación del esfínter de la ampolla de vater, lo cual permite el flujo de la bilis al duodeno.
- La secretina, que estimula la secreción de jugo pancreático con alto contenido de HCO_3 , también estimula la secreción de la misma sustancia en la bilis por los hepatocitos.

Funciones del Hígado

Además de secretar bilis, necesaria para la absorción de las grasas alimenticias, el hígado realiza muchas otras funciones: Metabolismo de los hidratos de carbono, Metabolismo de los lípidos, Metabolismo de las proteínas, Procesamiento de fármacos, hormonas y otras sustancias, Excreción de bilirrubina, síntesis de sales biliares, Almacenamiento, Fagocitosis y Activación de la vitamina D¹⁴

4.5.2 Hepatitis C

La hepatitis C es una enfermedad infectocontagiosa que afecta al hígado, producida por infección con el virus de la hepatitis c (VHC). La hepatitis hace que el hígado se inflame y deje de funcionar bien.

Toda persona necesita que su hígado esté sano. Este órgano desempeña muchas funciones para mantenerlo vivo. El hígado combate las infecciones y detiene las hemorragias. Elimina medicamentos, drogas y otras sustancias tóxicas del torrente sanguíneo. También almacena energía que puede usarse en caso necesario.

Formas de Transmisión

¹⁴ Tortora Grabowski, Anatomía y Fisiología, Pág. 850-853

La Hepatitis C se propaga por medio del contacto de sangre sin infectar con sangre de una persona infectada (transmisión por vía parenteral): al recibir prácticas médicas con mala esterilización (odontólogo, podólogo, etc.); pincharse con una aguja contaminada con sangre infectada (trabajadores de la salud pueden contraer la hepatitis c de esta forma); compartir agujas para inyectarse drogas; inhalar drogas por aspiración compartiendo el instrumento con que se aspira; ser nacido de una madre que tiene la hepatitis c y mediante relaciones sexuales

Síntomas de la Hepatitis C

La mayoría de las personas no presentan ningún síntoma. Sin embargo, algunas pueden sentirse como si tuvieran “estado gripal”. Algunos síntomas son náuseas, cansancio, fiebre, diarrea, pérdida del apetito, prurito, picor o picazón en todo el cuerpo, ictericia, sensación de dolor de en la zona hepática, oscurecimiento de la orina y excrementos de color claro.

Pruebas Diagnosticas

En caso de duda (por ejemplo, si los marcadores hepáticos hacen sospechar una infección por VHC) se lleva a cabo una prueba para determinar la presencia de anticuerpos contra el virus. Sin embargo, la presencia de anticuerpos no es determinante de la enfermedad, sino que sólo indica que se ha estado en contacto con el virus, por lo que en caso de no haber alteración de las enzimas hepáticas, se lleva a cabo la determinación de ARN del virus.

Tratamiento

El tratamiento farmacológico más eficaz se basa en la asociación de interferón pegilado administrado por vía subcutánea, con otro fármaco antiviral llamado ribavirin por vía oral. Los efectos secundarios del interferón son numerosos, la mayoría incluidos en lo que se llama síndrome gripal.

Al cabo de los meses provoca pérdida de masa muscular. Todos estos síntomas revierten al finalizar el tratamiento. El más temible efecto secundario de la ribavirina es que produce modificaciones que afectan a la reproducción; los hijos de un paciente recientemente tratado con ribavirina pueden nacer con deformidades físicas (efecto teratológico). Por esta razón los médicos aconsejan no engendrar hasta 6 meses después de finalizado el tratamiento.

La hepatitis c puede evolucionar en cirrosis o incluso en un tipo específico de cáncer de hígado. En este caso, la alternativa del trasplante de hígado es poco eficaz y alarga la supervivencia pocos años, pero no cura la hepatitis c.¹⁵

4.5.2.1 Falla Hepática

Es la presencia de enfermedad hepática de rápido avance que se vincula con coagulopatía (tiempos de protrombina TP o niveles de factor V <50% del valor normal). La Falla Hepática (FH) es secundaria a hepatitis viral. La FH Fulminante es un síndrome caracterizado por rápida alteración de la función hepática que produce ictericia, seguida de EH que se presenta dentro de las 8 semanas del inicio de la enfermedad.

La tríada clínica clásica de FH incluye ictericia, EH y cuagulopatía. Cuando la FH es grave puede acompañarse de falla multiorgánica particularmente de alteraciones cardiovasculares, renales y metabólicas e infecciones. La FH frecuentemente se inicia con síntomas inespecíficos como ataque al estado general o náusea, que preceden la ictericia y alteración del estado mental.

Los estudios de laboratorio que sugieren FH incluyen elevación importante de las aminotransferasas, hiperbilirrubinemia, prolongación del TP; y cuando la FH es grave puede presentarse acidosis metabólica e hipoglucemia. Otras alteraciones son la hiponatremia y alcalosis respiratoria, ante todo en etapas tempranas.

¹⁵ H. Beers Mark, El Manual Merck, pág. 772

Tratamiento

El paso mas importante en el manejo es el estimar si la enfermedad es reversible o irreversible. Algunas medidas específicas de atención son el lavado gástrico y mediciones en sangrado de algunas toxinas y fármacos.

Manejo de la coagulación. La administración de plasma fresco congelado está indicada en pacientes con hemorragia o que se les realice algún procedimiento invasivo. En caso de presentarse evidencia de hemorragia y plaquetas <100 000/ml, deben administrarse concentrados plaquetarios.

Manejo de la insuficiencia renal. Suele ser oligurica o funcional, también puede presentarse necrosis tubular aguda. La hipovolemia y la hipotensión deben corregirse con expansores de volumen como la albúmina.

Manejo de las alteraciones cardiovasculares. La FH se caracteriza por un gasto cardiaco aumentado y resistencia vascular sistémica bajas. La hipotensión puede exacerbar la FH por baja perusino. Deben administrarse soluciones IV para una reposición de volumen apropiada.

Manejo de la hipoglucemia. Esta es una complicación frecuente que requiere de monitorización de los niveles de glucosa cada 4 h y administración de solución glucosada 10% en infusión continua.

Manejo de las infecciones. Este tipo de paciente tiene un riesgo mayor para adquirir infecciones bacterianas o micóticas. La bacteriemia es un problema frecuente debido a que aquellos están comatosos y tiene múltiples accesos invasivos. Los principales microorganismos son los estreptococos grampositivos, staphylococcus aureus y los bacilos gramnegativos.¹⁶

¹⁶ Ibid. pág 770

4.5.3 Encefalopatía Hepática

La encefalopatía hepática (EH) es la alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central debido a insuficiencia hepática, con manifestaciones neuropsiquiátricas, se presenta en la insuficiencia hepática aguda o crónica y son potencialmente reversibles.

La insuficiencia hepática fulminante (IHF) es la asociada de EH aguda y daño hepático de menos de ocho semanas de evolución o dos semanas si se considera el inicio de la ictericia como indicador de daño hepático. La forma más común de EH es la que se presenta en pacientes con cirrosis hepática. Por lo general, es desencadenada por situaciones amonio génicas como ingestión excesiva de proteínas y hemorragias gastrointestinales, por el uso de sedantes y diuréticos o infecciones.

Factores desencadenantes de EH: hemorragia gastrointestinal, infección, transgresión de la dieta (exceso de proteínas), falta de apego al tratamiento (lactulosa o neomicina), estreñimiento, trastornos hidroeléctricos, hipoxemia, insuficiencia renal, uso de sedantes y cortocircuito portosistémico.

Fisiopatología

La acumulación de sustancias neurotóxicas por el encéfalo, como amonio y manganeso es consecuencia de la disminución en la función hepática y éstas alcanzan la circulación sistémica por la formación de cortocircuitos portosistémicos. El amonio porta deriva de la actividad de la ureasa de las bacterias del colon y de la diseminación de glutamina en el intestino delgado. Este se absorbe por difusión pasiva y normalmente es sometido a extracción de primer paso en el hígado.

Los pacientes con CH presentan formación de cortocircuitos portosistémicos y una síntesis hepática de urea disminuida que produce una mayor concentración de amonio, además de ser hipersensibles a condiciones amoniogénicas, como la hemorragia gastrointestinal o la ingestión excesiva de proteínas.

El amonio, en concentración alta en sangre, puede afectar de manera adversa el funcionamiento del sistema nervioso central por mecanismos diversos, esto incluye un efecto directo del ion amonio (NH_4^+) en la neurotransmisión inhibitoria y excitatoria, así como la inhibición del ciclo enzimático de la cetoglutarato deshidrogenasa con alteración en el metabolismo de energía del encéfalo. Otros efectos del amonio en la función cerebral son aumento de la producción de óxido nítrico y la inhibición de la capacidad de los astrositos para acumular glutamato, un neurotransmisor excitatorio. En la IHF la concentración arterial alta de amonio ($>200\text{mg}/100\text{ml}$) conlleva un mayor riesgo de herniación cerebral. El manganeso es neurotóxico, afecta la integridad neuronal y de los astrositos (el manganeso altera la expresión de proteínas e induce cambios de enfermedad de Alzheimer de tipo II). El manganeso puede depositar en los ganglios basales e inducir los síntomas extrapiramidales. En pacientes con cirrosis se ha demostrado una mayor expresión de genes que codifican proteínas relacionadas con la neurotransmisión, como monoaminoxidasa isoforma-A, receptor de benzodiazepinas e isoforma *n* de la sintetasa de óxido nítrico. La actividad de estos sistemas puede modificar la perfusión cerebral y alterar la función de sistemas de neurotransmisores.

La EH en pacientes con cirrosis se caracteriza por alteraciones en la morfología y función de los astrositos. El astrosito es la única célula en el encéfalo que posee la maquinaria metabólica necesaria para la eliminación del amonio.

Cuadro Clínico

Los pacientes EH evolucionan de manera insidiosa. Al principio; ocurren cambios en la personalidad y el patrón de sueño se altera, seguido de disminución en la atención y la falta de coordinación muscular incluyendo asterixis y eventualmente progresa a letargo, estupor y coma. Los signos motores incluyen rigidez y ataxia.

La EH puede ser subclínica. Los pacientes pueden manifestar déficit en habilidades cognoscitivas y motoras, reconocidos mediante pruebas psicométricas o neuropsicológicas. La prevalencia de EH subclínica en pacientes cirróticos es de hasta 84%

Clasificación Clínica de EH con los criterios de West Heaven

Estadio	Cuadro Clínico
0	Sin cambios detectables en la personalidad o comportamiento. Sin asterixis
1	Hipersomnio, insomnio o inversión del ciclo sueño-vigilia. Euforia o depresión. Disminución en la atención. Asterixis mínima y dificultad para actividades manuales finas.
2	Letargo o apatía. Desorientación. Comportamiento inapropiado. Disartría. asterixis franca. Ataxia.
3	Desorientación acentuada y comportamiento extravagante. Estupor. Asterixis por lo general ausente. Hiperreflexia, rigidez, reflejos anormales (atávicos y de Babinski)
4	Coma

Escala de Coma Glasgow

Respuesta Ocular	Espontánea	4	Se define como EH grave una puntuación menor de 12, obtenida de la evolución del nivel de conciencia con la escala de Glasgow.0
	Con estímulo verbal	3	
	Con dolor	2	
	Nula	1	
Respuesta Motora	Obedece	6	
	Localiza	5	
	Flexiona	4	
	Postura de flexión anormal	3	
	Posición de extensión	2	
	Nula	1	
Respuesta Verbal	Orientado	5	
	Confuso	4	
	Palabras incoherentes	3	
	Sonidos incomprensibles	2	
	Nula	1	

Diagnostico

Los elementos clínicos necesarios para el diagnostico son insuficiencia hepática aguda o crónica, un factor desencadenante conocido o el antecedente de EH. La medición de amonio en sangre puede resultar útil en la evolución inicial cuando existe duda acerca de la presencia de enfermedad hepática; sin embargo, un valor anormal de amonio no excluye el diagnostico y no hay correlación entre la concentración de amonio en sangre y la gravedad de la EH. No se recomienda la medición de amonio sérico para el seguimiento, ya que no sustituye a la información que se obtiene de la evolución clínica. Las alteraciones en el electroencefalograma no son específicas. En pacientes cirróticos el dato más congruente en la resonancia magnética de encéfalo es la hiperintensidad de señal en la secuencia T1 en el globo pálido, de manera bilateral, lo que puede ser resultado del depósito de manganeso. Esa alteración es útil para apoyar el diagnostico.

