



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
CON HIPERTERMIA MALIGNA BAJO EL ENFOQUE
TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

JIMENEZ CHAVEZ MARIA FERNANDA
No. DE CUENTA 411101264

ASESOR ACADÉMICO
DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

MÉXICO D.F.

AGOSTO, 2015



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.

DEDICATORIAS

A:

MI MAMA

Alejandra Chávez Sánchez

Hoy doy fin a un gran recorrido lleno de tristezas, insomnio y por supuesto de gran felicidad, en este momento recuerdo lo difícil que fue para mí finalizar con esta hermosa carrera Enfermería pero jamás me di por vencida puesto que sabía que en algún momento llegaría a la meta.

Quiero agradecer infinitamente a la gran mujer que me dio la vida, a mi motor incansable, a mi mamá Alejandra, gracias mamá porque gran parte de lo que soy es por ti, a ti que estuviste en todo momento a mi lado, tu sola presencia me han dado fuerzas para seguir en el camino, a ti dedico mi tesis porque me enseñaste a ser fuerte en todo momento y a vencer el miedo con la fe, gracias eternas mamá te adoro.

A casi dos años de haber tocado el cáncer la puerta de nuestro hogar, considero que soy una mujer bendecida por tener una madre como tú, fuerte, valiente, con una ánimo casi inquebrantable y unas ganas de vivir que cada día me han hecho sentir más orgullosa de ti.

Recuerdo el día en que me dijeron que tenías cáncer. Sentí que me caía una cubeta de agua fría sobre mí. “Niña le falle, su mamá tiene CÁNCER”, esas fueron las palabras del Doctor. Palabras que me sonaron a sentencia. De pronto mi corazón se aceleró y mis lágrimas, la muestra más visible del dolor, empezaron a inundar mis ojos. ¿Qué íbamos a hacer ahora? No podía entenderlo.

Cuando luego de dar algunas vueltas fui a darles la noticia, no necesité decir mucho, creo que mi rostro lo dijo todo “Tenemos cáncer”, te dije y de ahí le echamos ganas.

Las primeras quimioterapias, la caída de tu cabello, ver cómo te mirabas en el espejo e intentar hacer un comentario tonto para que sonrieras y no le dieras importancia a tu aspecto. Tus malestares y tu fortaleza para seguir cada día, para levantarme cuando yo

decaía; tu sonrisa infaltable a pesar de lo doloroso del tratamiento, tus lágrimas cuando ya no podías más. Eso mami, ha hecho que nos convirtamos en más que madre e hija. Ahora somos cómplices.

Gracias mami, por ser mi cómplice, mi amiga, mi madre, por todo y más, esa dura lucha por la que pasamos la superamos mama ahora a disfrutar de esta linda vida.

Hoy puedo mirar con gozo a pesar de la angustia que nos rodeada, y mirar más allá de la medicina, de la quimioterapia y sus consecuencias. Le ganamos al CÁNCER mami.

Eres una guerrera, y un gran ejemplo a seguir para mí y para todas esas personas que tienen cáncer, porque el cáncer tiene cura, y una sobreviviente a eso eres tú.

Te amo mami.

MI ABUELA

Honoría Sánchez Olguín

A Hono, Por estar siempre en los momentos importantes de mi vida, por ser el ejemplo para salir adelante y por los consejos que han sido de gran ayuda para mi vida y crecimiento. Esta tesis es el resultado de lo que me has enseñado en la vida, ya que siempre has sido una persona que siempre ha podido salir adelante. Gracias por tu paciencia, por enseñarme el camino de la vida, por el amor que me has dado y por tu apoyo incondicional.

Gracias por confiar en mí y darme la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida.

MI HERMANO Alejandro Jiménez Chávez

Aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos. Gracias por no solo ayudarme en gran manera a concluir el desarrollo de esta tesis, sino por todos los bonitos momentos que pasamos a lo largo de nuestras vidas, como cuando éramos huérfanos solo tú y yo haciendo tareas, viendo películas juntos. Te quiero mucho aunque nunca te lo demuestre.

AGRADECIMIENTOS

A MI NOVIO Abraham Caro Molina

Amor, gracias por su paciencia, por su comprensión, por su dedicación, por su fuerza, por tu amor por ser tal y como eres, porque te amo.

La primera vez que te vi en la ENEO, te convertiste en mi mejor amigo, después en mi novio y ahora el amor de mi vida, compartimos muchas experiencias buenas y malas juntos, tareas, guardias, peleas, felicidad, pero supimos salir adelante como pareja y como estudiantes, le doy gracias a Dios por haberte puesto en mi camino porque de no ser por ti no hubiera logrado lo que hice hasta ahora.

Cuando yo pase por momentos difíciles en la universidad fuiste la única persona que estuvo a mi lado dándome su apoyo día con día, gracias a tu apoyo salí adelante, no lo negare que a veces tuvimos nuestros problemas porque mezclábamos el estrés de la universidad con nuestra vida personal, pero siempre lográbamos superarlo.

Lo más lindo de toda esta experiencia es que nos titularemos juntos, tu comprensión fue muy importante en esta etapa de mi vida al igual que tu apoyo. Quiero decirte que gracias a ti soy una persona completamente diferente me enseñaste lo que es la felicidad, me enseñas a superarme, a darme cuenta que los sueños por imposibles que parezcan si uno tiene la mentalidad firme los puede cumplir.

De ahora en adelante tenemos muchas pruebas difíciles por delante tanto profesionales, personales, como pareja, pero con tu ayuda y tu motivación sé que las vamos a superar. Te amo.

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser parte de ella y darme la formación necesaria para cumplir con mis proyectos y sueños.

En segundo lugar a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por acogerme y así formar parte de mí, como mi segundo hogar.

Mi más sincero agradecimiento a mi tutor y guía de ésta tesis Dr. José Cruz Rivas Herrera, por haberme brindado la oportunidad de trabajar con él, por haber tenido la paciencia necesaria para ayudarme, por transmitirme su conocimiento y por ser demasiado accesible en todo momento.

Agradezco a todas mis amigas y amigos, Berenice, Ana, Dani, Cynthia, Iván, Verónica, Perla, Manuel; muchas gracias por estar conmigo en todo este tiempo donde he vivido momentos felices y tristes, gracias por ser mis amigos y recuerden que siempre los llevare en mi corazón.

Antes de iniciar la carrera era un pequeño tumor, pero ahora llegado la hora de hacer metástasis.

ÍNDICE

<i>Dedicatorias</i>	ii
<i>Agradecimientos</i>	iv
Introducción	viii
Objetivos	x
✓ General	
✓ Específico	
Justificación	xi
1.- MARCO TEÓRICO	12
1.1 Modelo de Virginia Henderson	15
1.2 Descripción de las necesidades	22
1.3 Antecedentes Históricos del Proceso Atención de Enfermería	27
✓ Valoración	
✓ Diagnóstico	
✓ Planeación	
✓ Ejecución	
✓ Evaluación	
2. METODOLOGÍA	36
3. PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE	38
3.1 Valoración de Enfermería Preoperatoria	42

3.2 Valoración de Enfermería Transoperatoria	44
3.3 Valoración de Enfermería Transoperatoria Utilizando las 14 necesidades de Virginia Henderson	45
3.4 Jerarquización de las necesidades afectadas	48
3.5 Valoración de la paciente en UCI	51
3.6 Diagnósticos por jerarquización	53
3.7 Plan de cuidados	55
3.8 Planificación de alta	84
CONCLUSIONES	89
GLOSARIO	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	95

INTRODUCCIÓN

La importancia del Proceso de Atención en Enfermería (P.A.E.), radica en que enfermería necesita un lugar para registrar sus acciones de tal forma que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas.

Mediante el PAE se utiliza un modelo centrado en el usuario que: aumenta nuestro grado de satisfacción, nos permite una mayor autonomía, continuidad en los objetivos, la evolución la realiza enfermería, si hay registro es posible el apoyo legal, la información es continua y completa, se deja constancia de todo lo que se hace y nos permite el intercambio y constante de información que nos lleva a la investigación. Además, si existe un plan escrito de atención individualizada, disminuyen los errores y acciones reiteradas y se considera al paciente como colaborador activo.

Así enfermería puede crear una base con los datos de la salud, identificar los problemas actuales o potenciales, establecer prioridades en las actuaciones, definir las responsabilidades específicas y hacer una planificación y organización de los cuidados. El P.A.E. posibilita innovaciones dentro de los cuidados además de la consideración de alternativas en las acciones a seguir. Proporciona un método para la información de cuidados, desarrolla una autonomía para la enfermería y fomenta la consideración como profesional

Este trabajo tiene como objetivo analizar las necesidades afectadas que puedan frenar el desarrollo integral de una paciente femenina que ingreso al Instituto Nacional de Cancerología con un diagnóstico médico de cáncer de mama derecha IIC, con complicación en cirugía de Hipertermia Maligna, así como desarrollar planes para mejorar la calidad de vida de dicha persona, desglosando cada una de las necesidades básicas del ser humano según Virginia Henderson e identificando los problemas con las etiquetas de diagnósticos de la NANDA, luego de detectados los problemas presentes y los posibles problemas, para de esta

manera poder planificar y ejecutar las actividades necesarias para contribuir al mejoramiento del estado del paciente.

Una vez aplicadas esas etapas se prosiguió a la evaluación, que no es más que la medición de los resultados obtenidos durante todo el proceso.

Por tanto, fue necesario establecer una interacción con la paciente y sus familiares, para que conjuntamente con ellos y el personal de enfermería se pudieran cumplir los objetivos de este Proceso Atención Enfermería y lograr una mejor calidad de vida para el paciente.

OBJETIVOS

GENERAL

Aplicar el Proceso de Atención Enfermería a una paciente con Hipertermia maligna, utilizando como instrumento de valoración las necesidades básicas del ser humano según Virginia Henderson, y proporcionar los cuidados integrales, de acuerdo a las necesidades fisiopatológicas que se vean afectadas en la paciente.

ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar de manera sistemática la valoración física utilizando para la recolección de datos el instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- ✓ Definir los fundamentos fisiopatológicos de la paciente.
- ✓ Elaborar diagnósticos de enfermería con formato NANDA con la finalidad de restablecer los problemas y necesidades del paciente para una mejor calidad de vida.
- ✓ Planificar las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o a disminuir los problemas de salud detectados, mediante la taxonomía NIC, y NOC.
- ✓ Ejecutar las acciones de enfermería planificadas.
- ✓ Evaluar resultados de las acciones de enfermería aplicadas.

JUSTIFICACIÓN

El Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.) es parte crucial y guía importante en la atención que brinda la enfermera en el cuidado de toda persona enferma; además se debe de ver como un instrumento que ayuda al desarrollo de habilidades en el proceso del cuidado.

En el se pueden identificar no solo las necesidades de carácter objetivo sino también las subjetivas ya que el P.A.E. abarca todas las esferas de la vida de una persona, familia y/o comunidad, y con esto, la corrección y tratamiento de conductas o necesidades que alteran su salud.

Este proceso está basado en el modelo teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson, a una paciente con Hipertermia Maligna donde se jerarquiza las necesidades básicas, dando mayor énfasis en las que son vitales, tratándolo como un ser holístico e integral al paciente ya que siempre se realizan con una manera íntegra, siempre respetando la integridad del paciente, por lo tanto la enfermera otorgará cuidados enfocados a un ser biosicosocial.

Se sabe que la Hipertermia Maligna se ha venido sucediendo una mayor comprensión de este síndrome. Aunque revisando la literatura ya se describieron casos a principios de siglo. Las incidencias registradas oscilan entre 1:10.000 y 1:50.000 actos anestésicos. La mayor incidencia aparece en la población infantil y de adultos jóvenes. Se ha encontrado que existe un mayor número de casos en el sexo masculino. Se ha encontrado también que la frecuencia más alta tiene lugar en el curso de cirugía sobre malformaciones músculoesqueléticas como el estrabismo, la hernia, la escoliosis, cirugía plástica, criptorquidia y cirugía dental.

1.- MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES

La práctica de los cuidados de enfermería es la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar los cuidados de calidad. Algunos de los más fundamentales constituyen un conjunto de elementos en los que se basa el ejercicio de la profesión, a la vez que le confiere características especiales.

Los cuidados de enfermería son un factor clave para la supervivencia del paciente y para aspectos relacionados con el mantenimiento, la rehabilitación y la prevención de enfermedades, primordialmente estos elementos se refieren a la capacidad que ha de tener la enfermera de basar su práctica en un marco conceptual definido, apoyándose en determinados conocimientos y de establecer una relación enfermera-paciente, debe igualmente ser capaz de aplicar estas funciones en los diferentes niveles de prevención.¹

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Según Florence Nightingale (1859).

La enfermería es “La encargada de la salud personal de alguien.... Y lo que la enfermería tiene que hacer.... Es poner a la persona en las mejores condiciones para la naturaleza actué sobre él”.

¹Hernández, R., Rodríguez, G., y Sandoval, E. (1997). *Proceso de Enfermería. Antología*, UNAM ENEO. SUA. México. Distrito Federal.

Enfermería: Es la “ciencia” (Leddy, 1989) y el “arte” (Iyer, 1997) de proporcionar cuidados de “predicción, prevención y tratamiento” (Alfaro, 1999) de las “respuestas humanas” (Iyer, 1997) del “individuo, familia y comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales” (Luis, 1998); así como la colaboración de los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.²

La enfermería reúne las características sistémicas de la ciencia; parte de un nuevo paradigma para dar respuesta a los problemas de enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, métodos y técnicas que evolucionan. Tiene coherencia en la interrelación de hechos, principios, leyes y teorías; existencia de un campo definido del conocimiento “ las respuestas de los seres humanos a la salud y la enfermedad”; expresión de proposiciones universales de los fenómenos que pretende investigar que ofrecen una base para la fiabilidad y validez de su práctica, estableciendo interconexiones entre los conceptos de metaparadigma “ persona, salud, entorno y enfermería”; empleo del concepto de la lógica y explicación de sus investigaciones y argumentos.

Así entonces, de acuerdo a estas concepciones La razón de ser de la enfermera es: “Cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y/o comunidad, por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas.

²Iyer, P.W; Taptich, B.J; y Losey. (1997). *Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería*. (3 ed.). México: Ed. Mcc Graw- Hill, Interamericana.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

BIOGRAFÍA

Virginia Henderson, la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson estudio en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía de Washington DC.

Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería. En 1918, ingreso en la Armany School of Nursing de Washington DC y se graduó en 1921. Después, acepto un puesto de enfermera en Henry Street Virsiting Nurse Service de Nueva York. En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años después, entro en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde se licenció como profesora de enfermería y donde posteriormente realizo master. En 1929, trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regreso al Teachers College como profesora en 1930 y trabajo allí impartiendo cursos sobre el proceso enfermero analítico y la practica hasta 1948.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Mientras era profesora del Teachers College, reescribió la cuarta edición del libro de Berta Harmer de 1939 *Textbook of the Principles and Practice od Nursing*, la quinta edición de este libro de texto, que fue publicada en 1955, ya incluía la definición de enfermería de Henderson. Desde principios de los años cincuenta, Henderson empezó a colaborar con la Universidad de Yale y aprovecho esta colaboración para potenciar la investigación enfermera. Desde 1959 hasta 1971, dirigió el proyecto para elaborar el *Nursing Studies Index*, financiado por la Universidad de Yale. Esta obra consiste en un índice de cuatro volúmenes con comentarios sobre publicaciones biográficas, analíticas e históricas de la enfermería desde 1900 a 1959. Al mismo tiempo, Henderson escribió sola o en colaboración otras obras importantes. Su opúsculo, *Basic Principles of Nursing Care*, se publicó para el

International Council of Nurses de 1960 y se tradujo a más de 20 idiomas. Colaboro durante cinco años con Leo Simmons para elaborar un estudio en Estados Unidos sobre la investigación enfermera, que se publicó en 1964. Su libro, *The Nature of Nursing*, publicado en 1966, describe el concepto que Henderson tenía de la función única y primaria de la enfermería. La National League for Nursing lo volvió a publicar en 1991. Henderson y Gladys Nite escribieron conjuntamente la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing*, publicada en 1978, y Henderson se encargó de editarla.

Gracias a sus logros y a su influencia en la profesión enfermera, fue nombrada doctora honoris causa en más de nueve ocasiones y consiguió el primer premio Christiane Reimann que se concedió. Asimismo, le otorgaron el premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing estadounidense.

En la convención de la American Nurses Association (ANA) de 1988, recibió mención honorífica especial por sus contribuciones a la investigación, la educación y la profesionalización de la enfermería.

Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enfermeras en todo el mundo.

1.1 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson es ubicado en las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Que pertenecía a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la que realiza las acciones que el paciente no puede utilizar en un determinado momento de su ciclo de vida (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado la

independencia por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.³

FUENTE TEÓRICAS

En *The Nature of Nursing* obra escrita por Henderson, identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Entre estas se encuentran:

- ✓ **ANNIE W. GOODRINCH:** Década de la Army School of nursing, donde Henderson adquirió su educación básica en enfermería, fue su gran inspiradora.
- ✓ **CAROLINE STACKPOLE:** Profesora de fisiología en el Teachers College de la Universidad de Columbia cuando Henderson era estudiante. Inculco en Henderson la importancia de mantener un equilibrio psicológico.
- ✓ **JEAN BROADHURST:** Profesora de microbiología de Teachers College. De ella aprendió la importancia de la higiene y la asepsia.
- ✓ **EDWARD THORNDIKE:** Trabaja en el departamento de psicología del Teachers College. Realizo estudios sobre las necesidades básicas de los seres humanos. Gracias a él, Henderson advirtió que la enfermedad es más un estado de alteración de la salud y que en los hospitales no se satisfacen la mayoría de las necesidades.
- ✓ **GEORGE DEEVER:** Físico y trabajaba en el Institute for the Crippled and Disabled y, más tarde, también en el Bellevue Hospital. Henderson aprendió de él que el objetivo de los esfuerzos de rehabilitación es devolver al paciente la independencia.
- ✓ **BERTHA HARMER:** Una enfermera canadiense, fue la autora original de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, que Henderson reviso. Ella y Henderson nunca se conocieron, pero las similitudes entre sus respectivas definiciones de enfermería son evidentes. La definición de

³Phaneuf Margot. (1993). *Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona*. Madrid España. McGraw Hill.

Harmer de 1922 empieza así: “La enfermería tiene sus raíces en las necesidades de la humanidad”.

- ✓ **IDA JEAN ORLANDO (PELLETIER):** Henderson reconoció que Orlando la había influido en el concepto de la relación enfermera-paciente. Afirmando: “Gracias a Ida Orlando, me di cuenta de lo fácil que es que la enfermera interprete mal las necesidades del paciente si no verifica su interpretación con él”.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPÍRICAS

Henderson incorporo principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería. Sus conocimientos en estas áreas se basaban en las enseñanzas de Stackpole y Thorndike durante la época que estudio en el Teachers College.

Stackpole baso su curso de fisiología en el principio de Claude Bernard de que la salud depende del contante mantenimiento de la linfa alrededor de la célula. A partir de esta idea, Henderson llego a la conclusión de que “una definición de enfermería debe incluir el principio de equilibrio fisiológico”. Gracias a la teoría de Bernard, Henderson también descubrió la medicina psicosomática y sus implicaciones para la enfermería. Expuso su punto de vista del siguiente modo: “Cuando me di cuenta de que una emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares, la idea de que el equilibrio fisiológico resulto obvia”.

Henderson no especifico las teorías que Thorndike defendía; solo dijo que trataban sobre las necesidades básicas de los seres humanos. A pesar de ello, en las 14 necesidades físicas hasta las psicológicas, puede observarse una correlación con la jerarquía establecida por Abraham Maslow. Henderson no cita a este autor como fuente de influencia, pero describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing* en 1978.

METAPARADIGMA

Virginia Henderson define los cuatro conceptos del metaparadigma así:

- **ENFERMERÍA**

Henderson definió enfermería en términos funcionales así: “La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, al realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación en algunos casos una muerte tranquila, que llevara a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápido posible”.