Tratamiento

1. Medidas de apoyo para prevenir lesiones físicas y caídas. En estadios avanzados debe considerarse la intubación traqueal profiláctica para prevenir broncoaspiración. Se debe interrumpir la VO por 24 a 48 h y administrar solución glucosada al 5% hasta que mejore el estado de alerta. Si el paciente es incapaz de deglutir se debe administrar nutrición enteral (sonda nasointestinal)
2. Identificar el factor desencadenante.
3. Alimentación: se debe evitar la restricción prolongada de proteínas y administrar el máximo tolerado en la alimentación, es decir 1.2g/kg/día (intervalo: 1 a 1.5g/kg/d). No debe prolongarse la restricción de proteínas porque esto contribuye a la desnutrición y agrava el pronóstico. Además un balance nitrogenado positivo tiene un efecto positivo sobre la EH debido a que incrementa la capacidad del músculo para detoxicar el amonio. La

ingestión de proteínas se debe iniciar a 0.5g/kg/día con incremento progresivo hasta 1-1.5g/kg/d. Las fuentes de proteína vegetal y de derivados de la leche se prefieren a las de la carne.

4. Tratamiento específico: es de dos tipos reducir el efecto del amonio con acciones dirigidas al intestino y músculo o medidas dirigidas al sistema nervioso central mediante el uso de fármacos que modulan la excitabilidad neuronal.

a) Estrategias para reducir el amonio: reducción en la absorción de sustancias nitrogenadas producidas por la acción de las bacterias en el colon, mediante disminución en la producción y aumento en la excreción fecal de amonio. La limpieza del colon reduce el contenido luminal de amonio y disminuye la concentración de amonio en sangre en pacientes cirróticos. Se puede utilizar soluciones laxantes o enemas evacuantes con disacáridos no absorbibles. Los disacáridos que no son escindidos por las disacaridasas lumbinales y que por tanto llegan al colon, como la lactulosa, se utiliza para disminuir la producción intestinal de amonio. Su mecanismo de acción implica el aumento en la excreción fecal de nitrógeno por su efecto catártico y debido a que facilita la incorporación del amonio a las bacterias. La lactulosa administrada vía oral alcanza el ciego donde es metabolizada por las bacterias a ácidos acético y láctico con la consecuente disminución del pH, esta acidificación del colon induce el efecto catártico de la lactulosa. La vía de administración es la oral o por sonda nasogástrica con una dosis inicial de 45 ml, seguida de la administración horaria hasta lograr evacuaciones. Después la dosis debe ajustarse con el objetivo de lograr dos o tres evacuaciones al día (10-45ml cada 8-12h). La vía de administración es oral o en enemas en dosis de 100g/día, divididos en 2 o 3 tomas por vía oral y por enema lactosa a 20% cada 8h que se prepara mezclando 200g en 1L de agua. Esta estrategia se complementa con el uso de antibiótico: neomicina (3-6g/día vía oral por 1 a 2 semanas) y metronidazol (250mg cada 12h vía oral).

b) Las estrategias alternativas para disminuir la concentración sanguínea de amonio son estimular la actividad residual del ciclo de la urea y la síntesis de glutamina. La L-ornitina L-aspartato es un sustrato para el ciclo de la urea (ornitina) así como para la síntesis de glutamina. Esta disponible para administración oral o intravenosa. El benzoato resulta eficaz en la reducción de la concentración sanguínea de amonio en pacientes con defectos heredados del ciclo de la urea y en pacientes cirróticos; sin embargo, su uso es limitado, por su alta concentración de sodio.¹⁷

4.5.4 Hipertensión Portal

Es el incremento de la presión del árbol portal por encima de 10 mm/hg. La presión portal está establecida entre dos parámetros: el flujo venoso portal y la resistencia al flujo en el interior del hígado. El flujo venoso portal está determinado y regulado por la sangre proveniente del área esplénica y toda resistencia a ese flujo en un sector o en la totalidad del árbol portal se considera como hipertensión portal parcial o total respectivamente.

Cuando la gradiente entre la presión de la vena cava y el árbol portal es mayor de 5 mm/hg se considera patológica (gradiente porto-cava [p-c] patológica).

La enfermedad hepática es la causa principal de la hiper-tensión portal (95%) y es usual encontrar en la biopsia hepática: fibrosis hepática, con compresión de las vénulas porta; compresión del parénquima sano y del árbol portal por nódulos de regeneración; aumento del flujo sanguíneo arterial; infiltración grasa; obstrucción vascular intrahepática tipos de obstáculo de la hipertensión portal: prehepático, intrahepático y posthepático.

¹⁷ INNSZ, Terapia Medica, Pág.185

Etiología

Prehepáticas: compresión mecánica del hilio hepático: ganglios, metástasis; incremento de flujo: fístula arteriovenosa o trombosis de la porta.

Hepáticas: Degenerativa (cirrosis), inflamatoria (hepatitis), parasitarias (schistosomiasis) y tumorales (hepatocarcinoma)

Posthepáticas: enfermedad de budd-chiari.

Clínica

- En el enfermo se encontrarán todos los signos semiológicos de la hipertensión portal:
- El hábito constitucional del enfermo es especial por la obesidad centrípeta (cuerpo grueso y extremidades adelgazadas).
- Hepatomegalia, esplenomegalia y ascitis.
- Circulación colateral del abdomen y telangiectasis o nevus arácnidos.
- Piel fina adelgazada y palmas hepáticas.
- Sangrado por várices esofágicas: produce hematemesis, que puede ser masiva y este sangrado producirá melena y
- Encefalopatía hepática, se produce por la circulación de amonio en sangre, cuerpos cetónicos y sustancias que actúan como falsos neurotransmisores.

Laboratorio

Hemoglobina: puede estar baja por sangrado.

Proteínas bajas a predominio de albúmina con inversión de la relación albúmina/globulina.

Incremento no mayor de 500 de las transaminasas.

Incremento de fosfatasas alcalinas y gammaglutamiltrans-peptidasa.

Bilirrubinas: incremento leve.

Incremento del amoniaco en sangre arterial.

Alteración de los factores de coagulación.¹⁸

¹⁸ H. Beers, Op. cit., pág. 789

Clasificación de la cirrosis

Clasificación de Child

	clase a	clase b	clase c
bilirrubina	< 35 $\mu\text{mol / l}$	35-50	> 50
albúmina	> 35 g / l	30-35	< 30
ascitis	ausente	controlable	incontrolable
encefalopatía	ausente	mínima	coma
estado nutricional	excelente	bueno	malo

Clasificación de Pugh

	1 punto	2 puntos	3 puntos
encefalopatía	ausente	confusión	coma
ascitis	ausente	moderada	importante
bilirrubina	< 35 $\mu\text{mol / l}$	35 – 50	> 50
albúmina	> 35 g / l	28 – 35	< 28
protrombina	> 50 %	40 – 50%	< 40%

Nota:

clase a 5-6 puntos

clase b 7-9 puntos

clase c 10-15 puntos

4.5.5 Várices Esofágicas Sangrantes

Son una afección resultante de la dilatación de las venas en las paredes de la parte inferior del esófago y, en algunos casos, la parte superior del estómago.

Causas, incidencia y factores de riesgo

Las várices sangrantes son una complicación potencialmente mortal de hipertensión portal (aumento de la presión sanguínea en la vena porta causada por enfermedad hepática). La vena porta lleva sangre desde el intestino al hígado. El

aumento de presión hace que las venas se inflen hacia afuera y los vasos pueden romperse, causando vómitos de sangre y heces melenicas y pegajosas o con presencia de sangre. Si se pierde gran cantidad de sangre, aparecen signos de *shock*. Cualquier causa de la enfermedad hepática crónica puede ocasionar las várices sangrantes.

Los síntomas son vomito con sangre, heces negras y pegajosas, heces sanguinolentas, disminución del gasto urinario y síntomas de enfermedad hepática crónica.

Examen físico:

- Signos de enfermedad hepática crónica o cirrosis
- Presión sanguínea baja
- Frecuencia cardíaca rápida
- Heces negras y sanguinolentas en el examen del recto

Los exámenes para determinar de dónde procede el sangrado y detectar el sangrado activo incluyen la inserción de un tubo a través de la nariz hasta el estómago para buscar signos de sangrado. Este tubo se conoce como sonda nasogástrica o "NG". Los exámenes para visualizar las várices incluyen una EGD (esofagogastroduodenoscopia).

Tratamiento

El objetivo de la terapia es detener la hemorragia aguda lo antes posible y tratar las várices persistentes por medio de terapias y procedimientos médicos. La hemorragia se debe controlar rápidamente para prevenir un *shock* y la muerte. Si se presenta un sangrado profuso, el paciente puede ser colocado en un respirador para proteger las vías respiratorias y evitar la broncoaspiración de sangre.

En la terapia endoscópica, se utiliza un endoscopio. El médico inyecta directamente las várices con un agente coagulante o puede colocar una banda elástica alrededor

de la vena sangrante. Este procedimiento se utiliza en episodios agudos de sangrado y como medida profiláctica (preventiva).

En el procedimiento conocido como derivación portosistémica transyugular intrahepática se inserta un catéter a través de una vena en el hígado donde éste conecta los vasos sanguíneos portales a las venas regulares en el cuerpo, y disminuye la presión en el sistema venoso portal.

La octreotida y la vasopresina son medicamentos que se pueden utilizar para disminuir el flujo sanguíneo portal y reducir la hemorragia.

La cirugía de emergencia se puede usar (rara vez) para tratar pacientes cuando no se tiene éxito con otras terapias. Otras dos opciones de tratamiento son la derivación portocava o la extirpación quirúrgica de parte del esófago, pero estos procedimientos tienen una alta tasa de mortalidad.

Complicaciones

Se puede presentar recurrencia de la hemorragia después del tratamiento, shock hipovolémico, estenosis esofágica después de la cirugía o terapia endoscópica, encefalopatía que empeora (confusión), infección (neumonía, infección del torrente sanguíneo, peritonitis) y episodios importantes de vómito con sangre o de heces pegajosas y negras (melena). El sangrado se puede prevenir con el tratamiento de las varices con medicamentos o ligaduras endoscópica con bandas elásticas.¹⁹

Una vez entendida y comprendida la importancia que es para enfermería conocer cual es su objeto de estudio y el adaptar un modelo enfermero como el de Virginia Henderson se podrá dirigir la atención oportuna de acuerdo a la necesidad de la persona, grupo o comunidad, utilizando el proceso atención de enfermería e incorporando el conocimiento teórico y practico, como se muestra en el siguiente capitulo donde se aplica el proceso de enfermería a la paciente con alteración neurológica.