- **SALUD**

Henderson no da una definición propia de salud, pero en algunos de sus escritos ella compara la salud con la independencia. Ella interpreta salud como la capacidad del paciente de llevar a cabo sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Afirma: “Es más importante la calidad de la salud que la vida misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”.

- **CUIDADO**

Conjunto de intervenciones terapéuticas. Reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y, dirigidas a satisfacer las necesidades de la persona, para que alcance su independencia o supliendo su autonomía.

- **ENTORNO**

Henderson tampoco dio una definición propia de entorno, en vez de esto cita el siguiente libro *Webster's New Collegiate Dictionary*, de 1961, en el que se define entorno como “El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.

- **PERSONA**

Ella pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así era contemplado al paciente y a su familia como una unidad.

CONCEPTOS RELACIONADOS AL MODELO DE HENDERSON

INDEPENDENCIA

Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud. Una característica de este modelo es que impide la práctica rutinaria, ya que se tiene que adaptar a cada persona, y si esta ha alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial.

AUTONOMÍA

Es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

DEPENDENCIA

Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para lograr un nivel óptimo de satisfacción de las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida. Esta causada por una falta de fuerza de conocimiento o voluntad.

AGENTE DE AUTONOMÍA ASISTIDA

Con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia: respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar piel y mucosas limpias y procurar un entorno seguro.

DIFERENCIA ENTRE FALTA DE AUTONOMÍA Y FALTA DE FUERZA

La diferencia entre una y otra es que cuando hay una falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene un potencial que desarrollar y que permite suponer que en un futuro aumentará o recuperará la independencia. Por el contrario, en la falta de autonomía, o bien la persona por su edad y su etapa de desarrollo aún no ha adquirido las habilidades para hacer por sí misma las actividades necesarias o bien las ha perdido temporalmente (por ejemplo en el caso del enfermo quirúrgico, que necesita ser suplido durante unos días pero no tiene que desarrollar capacidades porque sólo las ha perdido por un tiempo).

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA

Son conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida.

Por indicador de conducta se entiende los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representa o la señala, por ejemplo la relación talla/peso no es una conducta, pero sí un dato indicador de la adecuación de la dieta de la persona a su gasto energético.

MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA

Son las acciones que realiza la persona y son incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

DATOS QUE DEBEN CONSIDERARSE

Son aquellos datos que son relevantes para el cuidado. Estos datos pueden referirse tanto al usuario como al entorno, y varían de una persona a otra. Por ejemplo: preferencias alimentarias cuando está ingresado y debe de introducir cambios en su dieta.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Se establecen tres niveles en la relación enfermera-paciente y estos son:

- ✓ **LA ENFERMERA COMO SUSTITUTA DEL PACIENTE:** Este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- ✓ **LA ENFERMERA COMO AUXILIAR DEL PACIENTE:** Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- ✓ **LA ENFERMERA COMO COMPAÑERA DEL PACIENTE:** La enfermera supervisora y educa al paciente pero es el quien realiza su propio cuidado.

RELACIÓN ENFERMERA-MÉDICO:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

RELACIÓN ENFERMERA-EQUIPO DE SALUD:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.⁴

⁴Rodrigo L; Fernández, F; Navarro; G. (2005). De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson. (3 era ed). Barcelona, España: Ed. Masson.

1.2 DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS

Aunque no esté claramente especificado en los escritos de V. Henderson, se deduce que para ella el concepto de necesidad no presenta el significado de carencia, sino de requisito. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer existen independientemente del diagnóstico médico. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.

De manera especial afecta a los cuidados la edad, situación social la formación cultural, el estado emocional y las capacidades físicas e intelectuales de la persona.

El modelo de Virginia Henderson y el Proceso de atención de Enfermería cuenta para determinar qué fuentes de dificultad tiene el paciente para cubrir sus necesidades. Estas son:

1. NECESIDAD DE RESPIRAR

Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

Términos que debemos valorar: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, ritmo respiratorio, tos, etc.

Factores que influyen en esta necesidad: postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo, etc.

2. NECESIDAD DE BEBER Y COMER

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc.

Términos que debemos valorar: Alimentos, apetito, electrolitos, hambre, metabolismo, nutrición, saciedad, etc.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, status socioeconómico, religión, cultura, etc.

3. NECESIDAD DE ELIMINAR

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.

Términos que debemos valorar: defecación, diuresis, micción, heces, sudor, orina.

Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicio, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.

Términos que debemos valorar: amplitud, ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR:

Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo cardiaco, sueños.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo, medio ambiente.

6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

Términos que debemos valorar: vestimenta, ropa.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, status social, empleo, cultura.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

Términos que debemos valorar: producción de calor, eliminación de calor.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8. NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS

Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.

Términos que debemos valorar: tegumentos.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicios, alimentación, emociones, educación, cultura, corriente social, organización social.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, status socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10. NECESIDAD DE COMUNICAR

En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse a sí mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, conocimientos del yo, intercambio de ideas, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

11. NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES

Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.

Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral religión, ritual espiritual, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12. NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE

Aceptación del rol de cada uno.

Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social, status social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

13. NECESIDAD DE RECREARSE

Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

14. NECESIDAD DE APRENDER

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

Términos que debemos valorar: aprendizaje, enseñanza.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

1.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. Yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN y EVALUACIÓN.

Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen.

En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. Y si comentamos las ventajas, estas, tienen repercusiones sobre la profesión, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo; sobre el paciente, que participa en su propio cuidado y este se le presta de forma continua y con calidad en la atención de forma individualizada, y sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, hace que se convierta en experta, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso.

DEFINICIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

Según Rosalinda Alfaro. (1993) “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”. En el término paciente se incluye también a la familia o la comunidad.⁵

OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso atención enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También permite:

- ✓ Identificar las necesidades reales y potenciales de la persona, familia y comunidad.
- ✓ Establecer planes de cuidados individuales familiares o comunitarios.
- ✓ Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

VENTAJAS

Tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el cliente es beneficiado, por lo que este proceso garantiza la calidad de los cuidados de enfermería. Para el profesional enfermero produce un aumento de satisfacción así como la profesionalidad.

- ✓ Beneficia la contribución de la enfermera a los cuidados preventivos y curativos.
- ✓ Contribuye al desarrollo de conocimientos propios de los cuidados de enfermería y favorece las intervenciones autónomas.
- ✓ Permite a la enfermera ejercer un mayor control sobre su trabajo.

⁵García, G.M. (1997). *El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, una propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería*. México: Ed. Progreso, S.A.

- ✓ Puede servir como instrumento para la evaluación de la calidad de los cuidados y de la carga de trabajo.⁶

CARACTERÍSTICAS

- ✓ Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
- ✓ Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ✓ Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- ✓ Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familiar y los demás profesionales de la salud.
- ✓ Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus frases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático de prestar cuidados enfermeros. Su empleo ha de estar guiado por el modelo conceptual que en este caso es el de V. Henderson.

1. VALORACIÓN

En la valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propio y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado por otro profesional.

Observación

Una descripción de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la enfermera utiliza la vista para percatarse de

⁶Phaneuf, Margot. (1999). *La Planificación de los Cuidados Enfermeros: Un sistema integrado y personalizado*. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana.

cambios de coloración, de tumefacción, de calor y material drenado, de las características de la respiración y de la comunidad no verbal.

Entrevista

La entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de obtener información acerca de su estado de salud con la finalidad de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar y dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento.

Hay dos sistemas de entrevista la dirigida y no dirigida, la dirigida está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, al menos al principio haciendo preguntas cerradas en busca de datos específicos.

En la no dirigida la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y ritmos de charla.

Existen fuentes indirectas por las cuales se puede continuar la entrevista:

- a) Aportaciones familiares e integrantes del entorno del paciente.
- b) Historia clínica actual o alguna anterior.
- c) Informes derivados de los demás miembros de salud.
- d) Material bibliográfico.

Exploración física

La actividad final de la recolección de datos que se utiliza las capacidades de observación para descubrir los problemas de salud por lo que se valora por medio de:

- ✓ Inspección: Es un examen visual cuidadoso y global del paciente.
- ✓ Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.

- ✓ Percusión: Dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos sordos, aparecen cuando se percuten en los músculos o huesos. Mates. Aparecen sobre el hígado y el bazo.
- ✓ Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

2. DIAGNÓSTICO ENFERMERO

En el diagnóstico: proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas, y formularlas.

Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y que se soluciona a través de intervenciones determinadas por ella. Definen la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. Se describe el problema, la causa o causas mediante la fórmula “relacionado con” (r/c) y según los datos objetivos o subjetivos “manifestado por” (m/p).

Se utilizan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) DE 1990. El modelo de V. Henderson determina problemas relacionados con la autonomía y problemas relacionados con independencia.

Problemas con relación a la autonomía

Reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas que satisfagan sus necesidades básicas, así como la carencia de un cuidador. La falta de capacidad puede ser debido a la edad, o por pérdida temporal debido a una enfermedad. La enfermería tiene una función de suplencia o ayuda para cubrir las necesidades del usuario.

Problemas con relación a la independencia

Pueden dividirse en:

- **Diagnósticos reales.** Identifica situaciones en las que el usuario ha perdido o no ha alcanzado el nivel óptimo de desarrollo de su potencial para lograr la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Hay factores causales originados por una o más áreas de dependencia.
- **Diagnósticos de riesgo.** Identifican situaciones en las que el usuario está a punto de perder su independencia. No hay manifestaciones de dependencia, pero están a punto de aparecer en un futuro por la presencia de factores relacionados.
- **Diagnósticos de salud.** El usuario puede aumentar el nivel de desarrollo de su potencial, demuestra conductas adecuadas pero puede y quiere mejorarlas.

Problemas de colaboración

Son aquellos problemas de salud reales o potenciales. Se denominan problemas interdependientes o complicaciones potenciales, en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por el médico.

Dependen principalmente de la patología del paciente, de la aplicación del tratamiento médico y del control de la respuesta a éste, así como, de la evolución de la situación patológica. Se presentan con pocas variaciones entre unos enfermos otros que se encuentran en la misma situación. Estos problemas son más fáciles de estandarizar. Es importante consensuar con los médicos cuales son las complicaciones más frecuentes relacionadas con estas situaciones patológicas, su diagnóstico y su tratamiento y también las actividades de prevención y control más indicadas.

La enfermería es plenamente responsable de su actuación aunque la responsabilidad del resultado final recae sobre el médico. Para nombrar estas

situaciones es necesario utilizar la terminología médica que describe las alteraciones de la homeostasis biológica.

Pueden tratarse de problemas ya existentes o reales (PI) o pueden referirse a complicaciones potenciales (CP) para indicar que el problema aún no existe y hay que vigilar o prevenir si es posible.

3. PLANIFICACIÓN

Consiste en el establecimiento de prioridades y la identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos.

Al formular objetivos hay que distinguir entre los problemas de colaboración donde la enfermera no es la única responsable y se han de formular en detectar signos y síntomas e instaurar medidas preventivas.

Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermería. Hay objetivos para los diagnósticos de riesgo, para los reales y para los de salud. Deben tener sujeto, verbo, tiempo, modo y medida.

Para los problemas con relación a la autonomía se identifica la capacidad del paciente y se establece la ayuda necesaria, se implicará al usuario en la medida de lo posible en sus cuidados. Si el paciente no tiene autonomía se determina quién es la persona que desempeñará el papel de agente de autonomía asistida y si un familiar, la enfermera se asegurará que posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas y si no posee conocimientos ni habilidades se planificarán intervenciones para desarrollar capacidades.

En los problemas con relación a la independencia se puede abordar desde la orientación al problema o la causa e incidir sobre las fuentes de dificultad, instruyendo, animando o desarrollando capacidades.

Objetivos: Reflejan el resultado esperado, en términos de nivel de desarrollo del potencial para lograr la independencia, tras la realización de las intervenciones, y son distintos si se tratan de problemas reales de riesgo o de salud.

Determinación de intervenciones y actividades: Se deben consensuar con el usuario/familia y variarán en función del tipo de problemas de que se trate.

4. EJECUCIÓN

Es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermería presta sus servicios. Consta de preparación, realización y registro de la actuación y resultados. Debe dar todo el protagonismo a la persona/familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados. El modelo adoptado repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas en la etapa anterior.

5. EVALUACIÓN

En la fase de evaluación, se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Consta de valoración de la situación actual del usuario, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados. Al igual que sucedía en la etapa de valoración, durante la evaluación, el modelo adoptado, dicta los datos objetivos y subjetivos necesarios para valorar el estado de salud de la persona en repuesta a la actuación enfermera, y permite determinar el grado de consecución de objetivos propuestos a fin de determinar, la actuación que debe seguirse.



7

1. **Valoración:** Recoger y organizar información de la salud del paciente, la familia y el entorno.
2. **Diagnósticos:** Identificar problemas reales o potenciales, detectar las necesidades.
3. **Planeación:** Establecer un Plan de Cuidados: Objetivos, intervenciones.
4. **Ejecución:** Llevar a cabo las intervenciones: Realizar las actividades programadas.
5. **Evaluación:** Determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

⁷Cuadro de las etapas del Proceso Atención de Enfermería, elaborado por María Fernanda Jiménez Chávez.

2.- METODOLOGÍA

El presente Proceso de Atención de Enfermería se eligió como opción de titulación, para lo cual se revisó la bibliografía del Modelo de Virginia Henderson y el Proceso de Atención Enfermería aplicado a una paciente con un diagnóstico inicial de cáncer de mama, pero que presenta una hipertermia maligna en el transoperatorio.

Se obtuvo información en diferentes referencias bibliográficas de apoyo para sustentar las bases teóricas de la elaboración de este Proceso Atención Enfermería para llegar a su desarrollo y aplicado, así como desarrollar un marco teórico bien fundamentado.

Se realizó la elección de la paciente con la cual se realizara el Proceso de Atención Enfermería, aplicando la primer etapa, que es la valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, el día 4 de marzo de 2015, en el servicio de Quirófano turno vespertino, en el Instituto Nacional de Cancerología México, a través de la entrevista directa e indirecta con la persona y la familia en el área peroperatoria, teniendo la autorización para el desarrollo del mismo, se desarrolla en un entorno agradable, respeto y empatía, además de la entrevista en preoperatorio, la paciente paso a UTI por un diagnóstico de Hipertermia maligna y también se le llevó un seguimiento. Se describe el instrumento para la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y se describe la patología de Hipertermia Maligna (ANEXO).

Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería se utilizó la taxonomía editado por la North American Nursing Association (NANDA, la taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC) se utilizó para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería, y la taxonomía Nursing Interventions Classifications (NIC), se utilizó para la clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a

la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.

Se solicitó el apoyo de un profesor de titulación para la elaboración metodológica del Proceso Atención de Enfermería para su revisión y su aprobación. Que sirva de requisito para presentar examen profesional y así obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

3.- PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Descripción del caso.

Datos generales.

Señora María H.V de 41 años de edad, originaria de Xilitla, San Luis Potosí, y residente del Distrito Federal. Ingresa a servicio de Tumores Mamarios del Instituto Nacional de Cancerología México en abril de 2014. Hace un año 2013 noto aumento de la mama derecha, motivo por el cual acude con medico FINC⁸ (Tratamiento realizado fuera del Instituto Nacional de Cancerología) quien solicita mastografía, el 5 de abril de 2014, presentando asimétrica focal de la densidad en mama derecha, se le realizaron 2 biopsias FINC que son concluyentes por no haber encontrado células neoplásicas, por lo que se le realiza otra biopsia guiada por ultrasonido en el Instituto.

Los resultados de patología salen positivos por lo cual la envían a Oncología Médica de Mama, con DX de Cáncer de Mama Derecha EC IIIC Multicentrico, se explica toxicidad, se envía a colocación de catéter y se realiza TAC de tórax y abdomen para valoración de quimioterapia neoadyuvante a base de Paclitaxel semanal 120 mg, 12 ciclos iniciando el 14-07-14 y finalizando el 29-09-14, y FAC (5- Fluorouracilo 800 mg, Ciclofosfamida 800 mg y Adriamicina 80 mg), cada 21 días, iniciando el 12-10-14 y finalizando el 24-12-14.

El 24-07-14 acude a Atención Inmediata por referir tos productiva 6 días de evolución, se receta claritromicina por cuadro de faringitis aguda.

4-08-14, 4 y 5 semana de Paclitaxel 120 mg, manifiesta adormecimiento de la planta de los pies, por lo cual se le receta gabapentina 400 mg.

⁸ FINC (Tratamiento realizado fuera del Instituto Nacional de Cancerología)

11-08-14 Se coloca CVC tipo puerto subcutáneo, en pectoral izquierdo, sin complicaciones, ni incidentes, se toma radiografía para verificar la colocación adecuada del catéter.

1-09-14 Semana 8 y 9 de Paclitaxel, refiere haber tenido, frio, disuria, diaforesis, neuropatía de los pies G2.

29-09-14 Semana 12, se ajusta dosis de Paclitaxel de 120 mg a 100 mg por neuropatía.

13-10-14 Acude a valorar FAC, refiere fatiga y alteraciones de la memoria se le receta filgastrim 3 amp, por presentar neutropenia G3.

22-10-14 Refiere tos y congestión nasal, afebril BH con Neutropenia 11.0, alopecia G1, se le receta paracetamol, seretide diskus y omeprazol.

2-12-14 3er ciclo de FAC, refiere dolor articular en manos y rodilla izquierda, Neutropenia G3 se le receta filgastrim 3 amp.

22-01-15 Valorada por el servicio de RT, después de ser operada, de la cirugía de Mastectomía derecha tipo Madeen y con buena movilidad del brazo iniciara radioterapia 50 Gy.

Su respuesta al tratamiento es adecuada por lo cual se programa para cirugía Mastectomia derecha tipo Madden.

Entra a cirugía el día miércoles 4 de marzo de año presente a las 18:15 hrs, ya casi al finalizar la cirugía cuando están suturando por planos presenta de manera progresiva incremento de la CO2 hasta 60, diaforesis, taquicardia 130 lpm, taquipnea 45 lpm, T/A 140/70 se le toma una glicemia capilar 130 mg/dl, se toma temperatura esofágica, presentando 38°C incrementando hasta 43 °C, se da terminado tiempo quirúrgico, se administra Tempra, Metamizol, lavado gástrico con agua fría, se colocan compresas frías y con hielo en todo el cuerpo, se coloca sonda Foley #16 a derivación, se coloca catéter central yugular derecho sin complicaciones, a las 21.30 hrs la paciente se evidencia sin pulso por lo cual se

inicia RCP avanzado en 2 ciclos y es trasladada a UTI, ingresos sol. Salina 2000 cc, sol. Hartman 2000 cc, ingresando a UTI, hemodinámicamente inestable con trastornos del ritmo cardiaco y presentando nuevo evento de paro cardiorespiratorio de 6 min de duración saliendo con taquicardia sinusual con persistencia de estado de choque SOFA⁹ puntos, se continua con manejo de medios físicos lográndose el control de la temperatura, sangrado activo por drenaje Biovac derecho, como por sonda nasogástrica y narinas, se ajusta soporte ventilatorio y se corrige acidosis respiratoria, se continua con reanimación hídrica con cristaloides y coloides para corrección de trastorno de la coagulación, se mantiene bajo sedación, continua con propofol y fentanilo con RASS -5, pupilas midriáticas, arreflexicas, para manejo de estado pos paro.

GASOMETRÍAS

22:30 VENOSA CENTRAL: PH 6.94, PCO₂ 91, PO₂ 19, HCO₃ 19.5, BE 12.8, Saturación 100%, lactato 7.0 mmol.

23:30 VENOSA CENTRAL: PH 7.27, PCO₂ 43, PO₂ 71, HCO₃ 19.7, BE 7.2, Saturación 100%, lactato 11.1 mmol.

00:30 ARTERIAL: PH 7.35, PCO₂ 28, PO₂ 266, HCO₃ 15.5, BE 10.1, Saturación 100%, lactato 12.0 mmol.