¹⁹ Ibid., pág 774

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

5.1 Valoración de Enfermería

Valoración Subjetiva

Nombre: D.F.G. Edad: 52 Género: Femenina
Edo. Civil: Casada Religión: Católica Escolaridad: Primaria
Ocupación: Hogar
Dx Medico: Encefalopatía Hepática grado III por VHC + Sangrado de Tuvo Digestivo Alto + Ascitis Progresiva + Hipertensión Portal.
Registro: 216324 Servicio: Urgencias (pisito). No. Cama: 8
Fecha de ingreso: 16/01/08

AHF. Abuelos maternos y paternos fallecidos (se desconoce causa). Padres originarios de Oaxaca, finados; su madre fallece a los 35 por complicaciones postoperatorias de hernio plastia no especificada y su padre falleció a los 45 años por accidente automovilístico. Hermanos (tres hombres y una mujer) aparentemente sanos. Hijos 5 (1 padece diabetes mellitus tipo 2, el resto aparentemente sanos).

APNP. Paciente originaria de Oaxaca Tlalpancingo, donde actualmente radica con su esposo en casa propia construida a base de adobe, techo de lamina de cartón sin contar con servicios intra y extra domiciliarios: el agua la obtiene acarreándola de casas cercanas, luz a través de velas y el drenaje: utilizan fosa séptica para la eliminación de desechos; sin datos de hacinamiento y promiscuidad, zoonosis positiva: perros y gato, sus hábitos alimentarios escasos en calidad y cantidad regularmente a base de frijol, huevo y tortilla, con abundante grasa, con menor frecuencia consume carne (1/7), verdura (3/7), frutas (1/7); hábitos higiénicos inadecuados con cambio de ropa interior y exterior cada tres días al igual que baño, el cual lo realiza a jicarazos; lavado de dientes ocasionalmente. Actividad física negada.

Tabaquismo y toxicomanías interrogadas y negadas. Alcoholismo positivo, refiere que comienza a ingerirlo desde los 12 años al observar a su padre quien le ofrece a tomar con un vaso de cerveza el cual fue aumentando hasta llegar ocasionalmente a la embriaguez. Durante su tiempo libre convive con sus vecinos y familiares sin ningún problema.

APP: Esquema de vacunación completo, enfermedades propias de la infancia, sarampión a los 9 años, y varicela a los 3 años sin complicaciones. Aproximadamente hace dos meses se le aplica dosis completa de Tb sin complicación, se le realiza intervención quirúrgica Colecistectomía hace 28 años por colecistitis crónica, refiere episodios de hepatitis hospitalaria a los 25 años aproximadamente sin complicaciones. Traumáticos negados. Antecedentes alérgicos negados, transfusionales positivos, fímicos interrogados y negados.

AGO: Menarca a los 12 años con ciclo menstrual regular de 30/4 eumenoreica, telarca y pubarca a los 12 años, FUM: 40 años sin haber utilizado MPF o método sustitutivo, G6, P4, A1, C1. Fecha de ultimo parto 33 años IVSA: 13 años, NPS: 1 aparentemente sano. Inicio de Menopausia hace 2 años sin presentar síntomas o molestias. Citología cervical y mastografía negadas refieren que nunca se ha realizado los estudios.

PA. Inicio hace 8 años al presentar pérdida de peso no cuantificado, seguido de edema de miembros pélvicos y sensación de distensión abdominal (con aumento de tamaño) por lo cual acude a clínica de medicina alternativa donde fue atendida por dos meses sin mejoría alguna. Permaneció así durante un año sin tratamiento y con el mismo cuadro clínico hasta que en noviembre del 2006 acude a este instituto para ser valorada y atendida. Donde determinan la presencia de una varice esofágica que se encuentra sangrando por lo que le realizan endoscopia, para la ligación de la misma, obteniendo buenos resultados y quedando estable, dándola de alta con el debido tratamiento. Hasta que el 26 de diciembre del pasado año ingresa al servicio de urgencias a las 16:00 horas donde la valoran y

se diagnostica con sangrado de tubo digestivo bajo que se manifiesta por hematemesis en múltiples ocasiones, así como encefalopatía hepática grado III, en la exploración se detecta ascitis leve, se realiza guayaco dando positivo, se canaliza una vía periférica para iniciar hidratación con salina 1000cc para 24 hrs., es llevada de urgencias a endoscopia donde se descubre varices esofágicas con sangrado activo con ligadura de 5 de ellas, regresando al área de camillas donde se queda para tratamiento de encefalopatía hepática a base de infusión de 8 amp. de L-Ortina L-aspartato (hepamerz) en 250 cc. de salina para 6 horas y la realización de enemas con lactosa cada 8 horas. El día 28 de diciembre presenta un nuevo episodio de melena y hematemesis por lo que se traslada a endoscopia nuevamente por presentar STDA y B y Tx con ligadura, así como hemoclips debido a una hemorragia. El segundo episodio (ya con ligadura de 5 paquetes varicoses) ocurre a las 13:00 hrs con presencia de melena (300cc) y hematemesis en tres ocasiones (=500cc total). Debido a que presenta compromiso de la vía aérea se toma la decisión de intubarla para evitar una mayor complicación por el abundante sangrado previo a la panendoscopia y la alteración neurológica, siguiendo el protocolo de la institución para la intubación, por lo que al término de la intervención es llevada a piso en urgencias, bajo efectos de sedación y analgesia en infusión (Midazolam: 150 en 150 de sol. salina y Citrato de Fentanil: 10 ml en 100cc de sol. salina) y con apoyo ventilatorio mecánico en modo asistido, PEEP 5, PS: 12, FR: 16 y FiO2: 50% con cánula endotraqueal No 8cm, fijo en 20 y aire de 8.

Se inicia los cuidados donde continua con el tratamiento para encefalopatía con los enemas de lactosa cada 6 hrs. y apoyo con hemoderivados transfundiéndole concentrado eritrocitario O+ sin presentar reacción negativa a ellos, Debido a que su estado continuo siendo grave y con muy mal pronóstico solo se continua con los cuidados específicos para satisfacer sus necesidades y disminuir el sufrimiento de la paciente. Al interrogar al familiar refiere que se ha sentido angustiado por el miedo a perder a su esposa ya que los médicos le han informado que el estado de salud de su esposa no es favorable, por lo que el señor se prepara para afrontar la pérdida.

Valoración Objetiva

Exploración Física

Paciente femenina con edad aparente a la real, con pérdida de estado de conciencia y depresión respiratoria, fasia agónicas, diaforesis, de constitución robusta, estado nutricional excesivo para su peso y talla, con movimientos no coordinados por lo que impide que coopere con el personal y el familiar, al momento del contacto. Su vestimenta consta de una bata que pertenece al hospital. Pertenece a clase media.

Signo vitales: T/A = 140/90 Fc. = 58 Fr. = 16 Temp. 38°C
Somatometría: Peso: 60kg. Estatura: 1.53m SCT= 1.59 IMC= 25.69
Med. Especial: Destroxix: 187mg/d Per. Abdominal: 129 cm.

Piel: Coloración ictericia de piel y esclerótica, deshidratada, con hipotermia, áspera, firme, poca turgencia por edema deprecible de + 1, con verrugas en región de cuello y velloso escasa, delgada que cubre brazos y piernas.. Pérdida de la continuidad de la piel, por úlcera por presión (UPP) EII en cóccix con tejido de granulación y desvitalizado escaso exudado, maceración de piel sana y upp EI en talón derecho con eritema localizado.

Cabeza: Normocefálica con adecuados movimientos, sin exostosis y hundimientos, cabello negro, largo, grueso, áspero con alopecia, presenta pulso temporal regular.

Cara: Simétrica, agnata, fasia agónica, pigmentación ictericia, con ligero edema, movimientos disminuidos, con reaccionan solo a estímulos dolorosos, no presenta dolor a la palpación, con pulso preauricular presente.

Ojos: Con adecuada implantación de pelo en pestaña; cejas alineadas, simétricas, abundante pelo grueso; sin edema en párpados y lagrimales. Movimientos oculares no valorables debido sedación, con apertura ocular solo con estímulos dolorosos. Pupilas isocóricas, normoreflexicas con poca respuesta a la luz, conjuntiva ictérica, con presencia de secreción amarillenta en lagrimales.

Nariz: Con adecuada ubicación en línea media-anterior de la cara, platirrino, con narinas permeables y deshidratadas con presencia de abundantes secreciones, mucosa pálida, tabique alineado, sin deformidad en huesecillos y septum a la palpación.

Oídos: Con adecuada implantación de pabellón auricular, buena coloración, abundante cerumen, presenta una disminución de la capacidad auditiva.

Boca: Cavidad oral deshidratada, palidez de mucosa, con presencia de tubo endotraqueal que causa abundante sialorrea. Lengua: en línea media, rugosa, sin lesiones, movilidad no valorable, pálida, deshidratada y presencia de placa blanquecina. Dientes: desalineados con presencia de sarro, ausencia de dientes caninos y caries en premolares, coloración amarillenta, encías pálidas con gingivitis, halitosis y placa bacteriana en dientes, encías y paladar. Labios deshidratados con lesiones ulcerativas por tubo endotraqueal. Reflejo nauseoso presente.

Cuello: Corto, cilíndrico sin edema, movimiento de flexión, extensión y rotación adecuados y sin dolor; con presencia de venas yugulares y arteria carótida, con pulsos presentes, homocronos y sincrónicos, tráquea central, no se palpan masas, hay numerosas adenopatías bilaterales (móviles no dolorosas), tiroides palpable de tamaño normal. Con presencia de catéter doble lumen en yugular derecho, sin datos de infección.

Tórax: Respiración toraco-abdominal normilíneo con movimientos de amplexión y amplexación presentes y disminuidos. Campos pulmonares con hipoventilación bilateral con abundantes estertores subcrepitales. Caja torácica en tonel y con tiros intercostales. Ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad. Mamas simétricas con escaso tejido adiposo, pezones protruidos donde no se palpan masas, sin cicatrices.

Abdomen: Globoso, con escaso panículo adiposo, se observa distensión deprecible, doloroso a la palpación, con datos de ascitis al presentar signo de onda así como hipertimpanismo a la percusión, peristalsis presente disminuida, con cicatriz correspondiente a colecistectomía laparoscopica y media infra umbilical correspondiente a cesárea previa. No se palpan viceromegalias.

Extremidades. Presenta edema +1 en extremidades, se observa presencia de hematomas por constante toma de muestras, al igual que perdida de liquido tisular, fuerza muscular y tono muscular disminuidos. Con palidez de tegumentos, falanges completas sin deformidad, llenado capilar de 4seg, uñas sucias con onicomycosis, gruesas, largas, quebradizas, pulsos periféricos presentes pero débiles en las cuatro extremidades, sensibilidad y temperatura disminuida. Presenta hiperqueratosis en planta de pie derecho.

Genitales: Adecuados a sexo y edad, con buena implantación de bello púbico, con presencia de sonda vesical no 16, sin fuga, labios mayores y menores con edema, palidez y presencia de secreción blanquecina. Periné y ano bien formado con resto de evacuación melenica, se observa eritema debido a múltiples evacuaciones diarreicas.