LABORATORIOS DE INGRESO A UTI

Hb 9.3 g/dl, Hto 28.9 %, Leucocitos 12.7 uL, Plaquetas 109 mil, TP 29, TTP 65.5, INR 2.63.

Na 139 mEq/L, K 4.5 mEq/L, Cl 103 mEq/l, Glucosa 281 mg/dl, Urea 36.3 mg/dl, Bun 17.1 mg/dl, Cr 14.4 mg/dl, Albúmina 2.2 g/dl, Ca 8.1 mg/dl, P 7.7 mg/dl, Mg 2.89 mg/dl, DHL 915 mg/dl.

⁹El SOFA es un sistema de medición diaria de fallo orgánico múltiple de seis disfunciones orgánicas.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

- ✓ Quirúrgicos Cesárea hace 20 años
- ✓ Alérgica a la Penicilina.
- ✓ Transfusiones Negadas
- ✓ Niega toxicomanías y enfermedades crónico degenerativas

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

- ✓ Uso anticonceptivo DIU hace 10 años
- ✓ Uso anticonceptivos por un mes
- ✓ Menarca 14 años
- ✓ IVSA 18 años
- ✓ Gestas 2, Parto:1, Cesárea: 1
- ✓ N° de parejas sexuales: 3
- ✓ FUM 19-04-14

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

- ✓ Niega antecedentes familiares con Cáncer
- ✓ Tía paterna Diabetes Mellitus
- ✓ Padre finado por Infarto agudo al Miocardio (padecía Hipertensión arterial sistémica)
- ✓ Abuela materna con Asma viva

3.1 Valoración de Enfermería Preoperatoria

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- ✓ Nombre: María H.V
- ✓ Edad: 41 años.
- ✓ Sexo: Femenino
- ✓ Peso: 70 kg
- ✓ Talla: 1.60
- ✓ Superficie Corporal: 1.76
- ✓ Escolaridad: Bachillerato Técnico
- ✓ Ocupación: Empleada
- ✓ Estado civil: Divorciada
- ✓ Lugar de residencia: México D.F.
- ✓ Religión: Católica
- ✓ DX: Ca de mama derecha EC IIIC
- ✓ Exp: 142704
- ✓ CX: Mastectomía simple unilateral tipo Madden
- ✓ Valoración de enfermería: 4 de marzo de 2015

Se trata de paciente, proveniente de cirugía ambulatoria, consciente, orientada, cooperadora al interrogatorio y exploración física, acompañada de un familiar (hija), niega HAS, DM, alérgica a la penicilina, tiene poco conocimiento acerca de su cirugía, se muestra algo angustiada cuando se despide de su hija, ella manifiesta, "que sea lo que Dios quiera", que esta consiente que le quitaran el seno, pero es para quitarle la enfermedad, que será duro verse al espejo sin un seno, pero le dará más alegría estar con sus hijos por un largo tiempo, su hija se manifiesta, angustiada preocupada, y le dice al personal de enfermería que se las encarga, le da su bendición y se traslada a sala, cuando su hija se retira manifiesta tener miedo a morir y no volver a ver a su familia. Paciente en ayuno desde ayer a

las 17:00 hrs, ligera palidez de tegumentos, mucosas orales semihidratadas, en silla de ruedas, con vestimenta hospitalaria, cuello cilíndrico sin adenomegalias palpables, tórax normal con respiraciones toraco abdominales , sin presencia de secreciones a la auscultación física, mama derecha con abultamiento, ritmo cardiaco con buen tono, ritmo e intensidad, catéter de instalación periférica en miembro superior izquierdo # 18 funcional con Solución Salina 0.9% de 1000 cc, abdomen blando depresible indoloro a la palpación profunda, sin visceromegalias, ni masas palpables, miembros pélvicos sin compromiso, resto de la valoración sin cambios.

3.2 Valoración de Enfermería Transoperatoria

Ingresa a sala quirúrgica # 5, se coloca en mesa quirúrgica en posición decúbito dorsal, se observa que está inquieta, nerviosa, ya que no hay anestesiólogo y espera en sala aproximadamente 1 hora, se monitorizan signos vitales encontrando cifras dentro de los parámetros basales FC: 78 lpm, FR: 20 rpm, T/A: 118/72 mm/Hg, Sat O₂: 98%, se induce anestesia general balanceada, se realiza lavado mecánico, se colocan campos y se cierra circuito. Inicia cirugía a las 18:15 hrs, realizando incisión fusiforme en mama derecha, se disecan colgajos superior e inferior, hasta límites quirúrgicos convencionales, se disecciona glándula mamaria hasta fascia del pectoral, se procede a disección radical de axila, sale pieza quirúrgica, se verifica hemostasia y se colocan drenajes biovac, se sutura por planos anatómicos, cuenta textil completa, sangrado de 350 ml, a las 20:30 hrs presenta de manera progresiva incremento de la CO₂ hasta 60 mmol/ L, diaforesis, taquicardia 130 lpm, taquipnea 45 rpm, T/A 140/70 mm/Hg se le toma una glicemia capilar 130 mg/dl, se toma temperatura esofágica, presentando 38°C incrementando hasta 43°C, se da terminado tiempo quirúrgico, se administra paracetamol 1g, metamizol 1g, lavado gástrico con agua fría, se colocan compresas frías con hielo en todo el cuerpo, se coloca sonda Foley #16 a derivación, se coloca catéter central yugular derecho sin complicaciones, a las 21.30 hrs la paciente se evidencia sin pulso por lo cual se inicia RCP avanzado en 2 ciclos y es trasladada a UTI, ingresos sol. Salina 2000 cc, sol. Hartmann 2000 cc.

3.3 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA TRANSOPERATORIA UTILIZANDO LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

Oxigenación

Se encuentra orointubada con cánula orotraqueal # 7.5 fr. Se conecta a máquina de anestesia para apoyo ventilatorio y monitorización, con intercambio gaseoso adecuado durante la cirugía, al término de la cirugía presenta aumento del CO₂ de 60 mmol/L, taquicardia 130 lpm, taquipnea 45 rpm, tensión arterial de 140/70 mm/Hg.

Gasometría:

- ✓ PH: 7.08
- ✓ PCO₂: 93mmHg
- ✓ PO₂: 167 mmHg
- ✓ Lac: 1.9
- ✓ SaO₂: 95 %

Nutrición e Hidratación

Se ingresó un volumen aproximado de 4000 ml de cristaloides, ingresa a sala con una solución Salina 0.9% de 1000 cc, los cuales se pasan en infusión rápida, se le vuelve administrar 1000cc de solución salina 0.9%, y después 2000 cc de solución hartmann primero 1000 cc y luego 1000 cc en infusión rápida, por lo que es entregada a UTI con solución hartmann.

Eliminación

Durante la cirugía, no se le coloca sonda Foley, debido a que en el Instituto consideran la cirugía tipo Madden rápida, menos de 2 horas, sino hasta que empieza a presentar hipertermia, se le coloca sonda a derivación. Presenta un sangrado de aproximadamente 350 ml.

Moverse y Mantener una buena postura

Se encuentra limitada al movimiento por estar en un estado de anestesia completo.

Descanso y sueño

Inducción de anestesia con sedación mínima y moderada escala de RASS -3 (Richmond Agitation Sedation Scale) movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual, se administra una cantidad moderada de Fentanilo 250 mg, se hace respirar oxígeno al paciente a través de la mascarilla y se infunde lentamente el propofol para sedación profunda RASS -4 Sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico, 150 mg y Cisatracurio Besilato 10 mg, controlando la FC y la TA. En 15 a 20 segundos se habrá conseguido el sueño del paciente con ausencia del reflejo palpebral y apnea, después se asiste con ventilación manual con mascarilla, a los 20 segundos se añade Sevoflurano 35, se orointuba con cánula 7.5 fr, al primer intento, sin complicaciones clasificación de Mallampati modificada II visualización del paladar blando, apertura de la faringe y úvula, se fija la cánula, comienza la cirugía y administran Ranitidina 50 mg, Dexametasona 8 mg, Metoclopramida 10 mg, Ondasetron 4 mg, Ketorolaco 60 mg, Ketoprofeno 100 mg. Se mantiene sedado con un Ramsay 6, sin respuesta, Escala RASS -4 sedación profunda.

Uso de prendas de vestir adecuadas

Portadora de ropa intrahospitalaria, según los lineamientos del hospital, así como medias de compresión en miembros pélvicos y campos quirúrgicos como parte del circuito cerrado durante la operación.

Termorregulación

Durante la mastectomía se mantiene en 36.5°C, conservando la temperatura durante todo el acto quirúrgico. Al terminar acto quirúrgico presenta diaforesis, se decide tomar la temperatura esofágica con 38°C, incrementando hasta 43°C.

Higiene y protección de la piel

Palidez tegumentaria, piel seca, presenta área aséptica en zona quirúrgica e incisión en mama derecha.

Evitar peligros

Se vigila un estado de sedación óptimo, y control de hipertermia con la colocación de medios físicos para evitar complicaciones adyacentes a su mal manejo, así como la fijación del catéter central yugular, y colocación de medias antitromboticas como medida de antiedema.

Necesidad de comunicarse

No valorable por presencia de tubo oro-traqueal y sedación.

Vivir según las creencias y valores

No valorable por presencia de tubo oro-traqueal y sedación.

Necesidad de trabajar y realizarse

No valorable por presencia de tubo oro-traqueal y sedación.

Participar en actividades recreativas

No valorable por presencia de tubo oro-traqueal y sedación.

Necesidad de aprendizaje

No valorable por presencia de tubo oro-traqueal y sedación.