Valoración de Necesidades (Grado de Dependencia)

1. Necesidad De Respiración. (Parcialmente Dependiente)

Esta necesidad se afectada debido a que presenta compromiso de la vía respiratoria que obliga a la utilización de ventilación mecánica por tubo endotraqueal debido al sangrado interno que presenta, lo que conlleva a dificultad respiratoria causada por la presencia de abundantes secreciones amarillentas espesas en campos pulmonares, que impiden el adecuado paso del oxígeno para la realización del intercambio gaseoso, pero debido a efectos de sedación es imposible que ella las expectore, esto se manifiesta por la presencia estertores y broncoespasmo. No fuma ni convive con fumador. Su frecuencia cardíaca es variable, arrítmica y no presenta soplos.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación. (Dependiente)

Su dieta es ineficaz en calidad y cantidad con relación a su peso-talla, a causa de su padecimiento la paciente se encuentra en ayuno, recibiendo hidratación a través de soluciones parenterales, por lo que se mantiene una vigilancia estrecha de su glicemia capilar para valorar que apoyo nutricional es necesario para mantener un adecuado balance nutricional y así evitar una descompensación orgánica.

3. Necesidad de Eliminación. (Parcialmente Dependiente)

Presenta evacuaciones melénicas abundantes, que han originado la presencia de eritema en genitales. Debidos a al proceso patológico se le realizan enemas con lactosa cada 8 hrs. Requiere un control estricto de diuresis por lo que se mantiene una sonda vesical, por la cual se observa coluria y disminución del volumen urinario. Se observa distensión abdominal, con dolor a la palpación por ascitis.

4. Necesidad de Termorregulación. (Dependiente)

Presenta dificultad para mantener su temperatura debido a que no hay una inadecuada irrigación venosa ocasionando hipotermia, por lo que requiere de apoyo externo por medio de bomba de calor, frazadas y lámparas de calor. Refieren que la paciente no se adapta bien a los cambios de temperatura, principalmente al frío.

5. Descanso y Sueño. (Parcialmente Dependiente)

Se encuentra bajo efectos de sedación por lo que no permite realizarle una valoración de esta necesidad, su esposo refiere que ella dormía y descansaba adecuadamente antes de presentar la patología actual.

6. Higiene y Protección de la Piel: (Dependiente)

Requiere ayuda para todas sus actividades higiénicas. Se le realiza baño de esponja diario con cambio de ropa, así como de sabanas. Se le realiza aseo bucal. Presenta deterioro de la integridad cutánea a causa del reposo prolongado ocasionando: ulcera por presión (UPP) EII en cóccix con tejido de granulación y desvitalizado escaso exudado, maceración de piel sana y upp EI en talón con eritema localizado, asistiéndola con cambios constantes de posición. Se observa pigmentación icterica en piel, mucosa y escleróticas.

7. Necesidad de Movimiento. (Dependiente)

No realiza actividad física, su sobrepeso el cambio de posición (cada 2 horas), y a causa de su sedación requiere de ejercicios con movimientos pasivos ya que comienza a tener rigidez articular.

8. Necesidad de Vestirse y Desvestirse. (Dependiente)

Requiere de ayuda para vestirse, debido a la debilidad que presenta en extremidades por efectos de sedación, no puede elegir su ropa, ya que debe usar la bata que le proporciona el hospital.

9. Necesidad de Evitar Peligros. (Dependiente)

Actualmente la paciente presenta alteración en el comportamiento, al observarse intranquila a pesar de la sedación. Se le realizan constantemente técnicas invasivas por lo que puede predisponer a infecciones.

10. Necesidad de Comunicación. (Dependiente)

Debido a que la paciente se encuentra bajo efectos de sedación y por la presencia del tubo endotraqueal, lo que impide comunicarse y expresar molestias a sus familiares.

11. Aprendizaje: (Dependiente)

Escolaridad primaria, No presento ningún problema de aprendizaje, sabe leer y escribir; su esposo refiere que ella siempre quiso continuar estudiando, pero por cuestiones económicas ya no fue posible. En su comunidad se cuenta con diversas fuentes de apoyo para el aprendizaje, pero no acude a ellas.

12. Creencias y Valores. (Parcialmente Dependiente)

Es católica de familia y considera la fe como algo muy importante. Indican que acudía a su centro religioso cada fin de semana. Ha consultado en variadas ocasiones al sacerdote, recientemente le dieron los santos.

13. Trabajo y Realización: (Parcialmente Dependiente)

Se siente satisfecha con lo que ha hecho de su vida y con su rol familiar, que le ha dado gran satisfacción. Realizaba diversas actividades familiares como la participación en actividades domésticas y el aporte económico. Antes del padecimiento decía sentirse útil al poder estar en su casa y poder realizar sus trabajos.

14. Juego y Recreación: (Parcialmente Dependiente)

Su condición actual no le permite participar en actividades grupales, ya que no puede movilizarse. No realiza deportes. No realiza actividades recreativas.

DIAGNOSTICOS DETECTADOS

- Alteración de la oxigenación
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Alteración de la eliminación fecal
- Alteración en la eliminación urinaria
- Termorregulación ineficaz
- Deterioro de la movilidad física
- Alteración del vestido y desvestir
- Deterioro de la integridad cutánea
- Alteración del estado de conciencia
- Alteración de la higiene bucal
- Alteración de la necesidad de evitar riesgos
- Riesgo de infección

5.2 Desarrollo del Proceso de Enfermería

1. Necesidad de Oxigenación / Insatisfecha por fuerza / Totalmente dependiente

Dx.1: Alteración de oxigenación **relacionado con** neurotoxicidad del centro respiratorio **manifestado por** insuficiencia respiratoria (disnea)

- **Objetivo:** Proporcionar al paciente una vía aérea permeable para el aporte adecuado de oxigenación a través del apoyo ventilatorio mecánico.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Ministración de oxígeno a través de catéter endotraqueal y apoyo ventilador mecánico	• La ventilación mecánica tiene como objetivo llevar un cierto volumen de gas al interior de los pulmones para que en los alvéolos se produzca el intercambio gaseoso. Para ello se vale de unos instrumentos físicos que son los ventiladores o respiradores (Ledesma 1999)	• Se apoya al medico durante el procedimiento de intubación endotraqueal y el apoyo ventilatorio mecánico.
• Vigilar estrictamente los valores marcados por el ventilador, para su modificación	• Es importante la vigilancia y monitorización del ventilador a fin de evitar problemas y complicaciones durante el tratamiento ventilatorio y cubrir las necesidades físicas y psicológicas del paciente (Potter 2002)	• Se vigila estrictamente los valores marcados por el ventilador y se modifican según la necesidad de la señora Delfina
• Monitorización cardiaca y pulsométrica	• Se debe vigilar la cantidad de oxígeno administrado y actividad cardiaca del paciente debido a que su suministro determina el funcionamiento del cuerpo(Ledesma2004	• Con uso del mobiliario se monitoriza y registran los valores en la hoja de enfermería

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Proporcionar al paciente en posición semifowler	• La posición de semifowler permite una adecuada inspiración y espiración de O₂ ya que la fuerza de gravedad empuja el diafragma hacia abajo permitiendo una mejor expansión pulmonar (Kozier 1994)	• Se coloca a la señora en posición de semifowler diariamente
• Vigilar el estado respiratorio: características y parámetro	• Se debe valorar la respiración conociendo sus parámetros y características normales para poder identificar alguna alteración en ellas que comprometan el edo. del paciente (Kozier 1994)	• Se vigila y registra estrictamente las características y parámetro respiratorios
• Valoración del estado de conciencia usando la escala de Glasgow	• La escala de coma de Glasgow es un método estandarizado útil para valorar el estado de conciencia de forma rápida y precisa, permitiendo vigilar el estado del paciente (INNSZ 2006)	• Se valora diariamente el estado de conciencia por turno utilizando la escala de Glasgow
• Verificar la instalación de invasivos: CVC, CET y sonda nasogástrica	• Al realizar un procedimiento invasivo se debe conformar que la instalación haya sido correcta para evitar complicaciones y un método utilizado e indicado es la radiografía (Potter 2002)	• Se lleva a la señora a radiografía de tórax para verificar ubicación de invasivos

Evaluación

Las acciones realizadas fueron de importancia para el mantenimiento de la vida de la paciente ya que se logro restablecer la vía aérea permitiendo una adecuada oxigenación para el organismo y se evitaron complicaciones en los órganos debido a la falta de oxígeno.

Dx.2: Limpieza ineficaz de las vías aéreas **relacionado con** disminución del reflejo tusígeno por efecto de sedación **manifestado por** presencia de estertores bibasales y bronco espasmos.

- **Objetivo:** Lograr una adecuada permeabilidad de las vías aéreas de la señora D.F.G mediante diversas acciones de apoyo.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Proporcionar apoyo ventilatorio mecánico	• La ventilación mecánica tiene como objetivo llevar un cierto volumen de gas al interior de los pulmones para que en los alvéolos se produzca el intercambio gaseoso. Valiéndose de instrumentos físicos como los ventiladores o respiradores (Ledesma 1999)	• Se proporciona apoyo ventilatorio mecánico continuo con cánula endotraqueal No. 7 instalado por personal medico
• Aspiración de secreciones	• La aspiración de secreciones es una maniobra que se realiza para mantener las vías aéreas superiores libres de secreciones y lograr una oxigenación favorable (Rosales 2004)	• Se realiza aspiración de secreciones por boca y nariz PRN siguiendo la técnica adecuada
• Aplicar fisioterapia pulmonar	• La fisioterapia es el tratamiento utilizado para favorecer el drenaje de las secreciones de VA. a través de diferentes técnicas, tales como la percusión, vibración torácica y ejercicios respiratorios (Ledesma 2004)	• Se realiza fisioterapia con percusión, y vibración torácica durante el baño y cada cambio de posición

• Proporcionar posición semifowler	• La posición de semifowler permite una adecuada entrada y salida de aire al facilitar la expansión de la caja torácica (Kozier 1994)	• Se coloca al paciente en posición semifowler el mayor tiempo posible
• Aplicar broncodilatador (atrovent cada 6 hrs o PRN)	• El bromuro de ipratropio es un broncodilatador para el tratamiento de broncospasmo y bronquitis asmática favoreciendo la broncodilatación y el intercambio gaseoso (Ledesma 2004)	• Se aplica disparos de broncodilatador por personal de inhaloterapia (atrovent cada 6hrs. o PRN según espasmo)
• Monitorización estricta de signos vitales	• La constante vigilancia de los signos vitales y la realización de diversos procedimientos, como la toma de gasometrías, permiten determinar el estado hemodinámico y metabólico del paciente (Kozier 1994)	• Se monitoriza los signos vitales con apoyo del equipo biomédico y se registran en la hoja de enfermería
• Valorar diariamente los gases en sangre	• La gasometría arterial es una prueba básica de función respiratoria. Consiste en medir directamente los niveles de oxígeno y de bióxido de carbono en la sangre arterial (Potter 2002)	• Se toma diariamente gasometría arterial por personal médico en turno

Evaluación

Se logra una adecuada permeabilidad de las vías aéreas de la señora DFG al apoyar con acciones específicas para la eliminación de secreciones y el adecuado intercambio gaseoso debido a que la paciente no es capaz de satisfacer adecuadamente sus necesidades a causa de su estado de salud crítico.

Dx.3: Alteración de la oxigenación **relacionado con** desequilibrio hemodinámico (tiempos de protrombina aumentando) **manifestado por** constantes hemorragias en mucosa oral, melena llegando a la hematemesis

➤ **Objetivo:** Contribuir a mejorar el equilibrio hemodinámico de la Sra. D.F.G.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Instalar catéter venoso central para proporcionar farmacoterapia e hidratación	• La utilización de accesos venosos de gran calibre como la cava superior o aurícula derecha permite introducir grandes volúmenes de líquidos, admón. de fármacos y tomas de muestras en pacientes hemodinámicamente comprometidos (Rosales 2004)	• Se instala CVC en yugular derecho por personal medico asistido por enfermería para hidratación y farmacoterapia del paciente
• Valoración y registro estricto de los signos vitales y PVC	• La constante medición del pulso, la TA y PVC, permite valorar el volumen bombeado por el corazón e identificar un desequilibrio hemodinámico (Ledesma 2004)	• Se valora y registran en la hoja de enfermería los signos vitales y PVC estrictamente
• Ministración de oligoelementos (vitamina K) diariamente	• La vitamina k es un oligoelemento que se almacena en el hígado, es utilizada para mejorar los tiempos de coagulación que se refleja en la producción de TTP	• Se ministra 1 amp de vitamina K: 5 mg cada 24 hrs.
• Toma de muestra sanguínea para valorar factores de coagulación	• Puesto que el TP y el INR evalúan la capacidad de la sangre de coagular debidamente, pueden emplearse para establecer las tendencias tanto por exceso de coagulación como por defecto (INNSZ 2006)	• Se toma muestra sanguínea por medico para analizar tiempos de protrombina

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Vigilar la presencia de hemorragia y sus características	• Se debe valorar al paciente en busca de hemorragias ya que en caso de presentarlo se pierde elementos sanguíneos y disminuye el volumen circulatorio total sobreviniendo complicaciones(choque hipovolemico) (Ledesma 2004)	• Se vigila en busca de hemorragia para valorar la localización y cantidad del sangrado
• Transfundir Hemoderivados	• La transfusión de hemoderivados y sus componentes ayudan a restaurar el volumen sanguíneo, aporte de O₂ y repone factores de coagulación. Se deben siempre un registro para detectar alguna reacción transfusional (Rosales 2004)	• Se le transfunde concentrado eritrocitario O⁺ y plaquetario sin presentar reacción alérgica
• Realizar control estricto de líquidos por turno cada 24 hrs.	• En paciente con desequilibrio hemodinámico es indispensable llevar una vigilancia y registro preciso de los ingresos y egresos de líquidos durante cada turno a través de la medición de todos los líquidos recibidos por las diferentes vías (Ledesma 2004)	• Se lleva un registro preciso de los ingresos y egresos de líquidos que se refleja en el balance total por turno cada 24hrs

Evaluación

Con la realización de los cuidados específicos se logro contribuir en la disminución de hemorragias internas y externas al mantener un equilibrio hemodinámico que se refleja en el aumento de los tiempos de cuagulación.

Dx.4: Alteración de la Oxigenación **relacionado con** deterioro del metabolismo tisular por daño hepático (disminución del retorno venoso) **manifestado por** edema + 1, extravasación de liquido tisular, llenado capilar de 4 seg. e hipotermia de miembros superiores e inferiores.

- **Objetivo:** Disminuir el sufrimiento de la señora ocasionado por el deterioro metabólico tisular a través de diversas acciones específicas realizadas por enfermería.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Valorar los niveles séricos de electrolitos diariamente	• La toma de química sanguínea permite valorar los niveles séricos en sangre y determinar la intervención necesaria en caso de la alteración de sus valores y así evitar complicaciones severas en el organismo del paciente (Kozier 1994)	• Se vigila los parámetros de electrolitos séricos por la mañana al llegar los resultados de la química sanguínea
• Monitorización y registro estricto de los signos vitales	• La constante medición de los signos vitales nos permite valorar las funciones del organismo y el estado de salud (Rosales 2004)	• Se verifica y registran los signos vitales utilizando equipo biomédico estrictamente
• Control estricto de líquidos con balance por turno	• El llevar un control de la ingesta y excreción de líquidos permite al profesional de enfermería determinar alteraciones en el equilibrio hidroelectrico y enfocar sus acciones en mejorar la situación (Rosales 2004)	• Se lleva un registro y control preciso de ingreso y excreción de líquidos mediante el balance total por turno en 24hrs

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Ministración de expansores plasmáticos: 1fco. albúmina humana al 25%	• La albúmina constituye, más de la mitad de las proteínas de plasma, contribuye a la presión oncótica del plasma y su capacidad de transporte estabilizando el volumen sanguíneo circulante y transporta hormonas, enzimas, medicamentos, toxinas, etc. (PLM 2004)	• Se ministra 1 fco. de albúmina humana al 25% de 50ml sol. Inyectable cada 6 hrs
• Valorar el grado de edema a través del signo de godete	• El edema es un signo clínico, debido al aumento anormal del líquido intersticial que rellena los espacios intercelulares que se valora por el signo de la fóvea, el cual consiste en apretar fuerte con el dedo índice y el dedo medio sobre la parte de la piel afectada y soltar después de varios segundos (H. Beers Mark 2007)	• Se valora el grado de edema mediante signo de godete (+) por turno y se registra en la hoja de enfermería
• Elevación de extremidades	• La elevación de las extremidades permite un adecuado retorno venoso (Rosales 2004)	• Se elevan 30 ° los MS y MI durante 10 min.
• Colocar medias o vendaje compresivo en extremidades inferiores	• Se recomienda el uso de medias o vendaje compresivo como método profiláctico para reducir el riesgo de tromboembolia venosa en pacientes inmovilizados y con insuficiencia venosa periférica (Potter 2002)	• Se colocan medias compresivas o vendaje de Jones durante 8 hrs colocado de forma ascendente

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Establecer una rutina de ejercicio con movimientos pasivos	• Se recomienda la realización de movimientos pasivos para mejorar el transporte sanguíneo y favoreciendo la oxigenación de los tejidos (Ledesma 2004)	• Se ejecuta con la paciente una rutina de ejercicios pasivos durante 15 min. por turno
• Aplicación de calor-frió en miembros pélvicos	• La aplicación de calor y frío favorece la elevación del metabolismo tisular y mejora el riego sanguíneo (Ledesma 2004)	• Se aplican diariamente fomentos de calor y frío en miembros pélvicos
• Vigilar y registrar la temperatura corporal	• La alteración del riego sanguíneo en miembros se refleja con la disminución de la temperatura corporal al no haber una adecuada irrigación tisular (Ledesma 2004)	• Se registra y controla la temperatura, con apoyo externo para regularla en caso de alteración

Evaluación

Al realizar las intervenciones adecuadas se disminuye el malestar de la paciente ocasionado por el deterioro metabólico tisular al aumentar la temperatura en las extremidades y reducir la presencia del edema.

2. Necesidad de Eliminación. / Insatisfecha por fuerza / Totalmente Dependiente

Dx.5: Alteración de la eliminación intestinal **relacionado con** relajación de esfínteres por la disfunción cerebral **manifestada por** salida constante de heces líquidas melenicas, irritación de región perianal y manchas fecales en ropa y cama.

- **Objetivo:** Proporcionar al pacientes medidas higiénicas necesarias para disminuir la irritación o infección por el constante contacto con las heces fecales.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Vigilar características de la evacuación	• Una de las acciones del profesional de enfermería en la eliminación intestinal es vigilar: frecuencia y consistencia, olor, color, sustancias extrañas, signos de irritación y prurito anal, para así poder prevenir complicaciones (Ledesma 2004)	• Se valora las características que presenta cada evacuación (Cantidad, olor y color)
• Valorar que factor desencadenan la incontinencia	• Es frecuente que los paciente sedado o disfunción cerebral presenta relajación involuntaria de esfínteres ocasionando la salida de heces (H. Beers Mark 2007)	• No es posible determinar la circunstancia que origina la incontinencia
• Realizar prueba diagnostica para determinar la presencia de sangre oculta en heces	• La realización de pruebas como el guayaco nos permite determinar si la paciente presenta sangrado interno de tubo digestivo, principalmente en pacientes con patologías que favorezcan esa situación (varices esofágicas) (INNSZ 2006)	• Se realiza guayaco solo al ingreso del servicio o sospecha de sangrado interno ya que no existe material en el instituto

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
Realizar diariamente baño de esponja	La limpieza del paciente proporciona bienestar físico y mental al eliminar las células muertas, secreción, sudor, evacuación y polvo, también favorece la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje (Rosales 2004)	Se realiza baño de esponja diario por las mañanas
Colocar y cambiar los protectores y ropa de cama	El uso de protectores para la cama y su cambio oportuno disminuye el contacto de la evacuación con la piel, reduciendo la posibilidad de lesiones por el pH tan alto en heces (Potter 2002)	Se colocan protectores desechables para la cama y se realiza el cambio al igual que de la ropa de cama PRN
Efectuar limpieza de la región perianal en cada deposición.	Es importante una adecuada y oportuna limpieza de la zona perianal ya que como se sabe las heces contiene una gran cantidad de microorganismos que ocasionan infección urinaria o de piel (Potter 2002)	Se realizar limpieza de región perianal y glúteos con agua tibia y jabón neutro después de cada deposición secando y lubricando con crema liquida

Evaluación

Se realizan las acciones higiénicas que disminuyen el contacto de las heces con la piel de la Sra. D.F.G. al igual que la contaminación de la ropa de cama y el eritema en genitales.

Dx.6: Alteración en la eliminación urinaria **relacionado con** deterioro neurológico **manifestados por** incontinencia urinaria.

- **Objetivo:** Mantener la eliminación urinaria adecuada mediante la aplicación de técnicas que permitan un estricto control de diuresis, al igual que los cuidados para reducir el riesgo de infecciones y daños tisular por el constante contacto con la orina.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Instalación de catéter vesical siguiendo la técnica correcta	• La colocación del catéter vesical se realiza para prevenir la retención urinaria y la protección de la piel, además que permite un registro preciso de la diuresis (H. Beers Mark 2007)	• Se instala catéter vesical con sonda foley No 14 realizando la técnica correcta mediante las normas del Instituto
• Revisar diariamente el catéter vesical	• El valorar constantemente la situación de la sonda vesical permite determinar si la instalación fue correcta o se requiere realizar nuevamente el procedimiento para evitar lesiones por el contacto de la orina con la piel	• Se observa diariamente la sonda vesical en busca de posibles fuga o escape de orina en uretra
• Realizar higiene de la región uretral	• El aseo diario de la región genital reduce la cantidad de microorganismo desarrollados en 24 hrs, lo que disminuye el riesgo de infección (Rosales 2004)	• Se asea la región uretral diariamente durante el baño siguiendo las reglas de asepsia

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
Llevar un control estricto de líquidos	Se realiza un control de líquidos para valorar la cantidad de orina que el paciente esta filtrando en 24hrs y así detectar alguna alteración renal. Recordando que un adulto orina normalmente de 1200-1500ml. /24hrs (Rosales 2004)	Se lleva un registro y control preciso de ingreso y egresos de líquidos mediante el balance total por turno en 24hrs
Valorar las características de la orina	La valoración de la orina consiste en la medición del volumen orinado relacionado con la ingesta, también se debe inspeccionar la coloración, turbidez y olor; y determinar alguna alteración urinaria y el agente causal	Durante el turno se vigila constantemente la diuresis con las características que presenta y se registra
Valorar en busca de datos de infección en vías urinarias	Se debe recordar que al existir infección urinaria hay una serie de datos que pueden determinar el diagnostico, estos son olor desagradable, color turbio y pH menor 4.5 (Kozier 1994)	Se observa la orina y estructuras anatómicas en busca de datos de infección (eritema, secreción y olor fuera de lo normal)

Evaluación

Durante este periodo la paciente continuo con su sondeo vesical, por lo que se llevo estricto control de diuresis y se realizaron todos los cuidados de forma oportuna y correcta al no presentar ningún datos de infección y reducir el desarrollo de microorganismos patógenos.