3.4 JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES AFECTADAS

Necesidad	Grados de dependencia
1.- Oxigenación	Dependiente
2.- Alimentación e hidratación	Dependiente
3.- Eliminación	Dependiente
4.- Movimiento y mantener buena postura	Dependiente
5.- Descanso y sueño	Dependiente
6.- Vestido	Dependiente
7.- Termorregulación	Dependiente
8.- Higiene	Dependiente
9.- Evitar peligros	Dependiente
10.- Comunicación	No valorable
11.- Creencias y valores	No valorable
12.- Trabajar y realización	No valorable
13.- Recreación	No valorable
14.- Aprendizaje	No valorable

PLAN DE CUIDADOS TRANSOPERATORIO

- ✓ Traslado del paciente a quirófano
- ✓ Comunicación de la paciente. (Interrogatorio sobre antecedentes de riesgo, enfermedades crónicas degenerativas, alergias y valoración).
- ✓ Protocolos anestésicos ya analgésicos (Dexametasona 8 mg, Ondasetron 4 mg, Ranitidina 50 mg, Metoclopramida 10 mg, Ketorolaco 60 mg, Propofol 150 mg, Fentanilo 250 mg, Besilato de Citatracurio, Sevoflurano).
- ✓ Protocolos en medidas de seguridad, colocación de la paciente, esterilización, asepsia y antisepsia.

DIAGNÓSTICOS EN TRANSOPERATORIO

- ✓ Conocimiento deficiente relacionado con mala interpretación de la técnica quirúrgica a realizar manifestado por angustia, estrés, inseguridad.
- ✓ Riesgo de aspiración relacionado con reducción de nivel de conciencia (RASS -5), intubación endotraqueal y presencia de secreciones.
- ✓ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física inducida por fármacos y tiempo quirúrgico.
- ✓ Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica manifestado por aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal (43°C), calor al tacto, taquicardia y taquipnea.
- ✓ Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión manifestado por frecuencia, ritmo y profundidad respiratorios anormales, gasometría arterial anormal, hipoxia, hipoxemia.
- ✓ Disposición para mejorar la religiosidad relacionado con expresa deseos de reforzar las costumbres religiosas que le han proporcionado confort en el pasado manifestado por expresión verbal, de rezar un rosario antes de entrar a cirugía.
- ✓ Temor relacionado con separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante (procedimientos hospitalarios, patología, cirugía) manifestado por fascias de angustia, miedo a la muerte.

- ✓ Duelo anticipado relacionado con pérdida de un objeto significativo: procesos corporales (Mastectomía) manifestado por alteración en el conducta de pánico, sufrimiento, distrés psicológico.

3.5 VALORACIÓN DE LA PACIENTE EN UCI

El 9 de marzo 2014

Paciente María H.V ubicada en la UCI cursando su 5to día de hospitalización, en posición semifowler, consiente, cooperadora, comunica a través de la escritura, manifiesta tener, incomodidad, dolor por el tubo endotraqueal, palidez tegumentaria, con mucosas orales semihidratadas, con analgesia a base de Fentanilo 0.3 mg/kg/hr, neurológicamente estable, con mejoría del estado de alerta, reflejos osteotendidosos positivos, bajo soporte ventilatorio modo BIPAP FiO₂ 40%, PEEP 5, SatO₂ 92%, Catéter central yugular trilumen funcional, ruidos cardiacos sin compromiso, electrodos en tórax anterior para monitorización de contantes vitales con herida quirúrgica de mastectomía, bien suturada, limpia sin datos de sangrado activo, no dehiscencia, drenajes biovac en axila 270 ml y pectoral 180 ml serohemático, abdomen blando depresible indoloro a la palpación profunda, peristalsis presente, sin megalia, nutrición enteral a 40 ml/hr bajo bomba de infusión, edema bilateral en miembros pélvicos de predominio distal, godett (+), sonda Foley a derivación con características físicas de uresis normal, se mantiene en observación y vigilancia continua proporcionando medidas antiescara e información relacionada con el procedimiento de extubación el cual será hoy por la tarde.

DIAGNÓSTICOS EN UTI

- ✓ Desequilibrio nutricional relacionado con incapacidad para ingerir y digerir alimentos manifestado por pérdida de peso (10 kg).
- ✓ Riesgo de síndrome de desuso relacionado con desequilibrio hidroeléctrico (niveles de calcio).
- ✓ Disminución del gasto cardiaco, relacionado con alteración de la postcarga, manifestado por diaforesis y taquicardia (130 lpm).

- ✓ Protección ineficaz relacionada con perfiles hematológicos anormales (Hemoglobina 6.7 mg/dl, Plaquetas 25,000 mg/dl) manifestado por sangrado activo en drenaje quirúrgico, sonda nasogástrica y narina, sudoración, taquicardia.
- ✓ Respuesta disfuncional al destete de la ventilación mecánica, manifestado por ansiedad y dolor, manifestado por agitación y diaforesis profunda.
- ✓ Riesgo de Infección relacionado con, procedimiento quirúrgicos invasivos y drenajes.

3.6 DIAGNÓSTICOS POR JERARQUIZACIÓN

TRANSOPERATORIO

- 1) Hipertermia relacionado con, aumento de la tasa metabólica manifestado por aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal (43°C), calor al tacto, taquicardia y taquipnea.
- 2) Conocimiento deficiente relacionado con mala interpretación de la técnica quirúrgica a realizar manifestado por angustia, estrés, inseguridad.
- 3) Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión manifestado por frecuencia, ritmo y profundidad respiratorios anormales, gasometría arterial anormal, hipoxia, hipoxemia.
- 4) Riesgo de aspiración relacionado con reducción de nivel de conciencia (RASS -5), intubación endotraqueal y presencia de secreciones.
- 5) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física inducida por fármacos y tiempo quirúrgico.
- 6) Disposición para mejorar la religiosidad relacionado con expresa deseos de reforzar las costumbres religiosas que le han proporcionado confort en el pasado manifestado por expresión verbal, de rezar un rosario antes de entrar a cirugía.
- 7) Temor relacionado con separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante (procedimientos hospitalarios, patología, cirugía) manifestado por fascias de angustia, miedo a la muerte.
- 8) Duelo anticipado relacionado con pérdida de un objeto significativo: procesos corporales (Mastectomía) manifestado por alteración en el conducta de pánico, sufrimiento, distrés psicológico.

UTI

- 1) Disminución del gasto cardiaco, relacionado con alteración de la postcarga, manifestado por diaforesis y taquicardia (130 lpm).

- 2) Protección ineficaz relacionada con perfiles hematológicos anormales (Hemoglobina 6.7 mg/dl, Plaquetas 25,000) manifestada por sangrado activo en drenaje quirúrgico, sonda nasogástrica y narina, sudoración, taquicardia.
- 3) Desequilibrio nutricional relacionado con incapacidad para ingerir y digerir alimentos manifestado por pérdida de peso (10 kg).
- 4) Respuesta disfuncional al destete de la ventilación mecánica, manifestado por ansiedad y dolor, manifestado por agitación y diaforesis profunda.
- 5) Riesgo de síndrome de desuso relacionado con desequilibrio hidroeléctrico (niveles de calcio).
- 6) Riesgo de Infección relacionado con, procedimientos quirúrgicos invasivos y drenajes.

3.7 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad alterada: Termorregulación	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00007) Hipertermia relacionado con aumento de la tasa metabólica manifestado por aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal (43°C), calor al tacto, taquicardia y taquipnea. ¹⁰								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Restablecer y mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros basales a través de la implementación de medidas antipiréticas a fin de evitar complicaciones relacionadas al proceso hipertérmico. 								
Intervenciones			Fundamentación			Ejecución		
3840 Precauciones en la Hipertermia Maligna 1.- Revisar los cuidados de urgencia para hipertermia maligna con el personal, según el protocoló. 2.-Interrumpir el uso de agentes desencadenantes de anestesia en la paciente. 3.- Colocar bajo la paciente un colchón de agua refrigerante. 4.- Monitorizar los signos durante la hipertermia (p.ej, hipercapnia, hipertermia, taquicardia, taquipnea, acidosis metabólica, arritmias, cianosis, piel moteada, rigidez muscular, diaforesis e inestabilidad de la presión arterial).			1.- La hipertermia sigue siendo una urgencia que depende de la rapidez que se establezca el diagnóstico y el tratamiento por lo tanto se requiere de un grupo multidisciplinario. 2.-Los anestésicos inhalatorios volátiles gaseosos (por ejemplo, halotano, enflurano, sevoflurano. desflurano) son productores de la hipertermia maligna, así como el relajante muscular succinilcolina. 3.-El colchón planificado es el que se realiza en pacientes, con hipertermia maligna secundaria a agentes anestésicos, situación que constituye una emergencia en la cual se debe enfriar al paciente. 4.-La monitorización de las constantes vitales es un factor clave en el seguimiento estricto del estado clínico del paciente crítico aunque el nivel de gravedad nos obligará a una monitorización más o			1.- El anestesiólogo a cargo nos dice como es el protocolo y las intervenciones que hay que realizar. 2.-Se interrumpen los anestésicos inhalatorios y solo quedan los intravenosos. 3.- Se coloca hielo alrededor de la paciente. 4.- Se monitorizan los signos vitales cada 10 minutos.		

¹⁰ Herdman, TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. 9ª ed. Barcelona: El sevier; 2012.