3. Necesidad de Termorregulación / Insatisfecha por fuerza / Totalmente Dependiente

Dx.7: Termorregulación ineficaz **relacionado con** perfusión tisular periférico ineficaz y alteración hemodinámica **manifestados por** hipotermia.

- **Objetivo:** Regular la temperatura de la paciente a niveles normales a través de apoyos externos, y disminuyendo el principal factor causante, con el fin de que mantenga su temperatura ambiente.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Valorar estrictamente la temperatura corporal	• El control estricto de la temperatura en pacientes inestables es relevante para la identificación de complicaciones como hipotensión y así realizar las acciones necesarias para lograr su equilibrio(Potter 2002)	• Se realiza control y registro de la temperatura corporal en la hoja de enfermería
• Determinar las perdidas insensibles por turno	• La forma en el que cuerpo pierde calor se conoce como perdida insensible y se da a través la conducción, radiación, convección y evaporación al no existe equilibrio entre la termogénesis y la termólisis en el organismo(Kozier 1994)	• Se determinan los factores que desencadenan la perdida de calor corporal a través de formulas establecidas
• Utilizar fuentes de calor como apoyo externo	• La existencia de una serie de apoyos externos como la bomba de calor, sabana térmica o mantas permiten regular la temperatura a parámetros normales cuando el organismo es incapaz de hacerlo (Potter 2002)	• Su utilizo fuentes de calor artificial (bomba de calor y sabana térmica) cuando no se logra estabilizar la temperatura

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
Inspeccionar continuamente la piel y su coloración	La variación en la temperatura produce cambios evidentes cambios en la coloración de la piel debido a que hay modificación del flujo sanguíneo, una buena valoración permite detectar oportunamente estas alteraciones (Ledesma 2004)	Se valora continuamente la piel y mucosas en busca de cambios en su coloración
Mantener la piel libre de ambiente húmedo	El ambiente frío o húmedo son factores físicos que influyen en la modificación de la temperatura corporal por ello se debe evitar el contacto con prendas, objetos y temperatura ambiente extrema (Kozier 1994)	Se mantiene la piel seca y limpia evitando el contacto de ropa mojada, húmeda o fría con el paciente y regulando la temperatura ambiente de la habitación
Vigilar edo. hemodinámico a través del control de líquidos	El aumento y la disminución de los líquidos corporales, es un factor que predispone modificación de la temperatura corporal al causar una inadecuada perfusión tisular (Kozier 1994)	Se vigila estado hemodinámico a través del registro estricto de ingreso y egreso de líquidos

Evaluación

Se logra regular la temperatura corporal a parámetros normales pero solo con apoyo externo a través de bomba de calor y sabana térmica la mayor parte del tiempo ya que el organismo de la paciente no es capaz de hacerlo debido a la gravedad del estado de salud de la señora D.F.G.

4. Necesidad de Movilidad y Mantener Buena Postura / Insatisfecha por fuerza / Totalmente Dependiente

Dx.8: Deterioro de la movilidad física **relacionado con** ausencia de repuesta motora **manifestado por** distrofia muscular y rigidez de articulaciones

- **Objetivo:** Proporcionar a la señora la movilidad continua y eficiente de músculos y articulaciones para evitar la deformidad de éstos por la falta de movimiento

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Promocionar una adecuada alineación corporal	• El proporcionar una posición anatómica evita la deformidad en articulaciones por el prolongado reposo (pie péndulo) al reducir la tensión excesiva sobre ellas (Rosales 2004)	• Se coloca en posición anatómica para la alineación correcta de los segmentos corporales
• Establecer una rutina de ejercicios pasivos para las articulaciones	• La movilización pasiva de una articulación en todos los planos apropiados tiene como objetivo el evitar la limitación de amplitud de movimiento conservando la función y evitar el deterioro de las articulaciones (Kozier 1994)	• Se realiza rutina de ejercicios pasivos con rotación, flexión, extensión, aducción y abducción de articulaciones de 3-5 veces durante 30 min. de 1-2 veces por día
• Aplicar fomentos de calor en músculos y articulaciones	• El uso de calor en forma húmeda proporciona bienestar y relajación de músculos y articulaciones, también el alivio del dolor ocasionado por espasmos debido a la falta de movimiento (Ledesma 2004)	• Se aplican fomentos de agua caliente 2 veces por turno sobre la superficie muscular y articular

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
Colocación de dispositivos de apoyo como almohadas y cojines entre las articulaciones	La utilización de almohadas o cojines como dispositivos estáticos reduce el riesgo de daño de los tejidos al librear la presión entre la articulación y la superficie (H. Davis 1994)	Con la utilización de cojines se reduce la presión en las prominencias óseas. Modo de empleo 2 hrs de uso con 1hr de descanso
Colocar en la cama un colchón de agua, aire o presión alterna	Se han diseñado una serie de colchones que van desde los sencillos y económicos hasta los elegantes como los de aire y presión alterna que se hincha y deshincha todo con el objetivo de aliviar y redistribuir la presión entre las prominencias óseas y la superficie (H. Davis 1994)	La colocación del colchón de agua, aire o presión alterna no se realizó ya que la familia no cuenta con los recursos económicos para adquirirlo.
Proporcionar cambios de posición usando un plan de rotación	En paciente inmóvil o inconsciente es necesario el apoyo para realizar los cambios de posición cada 2 hrs para disminuir la presión sobre las prominencias óseas ejercida por la gravedad (H. Davis 1994)	Se organizó una rotación para los cambios de posición cada 2 hrs durante las 24 hrs

Evaluación

Con la aplicación de una rutina de ejercicio y apoyo externo se proporcionó la movilidad continua de músculos y articulaciones reduciendo la aparición de atrofia muscular y evitando la deformación de las articulaciones.

5. Necesidad de Vestir y Desvestirse / Insatisfecha por fuerza / Totalmente Dependiente

Dx.9: Alteración del vestirse y desvestirse **relacionado con** disminución cognoscitiva y neuromuscular por sedación **manifestado por** incapacidad e inconciencia para satisfacer la necesidad manifestada

- **Objetivo:** Contribuir en la satisfacción de la señora para vestirse y desvestirse, a través del apoyo externo al momento de realizar el cambio, respetando su individualidad.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Cambio diario de ropa	• Es necesario el cambio continuo de ropa debido a que la piel contiene microorganismos que se adhieren a la ropa y pueden originar la aparición de infecciones severas (Kozier 1994)	• Se realiza el cambio diario de la ropa con apoyo de enfermería
• Organizar de manera accesible la ropa durante el cambio	• El facilitar el acceso de la ropa durante el cambio disminuye perdida de tiempo y energía del paciente y se evita un desequilibrio térmico (Rosales 2004)	• se utiliza la mesa puente para organizar la ropa de forma accesible antes del cambio de vestido
• Fomentar la participación familiar en el cambio de ropa	• La participación de los familiares del paciente en el apoyo de las necesidades ayuda a mejorar la relación entre el paciente y ellos, a través del contacto físico (Potter 2002)	• Debido a normas institucionales no se permite en la participación de los familiares durante el cambio

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Cuidar la integridad del paciente durante el cambio de ropa	• Cuando se realiza el cambio de ropa se debe respetar la individualidad de cada persona a un cuando esté inconsciente ya que es su derecho como paciente y persona (Potter 2002)	• Se respeta la integridad de la señora evitando mantenerla desnuda por tiempo prolongado durante el cambio
• Proporcionar comodidad y confort en la ropa usada por la paciente	• El uso de prendas agradables para el paciente proporciona un estado de comodidad y tranquilidad al no sentirse invadido en su intimidad. La utilización de ropa de algodón permitir una mejor oxigenación de la piel y evita la perdida de calor corporal por cambios ambientales (H. Davis 1994)	• No se logra proporcionar la comodidad y confort de la ropa ya que la institución establece normas sobre la vestimenta para el pacientes.

Evaluación

Se contribuye en la satisfacción de la necesidad realizando el cambio de ropa diario (debido a que continua bajo efectos de sedación) respetando su integridad al realizarlo cuidadosamente sin permitir que personas ajenas entren durante el proceso.

6. Necesidad de Higiene y Protección de la Piel. / Insatisfecha por fuerza /
Totalmente Dependiente

Dx.10 Deterioro de la integridad cutánea **relacionado con** disminución de la movilidad e inadecuada perfusión tisular **manifestado por** presencia de úlceras por presión (UPP) EII en cóccix y upp EI en talón derecho.

- **Objetivo 1:** Reducir en la Sra. D.F.G el incremento de las lesiones cutáneas causadas por la falta de movimiento y déficit tisular, a través de diversas acciones y material de apoyo para lograr la reepitelización completa de las upp a través de la terapia húmeda.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Valorar el tratamiento de la Upp a través de un esquema de atención para establecer el tipo de terapia húmeda	• La Terapia Húmeda es la aplicación de apósitos que favorecen un ambiente húmedo fisiológico que permita el intercambio gaseoso y una adecuada circulación sanguínea manteniendo la herida libre de contaminantes y tóxicos Para poder dar un adecuado tratamiento de la UPP se debe realizar una valoración inicial que me permita conocerla y determinar si el Tx a sido el correcto, esto se sabe con la recuperación gradual de la piel (H. Davis 1994)	• Se establece el tratamiento de la UPP utilizando la terapia húmeda con desbridación autolítica: 1. Se valora de las características de la úlcera: tamaño, estadio, posición, exudado y tipo de tejido que se observa en cada curación.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Preparar el lecho de la herida previo al tratamiento	• La preparación del lecho de la herida es la eliminación de las barreras locales y se debe realizar antes de aplicar el tratamiento	2. Se prepara el lecho de la herida retirando el tejido no viable.
• Identificar datos de infección en la herida	• Al identificar los datos de infección en la ulcera (inflamación, dolor, enrojecimiento, zona caliente y liquido purulento permite dar el tratamiento oportuno	3. Se valora en cada curación la presencia de datos de infección
• Aplicación del tratamiento establecido en la valoración sobre las UPP (desbridación autolítica)	• El tratamiento a través de un desbridamiento autolítico se favorece mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda. Se produce por la conjunción de tres factores, la hidratación del lecho de la ulcera, la fibrinólisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados (H. Davis 1994)	4. Se aplica la terapia siguiente: Upp El cóccix colocar hidrogel y alginato de Ca en mecha sobre la cavidad ocluyendo con hidrocoloide regular. Upp El talón derecho, se coloca hidrocoloide extradelgado, curación cada tercer día.

Evaluación

Con la aplicación de la terapia húmeda, determinada durante la valoración se mantienen limpias las úlceras en talón y cóccix libre de infección y con la aparición de tejido viable conocido como tejido de granulación.

- **Objetivo 2:** Reducir el riesgo de desarrollar nuevas UPP a través de la implementación de medidas preventivas

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Aplicación de escala para valorar riesgo de desarrollar UPP	• Existen una diversidad de escalas que permiten valorar el riesgo de desarrollar UPP, la más utilizada es la escala de Norton y sus cinco puntos: edo. general., edo. mental, actividad, movilidad e incontinencia	• Se Valora diariamente el grado de riesgo para desarrollar UPP mediante la aplicación de la escala de Norton
• Valoración diaria de la piel y prominencias óseas en busca de eritema o lesión	• La valoración diaria de la piel y la identificación oportuna de algun datos de lesión en piel permite establecer la medidas de prevención para el desarrollo de ulceras por presión	• Diariamente por turno se valora la piel y prominencias óseas en busca de eritema localizado o lesión
• Proporcionar cambios de posición cada 2 horas	• El constante cambio de posición (cada 2 hrs con plan de rotación) evita que la presión capilar del cuerpo no aumente sobre un solo lugar afectando la perfusión tisular y causando isquemia	• Se proporciona cambio de posición cada 2 horas, estableciendo un plan de rotación
• Colocación de colchón terapéutico en la cama del paciente	• El uso de colchones de aire, agua o presión alterna en paciente con alto riesgo de desarrollar UPP disminuye la presión entre la prominencia y la superficie, al regularla (H.Davis 1994)	• Debido a circunstancias económicas de los familiares no fue posible colocarle colchón terapéutico

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
Colocar dispositivos estáticos entre las prominencias óseas	La presión capilar normal del cuerpo es de 32 mmHg cuando la prominencia ósea se mantiene en presión sobre una superficie plana aumenta la presión causando isquemia de los capilares, el uso de almohada permite disminuir la presión, es un método rápido, practico y económico	Se colocan entre las prominencias óseas cojines y almohadas para disminuir la presión, cada 2 hrs de uso con 1 de descanso/ 24 hrs al día
Disminuir la fricción de la piel por el contacto con la superficie áspera	La constante fricción de la piel con superficies ásperas, ocasionan que las células de la piel se lesiones favoreciendo la formación de las ulceras	Se evita la constante fricción de la piel con las sabanas la movilizarla adecuadamente con apoyo del compañero camillero
Evitar el masaje sobre las prominencias óseas	Se recomienda no realizar masaje sobre las prominencias óseas para no ejercer presión ejercida sobre la prominencia ósea y reducir el flujo sanguíneo (H. Davis 1994)	Se evito el masaje sobre la prominencia ósea explicando a los familiares su efecto desfavorable.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Baño de esponja diario evitando la fricción al secar	• El baño es una actividad que proporciona una sensación de frescura y confort que ayuda a eliminar células muertas de la piel y favorecer la irrigación sanguínea a nivel tisular. Al secar la piel se debe esponjear y evitar la fricción para no lesionarla (Ledesma 2004)	• Se realiza aseo diario evitando la fricción de la piel , al secarla de manera esponjeada con cambio de ropa
• Lubricación diaria de la piel con crema liquida (2 – 3 veces)	• La utilización y aplicación frecuente de cremas inoloras y liquidas favorecen la lubricación y elasticidad de la piel, por lo que disminuye la ruptura de la piel por alguna fricción (H. Davis 1994)	• Se utiliza crema hidratante liquida después del baño y resto del día se lubrica la piel constantemente (2-3 veces)

Evaluación

Con la participación del personal de enfermería y los familiares se aplicaron las medidas de prevención establecidas por el instituto y se logro disminuir el riesgo de desarrollar nuevas UPP al observar una piel hidratada y prominencia sin eritema localizado

Dx.11: Alteración de la higiene bucal **relacionado con** incapacidad de limpieza de la cavidad oral debido a estado de inconciencia **manifestado por** halitosis.

- **Objetivo:** Proporcionar al paciente una higiene oral para mantener un aliento agradable, al igual que fomentar la participación de la familia al realizarla.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Realizar el aseo bucal diario tres veces al día.	• Con la higiene bucal se eliminan una gran cantidad de microorganismo que se forman en la cavidad oral, cuando no se realiza hay un alto riesgo de que se introduzcan al organismo (Kozier 1994)	• Se realiza aseo bucal diario 3 veces al día con cepillo de cerdas suaves y pasta dental
• Realizar el aseo del resto de las estructuras de la boca	• La utilización de cepillo, pasta, limpiador de lengua y gasa húmeda facilita la remoción de células descamadas y placa endobacteriana	• Se limpia diariamente las estructuras de la boca utilizando una gasa húmeda
• Enseñar al familiar la técnica correcta para el aseo oral y fomentar su participación	• El fomentar la participación de los familiares de un paciente en los hábitos higiénicos de la cavidad oral y mostrarle los beneficios para el organismo y el bienestar físico (Rosales 2004)	• Se muestra al familiar la técnica correcta del lavado de dientes y limpieza de sus estructuras orales pero no participa

Evaluación

Se mantuvo la cavidad oral limpia y sin presencia de placa endobacteriana al realizar el aseo bucal diario tres veces al día por personal enfermero, ya que a pesar de que se logro mostrarles a los familiares la importancia del aseo, la norma institucional no permite su estancia prolongada con la paciente lo que complicó su participación.

7. Necesidad de Evitar Peligros / Insatisfecha por fuerza / Totalmente Dependiente

Dx.12 Alteración de la conciencia **relacionada con** intoxicación metabólica por aumento de elementos azoados **manifestado por** estupor con hiperreflexia, rigidez y reflejos anormales.

- **Objetivo 1:** Aplicar acciones dirigidas para reducir la acumulación de sustancias neurotoxicas (amonio) que alteran el funcionamiento del sistema nervioso central.
- **Objetivo 2:** Proporcionar medidas de prevención para evitar el riesgo de lesión o caídas, debido al déficit cognoscitivo y motor ocasionado por la neurotoxicidad que presenta la Sra. D.F.G.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
Colocar acceso venoso de gran calibre para la hidratación y farmacoterapia del paciente	La utilización de accesos venosos de gran calibre como la cava superior o aurícula derecha permite introducir grandes volúmenes de líquidos, admón. de fármacos y tomas de muestras en pacientes comprometidos (Rosales 2004)	Personal medico con asistencia de enfermería instala CVC en yugular derecho para hidratación y farmacoterapia
Ministración de sustratos: L-ortinina L-aspartato por vía intavenosa	Los sustratos se utilizan para disminuir la concentración sanguínea de amonio al estimular la actividad residual del ciclo de la urea y la síntesis de glutamina (INNSZ 2006)	Se ministran los sustratos 1 amp. IV cada 12 hras por corto periodo ya que se presentan problemas económicos que dificultan su compra

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Valorar el estado de conciencia a través de la escala de Glasgow	• La escala de coma de Glasgow es un método estandarizado útil para valorar el estado de conciencia de forma rápida y precisa, permitiendo vigilar el estado del paciente (INNSZ 2006)	• Se determina el estado de conciencia aplicando la escala de Glasgow en cada turno
• Realizar enemas evacuantes (lactosa)	• Los enemas con lactosa se utilizan para la reducción en la absorción de sustancias nitrogenadas producidas por la acción de las bacterias en el colon, mediante la disminución en la producción y aumento en la excreción fecal de amonio., reduciendo la concentración de éste en sangre (INNSZ 2006)	• Se realizan enemas de lactosa al 20% cada 6 hrs mezclando 1 sobre de lactosa en polvo en 1 lt de agua tibia
• Colocar sujeción y barandales para prevenir riesgo de caída y lesiones	• Sistema indicado para limitar los movimientos de personas en reposo según las necesidades particulares de cada caso, para evitar las caídas y también las autolesiones en personas con agitación nerviosa (Rosales 2004)	• Se coloca sujeción diaria en brazos y piernas con 2 hrs de descanso. • Se colocan los barandales para prevenir caídas o lesiones

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Mantenimiento de la movilidad y postura	• Se debe proporcionar una postura correcta para evitar la deformidad de las articulaciones por el reposo prolongado, también es importante la movilización del paciente cada dos horas para evitar la aparición de lesiones (Kozier 1994)	• Se coloca en posición anatómica con cambio de posición cada 2 hrs y se realizan ejercicios pasivos 2- 3 veces al día durante 30 min.
• Baño diario con aseo de región uretral y lubricación de la piel	• La limpieza y lubricación de la piel proporciona bienestar físico al eliminar las células muertas o secreciones y disminuye el riesgo de desarrollar lesiones (Potter 2002)	• Se realiza baño diario por la mañana con aseo de región uretral y lubricación de la piel

Evaluación

Debido a que se presenta la gravedad del estado de la Sra. D.F.G no se logra disminuir la producción y absorción de amonio en sangre que causa la neurotoxicidad, por lo que continuó el déficit cognoscitivo y motor. Por lo tanto se enfocan las acciones necesarias para reducir el riesgo de lesiones y caídas obteniendo resultados favorables al no presentarse ningún accidente o alteración de la piel.

Dx.13: Alteración de la necesidad de seguridad **relacionado con** presencia de tubo endotraqueal **manifestado por** presencia de lesiones ulcerativas en labios y mucosa oral.

- **Objetivo:** Reducir el deterioro de la mucosa oral, a través de los cuidados correctos de la mucosa y el tubo endotraqueal, al igual que el manejo correcto de las lesiones ya presentes en labios.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Valorar la integridad oral y sus estructuras	• Es importante la valoración continua de la mucosa , ya que se pueden observar cambios en el organismo desde una deshidratación o exceso de liquido (Potter 2002)	• Se vigila la hidratación, color, textura de labios , mucosa y fosas en busca de alteraciones
• Apoyar en el aseo de cavidad oral diariamente	• El aseo bucal debe realizarse diariamente , sin importar el estado de conciencia del paciente para no favorecer el desarrollo de una nuevas infecciones, ya que la boca es una entrada de microorganismos (Rosales 2004)	• Se apoya en el aseo de cavidad oral diariamente tres veces al día utilizando cepillo y pasta dental
• Lubricar diariamente las estructuras orales	• Es importante la lubricación correcta de la mucosa ya que se reduce el riesgo de aparición de lesiones, al favorecer la elasticidad del tejido (H. Davis 1994)	• Se coloca diariamente gasas vaselinadas para lubricar los labios y la mucosa oral

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Movilización frecuentemente de la cánula endotraqueal	• La movilización del tubo endotraqueal evita que se ejerza una presión sobre la mucosa y ocasione una isquemia tisular que se manifiesta con aparición de lesiones (Potter 2002)	• Se moviliza el Tubo Endotraqueal cada 2 hrs o al observar presión sobre la piel
• Realizar el cambios de sujeción del Tubo Endotraqueal (TE)	• La sujeción de tubo endotraqueal reduce la movilización del tubo, pero también ejerce presión sobre la mucosa oral ocasionando lesiones dolorosas, por ello se recomienda movilizarlo frecuentemente para reducir la presión (Potter 2002)	• Diariamente y PRN se realiza el cambio de la sujeción para evitar lesionar las estructuras orales
• Curar las lesiones en mucosa y piel oral siguiendo las reglas de asepsia	• Las lesiones requieren una limpieza completa para eliminar detritus, material extraño y microorganismos pero sin ocasionar mas lesiones en los tejidos, el método mas inocuo es la irrigación abundante con solución salina o liquido no iónico, secando y cubriendo con gasa estéril (H. Davis 1994)	• Aplicando las reglas de asepsia y utilizando agua y gasas estériles se realiza la limpieza diaria de las lesiones de la piel

Evaluación

Con la aplicación de los cuidados específicos del tubo endotraqueal y las lesiones se reduce el deterioro de la mucosa oral al no aparecer nuevas lesiones y observar la presencia de tejido reepitelizado en las ya presentes

Dx.14: Riesgo de infección **relacionado con** accesos vasculares y tubo endotraqueal.

➤ **Objetivo:** Evitar que la paciente presente algún signo o síntoma de infección debido a una mala técnica o cuidado de los accesos invasivos.