<p>5.- Monitorizar la presencia de anomalías en los valores de laboratorio (p.ej, aumento del nivel de dióxido de carbono, aumento de calcio sérico, aumento de potasio, acidosis metabólica inexplicada, hematuria y mioglobulinuria).</p> <p>6.-Monitorizar los resultados electrocardiográficos.</p> <p>7.- Hiperventilar con oxígeno al 100% usando el flujo más alto posible.</p> <p>8.- Preparar y administrar la medicación (p.ej, dantroleno sódico, bicarbonato, sódico, insulina, antiarrítmicos distintos a los calciantagonistas y diuréticos osmóticos de asa.</p> <p>9.- Lavar el estómago y cavidades corporales con suero salino fisiológico estéril helado.</p> <p>10.- Monitorizar la uresis, PVC.</p> <p>11.- Evitar el uso de fármacos como el cloruro o gluconato cálcico, glucósidos cardiacos, adrenérgicos, atropina y soluciones de Ringer lactato.</p>	<p>menos cruenta.</p> <p>5.- Los signos de laboratorio son debidos todos ellos a lesiones de las membranas plasmáticas de las células musculares.</p> <p>6.-Electrocardiográficamente pueden aparecer ondas T picudas así como ensanchamiento del QRS. Suele haber inestabilidad hemodinámica.</p> <p>7.- El consumo de oxígeno llega a triplicarse en la HM en el momento de máximo metabolismo.</p> <p>8.- El dantroleno atenúa la elevación del calcio intracelular. Bicarbonato de sodio para corregir la acidosis metabólica monitorizada por los gases sanguíneos.</p> <p>9.-La solución utilizada para el lavado gástrico es helada la temperatura corporal puede disminuir.</p> <p>10.-La inestabilidad hemodinámica por mala administración o redistribución de líquidos puede presentarse.</p> <p>11.- La atropina y el resto de vagolíticos se ha visto que poseen un efecto agravante.</p>	<p>5.-Se toman laboratorios, gasometría arteria,glucemia capilar.</p> <p>6.- Se coloca el equipo del electrocardiograma saliendo alterado el resultado.</p> <p>7.- Se proporciona oxigeno con mascarilla.</p> <p>8.- Se administran y ministran los medicamentos correspondientes, pero el hospital no cuenta con Dantroleno por lo que se solicita al familiar.</p> <p>9.- Se realiza lavado gástrico con solcion salina fría.</p> <p>10.- Se coloca sonda Foley y se cuantifica la uresis. La PVC se toma en UTI cuando la paciente está estable.</p> <p>11.- Se evita usar fármacos prescritos por anestesiólogo, ya que alteran la patología.</p>
<p>Evaluación: Solo logro que se le bajara 1°C, a pesar del hielo, lavado gástrico, antipiréticos, ingresa a UTI, con 42°C.</p>		

Necesidad alterada: Aprender	Fuente de dificultad: *F.F * F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Acompañante	Nivel de dependencia	1	<u>2</u>	3	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00126) Conocimientos deficientes relacionado con mala interpretación de la técnica quirúrgica a realizar manifestado por angustia, estrés, inseguridad.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Establecer una sesión educativa con la paciente por medio de la comunicación efectiva en donde se establezca por medio de información comprensible la resolución de aquellas dudas y temores externados a fin de estabilizar su estado situacional. 								
Intervenciones			Fundamentación			Ejecución		
5618 Enseñanza: Procedimiento/ tratamiento 1.-Informar al paciente y al ser querido acerca de la fecha, hora, duración y lugar programados por la cirugía 2.-Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía 3.-Evaluar la ansiedad del paciente/ ser querido relacionada con la cirugía 4.-Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes 5610 Enseñanza: prequirúrgica. 5.-Describir la rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas/laboratorio, eliminación de orina, preparación de la piel, terapia IV, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano) si procede.			1.- Establece las necesidades de educación del paciente y aclara los errores de información. 2.- El conocimiento preoperatorio ayuda a la paciente a comprender las razones de los procedimientos postoperatorios. 3.- La ansiedad en pacientes que tienen que someterse a una operación quirúrgica conlleva un estado emocional negativo. 4.-Esto para fomentar un ambiente en el que exista comunicación que aumenta la relación de ayuda. 5.- En el contexto hospitalario, y en especial en el escenario quirúrgico, el paciente será el centro de atención constante para brindar una atención integral y de calidad en la que el personal de enfermería juega un papel importante, sin embargo, el trabajo en equipo es indispensable para lograr la calidad durante las etapas peri-operatorias.			1.- Se informa a la paciente sobre todas su dudas acerca de su cirugía. 2.- Se le da una breve explicación acerca de su cirugía. 3.- Se evalúa el grado de ansiedad tanto de la paciente como del familiar. 4.- Se escucha a la paciente sobre sus inquietudes. 5.-Se escriben las rutinas preoperatorias a la paciente, para disminuir el nivel de inquietud y ansiedad.		

<p>6.- Describir las rutinas/ equipos postoperatorio (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas familiares, explicar su objetivo.</p> <p>7.-Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, si procede.</p>	<p>6.- Entregar al paciente quirúrgico información escrita (folletos, hojas Informativas) produce varios efectos positivos: beneficia al paciente, mejora el estado de ansiedad, dolor, cumplimiento de las actividades prescritas, satisfacción del paciente, tiene mejores habilidades para ejecutar tratamientos.</p> <p>7.- La calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana, si la comunicación en la Relación, Enfermera- Médico- Paciente, es deficiente, la posibilidad de conflictos es muy elevada caracterizada por la desconfianza entre médicos-enfermeras y pacientes.</p>	<p>6.-Se le explica en una libreta cuales son los pasos a seguir cuando entre a la sala de operaciones.</p> <p>7.- Se manda a llamar al médico que operara para que la paciente le pregunte sus dudas y quede más informada.</p>
<p>Evaluación: Se logró explicarle claramente el procedimiento que le iban a realizar ya que tardó en llegar el anestesiólogo, se le aclararon sus dudas y preocupaciones, demostró la más confianza, su angustia disminuyo.</p>		

Necesidad alterada: Oxigenación	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00029) Disminución del gasto cardiaco, relacionado con alteración de la postcarga, manifestado por diaforesis y taquicardia (130 lpm).								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Planificar y ejecutar intervenciones de enfermería dirigidas a monitorizar el estado de salud del paciente y favorecer la volemia corporal para evitar complicaciones asociadas a la disminución del gasto cardiaco. 								
Intervenciones			Fundamentación			Ejecución		
42590 Manejo de shock 1.-Monitorizar los signos vitales . 2.-Proporcionar Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y manejar vías aéreas artificiales. 3.-Canalizar y mantener vías venosas (subclavia y 2 periféricas de gran calibre). 4.- Extraer analítica, pruebas cruzadas y cursar. 5.-Administración de líquidos cristaloides. 6.-Administración de noradrenalina en perfusión continúa. 7.- Administración de productos sanguíneos (hematíes, plasma, plaquetas).			1.-La monitorización de los signos vitales nos permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatoriasdel equilibrio sico-físico del individuo. 2.-La ventilación mecánica no invasiva es una modalidad de soporte ventilatorio que permite incrementar la ventilación alveolar, manteniendo las vías respiratorias intactas, no precisa intubación. 3.- Una vía venosa periférica es una técnica invasiva que nos permite tener una vía permanente al sistema vascular del paciente. 4.-pruebas cruzadas, puede ayudar a detectar estos antígenos y se realiza de manera rutinaria antes de las transfusiones. 5.-Las soluciones de cristaloides son fluidos cuya administración permite la reposición equilibrada de agua y electrolitos. 6.- La administración de medicamentos por parte de la enfermera exige el conocimiento del estado clínico del paciente. 7.-La transfusión sanguínea es un procedimiento terapéutico basado en el aporte de los diferentes			1.- Se monitorizan los signos vitales. 2.- Se llama al equipo de inhaloterapia y se proporciona ventilación mecánica no invasiva. 3.- Se le instala catéter venoso central de tres lúmenes. 4.- Se toma muestra de sangre para cruzar y tener preparados los concentrados eritrocitarios. 5.-Se administra solución fisiológica al 0.9 %. 6.-Se administra noradrenalina a 3 mcg/min en UTI. 7.- Al ingreso a UTI se transfunde CE y plaquetas.		

<p>8.-Observar si existe hemorragia externa.</p> <p>9.-Vigilar los niveles de glucosa en sangre y tratar los niveles anormales.</p> <p>10.-Realizar sondaje vesical y medir la diuresis.</p>	<p>componentes sanguíneos (hematíes, plaquetas y plasma).</p> <p>8.-La Hemorragia es la salida de sangre del aparato circulatorio. Generalmente es una extravasación, arterial o venosa.</p> <p>9.- El nivel de glucosa en sangre es la cantidad de glucosa que una persona tiene en la sangre.</p> <p>10.-El sondaje vesical sirve para el control cuantitativo de la diuresis, la obtención de una muestra limpia de orina cuando no se puede obtener por los medios habituales, la recogida de orina de varias horas en pacientes incontinentes, la retención urinaria.</p>	<p>8.-Se observa que ahí hemorragia, en drenajes biovac axilar y pectora, y en la sonda nasogástrica.</p> <p>9.- Se toma muestra de glicemia capital y esta norma 130 mg/dl.</p> <p>10.- Se instala sonda vesical a derivación.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Evaluación: La paciente se encuentra con apoyo de aminos (Norepinefrina) a dosis de 0.6 mcg/kg/hr, con la cual se registran datos significativos positivos, de cual destacan que la presión arterial después de una nueva toma, registrando una última T/A: 96/44, PVC 8, uresis 100 ml/hr. manteniéndose inestable aunque lo ideal sería ir disminuyendo la dosis del vasopresor para evitar esa dependencia al fármaco, posterior se revalorara el uso de en los siguientes turnos.

Necesidad alterada: Oxigenación	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	<u>5</u>
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00030) Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión manifestado por frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria anormal, gasometría arterial anormal, hipoxia, hipoxemia.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Favorecer las condiciones óptimas que regulen y equilibren la ventilación-perfusión, a través de la ejecución de actividades planificadas en base a las condiciones físicas del paciente. 								
Intervenciones			Fundamentación			Ejecución		
2080 Manejo de líquidos / electrolitos. 1.- Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos. 2.- Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia). 3.- Administrar el suplemento de electrolitos prescrito, si procede. 4.- Instaurar medidas para controlar la pérdida excesiva de electrolitos (descanso del estómago, cambio del tipo de diurético o administración de antipiréticos), según sea el			1.- Retención de líquidos, es un aumento en el volumen del líquido intersticial, es decir, una acumulación excesiva de líquidos en los tejidos. 2.- La deshidratación, que es la pérdida de líquidos corporales por mecanismos tales como vómito, diarrea, fístulas o succión gastrointestinal, o la pérdida de plasma por quemaduras o trauma, resulta en disminución del volumen plasmático, uno de los componentes de la volemia (volumen circulatorio). 3.- Las soluciones salinas hipertónicas han demostrado su utilidad en ciertas condiciones, especialmente cuando es necesario limitar la cantidad total de agua que debe ser infundida. 4.- Los fluidos y electrolitos son necesarios para mantener una buena salud, y sus cantidades relativas en el organismo deben mantenerse dentro de un margen estrecho. El equilibrio de los fluidos y de los electrolitos en el			1.- Se observa a la colocación de la sonda Foley que la uresis es escasa. 2.- Existe pérdida de líquidos hemorragia, en drenajes vivac, axilar y pectoral, y en sonda nasogástrica y nariñas. 3.- Se administra solución Hartman de 1000 cc. 4.- Se instauran medidas para controlar la pérdida excesiva de líquidos, se ministra paracetamol, metamizol.		