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Aplicar técnicas de asepsia en la limpieza de los accesos venoso	• La curación de los accesos venosos se realiza cada 7 días mediante las reglas de asepsia y antisepsia, para evitar la presencia de microorganismos en el área puncionada (INNSZ 2006)	• Se realiza asepsia de los accesos venosos con técnica estéril. Cada 7 días o PRN
• Aspiración de secreciones con circuito cerrado	• La acumulación de secreciones en vía aérea permite el desarrollo de bacterias, al proporcionarles el ambiente necesario para su desarrollo, originando la aparición de infecciones aérea, por ello en los pacientes intubados es importante la continua aspiración de secreciones	• Se realiza aspiración de secreciones por tubo endotraqueal con circuito cerrado PRN siguiendo la técnica adecuada
• Valoración diaria de invasivos en busca de datos de infección	• La inspección del cuerpo en busca de datos de infección , es importante para evitarla o prevenirla recordando que los datos que indican la presencia de infección son: enrojecimiento, calor extremo, drenaje y presencia de fiebre (Potter2002)	• Se valora continuamente los accesos invasivos en busca de signos y síntomas de infección sistémica o localizada

Planeación	Fundamentación Teórica	Ejecución
• Aplicación de las medidas de prevención estándar	• El lavado de manos, uso de guantes, cubre boca y bata son recomendaciones conocidas como precauciones estándar para prevenir el riesgo de propagación de microorganismo entre los pacientes y el personal a través del contacto, gotas o por aire (INNSZ 2006)	• Se aplican medidas de prevención estándar antes durante y después de estar en contacto con el paciente (lavado de manos, bata y guantes)

Evaluación

Con la aplicación de las medidas de prevención estándar y la realización de las técnicas adecuadas para el cuidado y manejo de los accesos invasivos se disminuye el riesgo al no presentar ningún dato de infección.

5.3 Evaluación Final de la Aplicación del Proceso

En general el plan de atención de Enfermería fue llevado a cabo de manera activa, enfocado en cada uno de los objetivos planeados para la resolución de los problemas detectados durante la valoración en la paciente de una manera específica e individual. Durante este proceso se fomento la participación activa del familiar en algunos cuidados al paciente que se mostraron a través de acciones educativas y de orientación, tendientes a promoción de la independencia de la persona con su participación. Lamentablemente las normas institucionales no permitieron la intervención completa de los familiares

Desafortunadamente durante la realización del plan de atención y las acciones establecidas no se logra la independencia de las necesidades afectadas, debido a que sobreviene la gravedad y agonía de la Sra. D.F.G. por lo que se dirigen los cuidados para lograr el bienestar de la señora y la disminución de su sufrimiento mientras sobreviene el fallecimiento.

VI. CONCLUSIONES

Considero que para lograr que el personal de enfermería brinde cuidados de calidad debe tener como enfoque un modelo conceptual que guíe su práctica. Conforme ha transcurrido el tiempo han surgido una serie de modelos basados en la satisfacción de las necesidades de la persona en su vida diaria, uno de esos modelos es el desarrollado por Virginia Henderson la cual establece que el hombre está determinado por 14 necesidades funcionales y que considero el más completo ya que abarca gran parte de las necesidades requeridas por el ser humano al ver a la persona como ser biológico, sociocultural, espiritual y emocional; lo que permite un enfoque completo y dirigido a satisfacer las necesidades de la persona, grupo o comunidad actual. Que con apoyo del proceso de enfermería como base para la práctica enfermera proporciona una herramienta que permite dirigir los cuidados de forma organizada, sistemática e individualizada de acuerdo al enfoque básico de cada persona, haciendo posible que el profesional de enfermería responda o actúe de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Las tecnologías son otro recurso que debe ser considerado por el profesional de enfermería ya que le permite establecer los cuidados específicos para el paciente de una manera holística, al basarse en cada una de las tecnologías que van desde las básicas para el mantenimiento de la vida, la utilización de recursos materiales como tecnologías de curación y las tecnologías de información que permiten establecer una relación de confianza con el paciente y la familia al informarles, orientarles y guiarles acerca del padecimiento y los cuidados que se proporcionan, lo que dispone una participación conjunta de la enfermera, el paciente y la familia que favorece una adecuada y rápida satisfacción de las necesidades humanas.

En conclusión considero que para obtener el título de licenciado de enfermería y ejercer como profesional se debe tener una visión holística del cuidado donde se incluya un modelo que guíe el plan de atención, como el establecido por Virginia Henderson, pero apoyado por una metodología que dirija esos cuidados como es el caso del proceso enfermero que reúne esa característica; que junto con la incorporación de las tecnologías que permiten utilizar los medios proporcionados por los avances científicos, nuestros conocimientos, habilidades y los realizados naturalmente para el mantenimiento de la vida; se proporcione una atención de calidad que caracterice a un profesional de enfermería y lo distinga de aquellas actividades realizadas de forma empírica.

VII. GLOSARIO

ALBÚMINA: Una proteína soluble, principal componente de las proteínas séricas y principal responsable de la presión osmótica.

ALGINATO: Apósito derivado de algas marinas. Los apósitos absorbentes y hemostáticos de alginato de calcio o sodio y calcio, formando un gel viscoso sobre la superficie de la herida.

ASCITIS: Es la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal.

ASEO BUCAL: Es la limpieza de diente, espacios interdentes y estructuras blandas de la boca.

ASPIRACIÓN: Maniobra que se realiza para mantener las vías aéreas superiores libre de secreciones.

AUTOLOSIS: Degradación natural del tejido desvitalizado.

BAÑO DE ESPONJA: Es la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama, cuando no puede o no le está permitido bañarse en regadera.

CATETERISMO VESICAL: Es la inserción de una sonda estéril en la vejiga para drenar la orina.

DEBRIDACIÓN: Retirada del tejido muerto o de los cuerpos extraños de una herida.

DISNEA. Es la falta de aliento en la persona.

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA: Es la alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central por la acumulación de amonio.

EDEMA: Exceso de líquido en los tejidos.

ENDOSCOPIA: Herramienta diagnóstica en la cual se introduce un endoscopio en boca o recto de acuerdo a la lesión, mientras el paciente está sedado.

ENEMA: Conjunto de maniobras para introducir una solución en el intestino a través del recto.

ESCALA DE GLASGOW: es una escala neurológica diseñada para evaluar el nivel de conciencia de los pacientes al valorar tres parámetros: apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal.

ESCALA DE NORTON: parámetro utilizado para determinar el grado de riesgo para desarrollar úlcera por presión.

ESTERTORES: Sonidos anormales producidos por el paso del aire a través de los líquidos bronquiales.

EXUDADO: Líquido formado en la superficie de la herida como resultado de las pérdidas de líquido de los vasos sanguíneos pequeños.

GUAYACO: Prueba que se realiza para determinar si hay presencia de sangre en heces.

HALITOSIS: Olor desagradable de la boca originado por la acumulación de placa bacteriana.

HEPATITIS: Es una enfermedad infectocontagiosa que afecta al hígado, producida por infección con el virus de la hepatitis C (VHC).

HIDROCOLOIDE: Material que contiene un sistema coloidal en el que el agua es el medio de dispersión. Normalmente se encuentra en forma de láminas.

HIDROGEL: Tratamiento que tiene el agua como medio de dispersión.

HIPOTERMIA: Disminución de la temperatura por debajo del parámetro normal.

INCONTINENCIA FECAL: Es la pérdida de la capacidad voluntaria para controlar las descargas fecales y gaseosas a través del esfínter anal.

INCONTINENCIA URINARIA: Es la pérdida involuntaria de orina que se produce en intervalos más o menos previsibles cuando se alcanza un volumen de llenado de la vejiga determinado.

INFECCIÓN: Circunstancia clínica producida por la invasión de tejidos viables o de la sangre por microorganismos.

INFLAMACIÓN: La fase inflamatoria consiste en una fase corta de vasoconstricción seguida de vasodilatación, formación de edema y migración de células al área afectada.

MELENA: Son las evacuaciones donde se presenta sangre ya digerida.

MUCOSA: Membrana con abundante papilas y orificios glandulares, que tapizan la superficie no cutánea que está relacionada con el exterior.

NECROSIS: Muerte tisular. De células individuales, grupos de células o áreas localizadas de tejidos.

PLAQUETA: Componente de la sangre.

PLATIRRINO: Relativo a un grupo de primates que tienen los orificios nasales separados.

SIGNO DE GODETE: Conocido como signo de la fóvea, el cual permite valorar el grado de edema en el organismo.

TEJIDO DE GRANULACIÓN: Tejido conectivo rojizo, húmedo y frágil que llena la herida durante la fase proliferativa de la curación.

ULCERA POR PRESION: Ulcera producida por una presión excesiva o prolongada.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Behar Daniel, Un buen morir, 1ª ed., México, Ed. Pax, 2003, 148p.
2. Bernavent Garces Ma. Amparo, et. al., Fundamentos de Enfermería, 2ª ed Madrid España, Ed. DAE, 2001, 470 p.
3. Colliere Marie Francoise, Promover la vida, 1ª ed, Madrid, Ed Mc Graw Hill, 1993, 395 p.
4. Sandra González Pérez, Directrices generales para la prevención de úlceras por presión, México D.F, Ed INCMNSZ, 2008.
5. García González Maria De Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, 1ª ed, México, Ed. Progreso, 1997, 320 p.
6. H. Davis Margery, Dunkley Peta, et al, El Programa de las Heridas, Singapur. Editorial the Wound Programmed, 1994, 188 p.
7. Hernández Conesa J., Fundamentos de la enfermería. Teoría y método, 1ª ed, Madrid, Ed. Mc Graw Hill, 1999, 264 p.
8. INNSZ, Terapia Medica, 5ª ed., México, D.F, Mc Graw Hill, 2006, 801 p.
9. Kozier Barbara, Enfermería Fundamental: concepto, proceso y practica, 2ª ed., España, Ed Mc Graw Hill, 1993, Tomo I-VI,1548 p.
10. Laurel, Asa Cristina. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad, Washington, D. C, Ed. Organización Panamericana de la Salud, 1994, 123 p.
11. Ledesma Pérez María Del Carmen, Fundamentos De Enfermería, México, Editorial Limusa, 2004, 372 p.

- 12.H. Beers Mark, et.al., Manual Merck de diagnostico y tratamiento, 11 Ed, Madrid, España; Elsevier, 2007, 3204 p.
- 13.Martínez del Valle Isidro, Farmacología, México D.F., Editorial Mc Graw Hill, 2004, 510p.
- 14.Mora Carrasco Fernando, Salud y Enfermedad: problemas conceptuales, 2 ed., México, Trillas, 1990, 191p.
- 15.PLM, Diccionario de especialidades farmacéuticas, edición 50, México, Thomson, 2004, 1430p.
- 16.Potter Patricia Ann, Fundamentos de Enfermería, 5 ed., Madrid, Harcourt, 2002,1748 p.
- 17.Riopelle L., Grondi, Phaneuf, Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona, 1er ed., Madrid, Mc Graw Hill, 1993, 352p.
- 18.Rodrigo María Teresa, Los Diagnósticos Enfermeros, 1ª Edición, España, Editorial Masson, 1992, 277 p.
- 19.Rojas Soriano Raúl, Proceso Salud-Enfermedad, 2 ed. México D.F, Plaza y Valdez, 1997, 220p.
- 20.Rosales Barrera Susana; Reyes Gómez Eva, Fundamentos de enfermería 3 ed, México, El Manual Moderno, 2004, 636p.
- 21.Tamayo y Tamayo Mario, El proceso de la Investigación Científica, 4ª ed. México Limusa, 2003, 440p.
- 22.Tomey, Ann Marne, et al., Modelos y teorías en enfermería., 4ª Edición, Madrid España, Ed. Harcourt Braceé, 1999, 555 p.
- 23.Tortora Grabowski, Anatomía y Fisiología. 9ª Ed, México, Editorial Oxford, 2002,1175p.