<p>caso.</p> <p>5.-Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante, cuando sea preciso.</p> <p>3350 Monitorización respiratoria.</p> <p>6.- Anotar los cambios de SaO₂, SV0₂, CO₂ corriente final y los cambios de los valores de gases en sangre arterial.</p> <p>7.-Aspiracion de secreciones controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, Bior y esquemas atáxicos.</p> <p>8.- Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (hipertermia, escalofríos, convulsiones, dolor o actividades básicas de enfermería) que puedan sustituir los ajustes del soporte del ventilador y causar una desaturación de O₂.</p>	<p>organismo es una parte de la homeostasis fisiológica.</p> <p>5.-Infusión vigorosa de cristaloides en forma de soluciones salinas a través de un catéter venoso periférico del mayor calibre posible. Tanto el lactato de Ringer (solución de Hartmann) como la solución salina normal son adecuados. Este es el proceso de reanimación, que en general se logra con los primeros tres litros de cristaloides, si el sangrado ha cedido.</p> <p>6.-Es importante para determinar los valores normales y anormales del funcionamiento, respiratorio estos reflejan el estado fisiológico que son rígidos por los órganos vitales.</p> <p>7.-Durante la aspiración endotraqueal las arritmias cardiacas ocurren normalmente por hipoxemia; sin embargo, también la estimulación mecánica de la vía aérea puede causarlas; adicionalmente, la estimulación vagal puede causar bradicardia y asístolia; las taquicardias se asocian más a hipoxemia y agitación del paciente.</p> <p>8.-La respiración está regulada por el centro respiratorio en el bulbo raquídeo y la protuberancia y por los quimiorreceptores centrales y periféricos (de los cuerpos carotideo y aórtico). Estos a su vez, responden a los cambios en la concentración de O₂, CO₂ y pH de</p>	<p>5.- Se mantiene en infusión contante la solución Hartman.</p> <p>6.- Se relizan las anotaciones de los cambios de la saturación 98% y del Dióxido de carbono el cual incrementa hasta 60 mmHg.</p> <p>7.- Se determinó necesidad de aspiración traqueal.</p> <p>8.-Se vigila que la apaciente no llegue a un estado de hipotermia.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>9.- Proporcionar cuidados para aliviar el distrés del paciente (posición, limpieza traqueobronqueal, terapia broncodilatadora, sedación y/o analgesia.</p>	<p>la sangre arterial.</p> <p>9.- El distrés respiratorio provoca ansiedad. Deben instituirse medidas para mejorar la permeabilidad de la vía aérea y reducir al mínimo la hiperventilación, que potencia el deterioro del intercambio gaseoso.</p>	<p>9.- Se proporcionan los cuidados necesarios, como aspiración de secreciones.</p>
<p>Evaluación: No se logró mantener un intercambio gaseoso eficaz, debido a que la paciente, está muy inestable, presenta paro cardio-respiratorio, y gasometría alterada aun al ingreso de UTI.</p>		

Necesidad alterada: Seguridad y Protección.	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	<u>5</u>
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00043) Protección ineficaz relacionada con perfiles hematológicos anormales (Hemoglobina 6.7 mg/dl, Plaquetas 25,000) manifestada por sangrado activo en drenaje quirúrgico, sonda nasogástrica y narinas, sudoración, taquicardia.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Mejorará su protección durante su estancia hospitalaria mediante la transfusión de paquetes globulares, orientación a su familiar sobre los riesgos ambientales que pueden alterar su estado de salud y el uso de medidas de protección personal. 								
Intervenciones	Fundamentación			Ejecución				
4030 Administración de productos sanguíneos 1.-Verificar que el producto sanguíneo ha sido preparado y clasificado, y que se ha realizado concordancia de cruce para el receptor. Se indican: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 paquetes globulares para 2 horas ✓ 2 aféresis plaquetarias en bolo. 2.-Verificar el paciente, el tipo de sangre, el tipo de Rh, el número de unidad, la fecha de caducidad y registrar según protocolo. 3.-Preparar el sistema de administración, así como la canalización del paciente y vigilar el sitio de punción. 4.-Tomar los signos vitales antes, durante y después de la transfusión. 5.-Al finalizar, registrar el tiempo en que se transfundió y volumen transfundido.	1.- Las pruebas cruzadas pre transfusionales intentan detectar reacciones Ag-Ac potenciales antes de que la sangre sea transfundida. Cada unidad de sangre extraída debe ser examinada y clasificada de forma individual para descartar incompatibilidades entre el donante y el receptor, a fin de que la transfusión se realice con las máximas garantías. 2.-Las pruebas de compatibilidad se realizan antes de transfundir la sangre para asegurarse de que los hematíes del donante son compatibles con el paciente. 3.- La vía transfusión sanguínea es exclusiva. En caso de soluciones y/o medicamentos incompatibles debe instalarse vía alternativa 4.- Para valorar el funcionamiento de los órganos vitales, dado que el cambio de los parámetros puede ser el primer síntoma de una reacción adversa. 5.- El tiempo de ejecución en la transfusión de sangre es variable, dependiendo del derivado sanguíneo que se transfunda, número de unidades y/o aparición			1.- Se verifica que el paquete globular y las aféresis, concuerden con los datos de la paciente como es nombre, expediente, tipo de sangre, y volumen a transfundir. 2.- Se realiza la revisión del paquete globular. 3.- Se instala una nueva vía intravenosa para la transfusión sanguínea. 4.- Se toman signos vitales antes, durante y después de la transfusión sanguínea. 5.- Se registran todos los datos correspondientes en la hoja de transfusión				

	<p>de reacciones. Como regla general el tiempo de infusión según derivado sanguíneo es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Concentrado de Hematíes: 60-90 minutos/unidad. No más de 2 horas. ✓ Plasma: 30 minutos / unidad ✓ Pool de plaquetas: 30-60 minutos. <p>El registro de enfermería nos sirve para asegurar y verificar que se haya realizado la transfusión, así como un respaldo en caso de alguna complicación tardía.</p>	sanguínea.
<p>Evaluación: Se le realiza a la Sra. María una nueva toma de Biometría Hemática al otro día de las transfusiones presentando los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemoglobina: 9.3 mg/dl (13-17) ✓ Plaquetas: 109 mg/dl (130,000-400,000) <p>Persiste sangrando en mucosas y sitios de punción, así como sonda nasogástrica y drenaje biovac, con volumen acumulado de 1160 ml, aproximadamente, por lo que se siguen transfundiendo, concentrados eritrocitarios y aféresis plaquetaria.</p>		

Necesidad alterada: Nutrición e Hidratación.	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	<u>5</u>
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00002) Desequilibrio nutricional relacionado con incapacidad para ingerir y digerir alimentos manifestado por pérdida de peso (10 kg)								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Mantener un estado nutricional óptimo, de la Sra. María y determinar un aporte calórico adecuado con ayuda del nutriólogo para colaborar en las necesidades nutricionales que requiera el paciente. 								
Intervenciones	Fundamentación			Ejecución				
1200 Administración de nutrición parenteral total. 1.- Ayudar en la inserción de la línea central para mezclar los nutrientes. 2.-Comprobar NPT para verificar los nutrientes. 3.-Mantener una técnica estéril al preparar y colocar las soluciones. 4.-Utilizar una bomba de infusión para aportación de las soluciones. 5.-Evitar pasar rápidamente a NPT.	1.- La elección de la vía de acceso dependerá de la duración prevista de la NP, las características de la solución a infundir, los accesos venosos disponibles. 2.- La nutrición parenteral es el suministro de nutrientes como: Carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y oligoelementos que se aportan al paciente; cuando por sus condiciones de salud no es posible utilizar las vías digestivas normales y con el propósito de conservar o mejorar su estado nutricional. 3.-La NPT no está exenta de riesgos. El control de infecciones tiene la máxima importancia durante la NPT. El enfermero debe observar siempre una técnica aséptica cuando se cambien las soluciones, los conductos, los vendajes y los filtros. 4.-Las bombas de infusión generan presión mecánica para mover el fluido a través de un tubo hacia el sistema vascular del paciente, ayudando a administrar los fluidos con más precisión. 5.- La hiperglucemia ocurre puede ocurrir cuando la NPT se administra demasiado rápido o			1.- se elige CVC, que es instalado. 2.-Se comprobó la solución NPT para asegurarse que se hayan incluido los nutrientes correctos. 3.- Mantuvimos una técnica estéril al preparar y colgar soluciones NPT. 4.-Se utilizó una bomba de infusión para el aporte de las soluciones NPT. 5.- Se mantiene la NPT mediante bomba de infusión para evitar que				

<p>6.-Mantener un índice de flujo constante de la solución NPT.</p> <p>7.-Controlar ingesta y eliminaciones.</p> <p>8.-Comprobar la glucosa en orina para determinar glucosuria, cuerpos cetónicos y proteínas.</p> <p>9.-Mantener las precauciones universales.</p>	<p>cuando el organismo no es capaz de aceptar la glucosa.</p> <p>6.- La velocidad de inicio de la perfusión debe permitir al organismo la adaptación, para llevar a cabo la producción de insulina endógena</p> <p>7.-Es el control exacto de los líquidos que se administran o ingiere y los que pierde el paciente, para establecer el balance de un periodo determinado de tiempo que no exceda las 24horas.</p> <p>8.- Las revisiones de orina son importantes porque indican cómo el organismo de su hijo está usando la glucosa de la NPT.</p> <p>9.- Es muy importante mantener estériles los materiales y la mezcla de NPT. Algunas veces la NPT o los materiales se pueden contaminar.</p>	<p>pase rápido, y también se lleva un control de glicemia capilar.</p> <p>6.- Se mantuvo un flujo contante de la NPT, como fue indicado.</p> <p>7.- Se realizó el control de líquidos, debidamente en el turno.</p> <p>8.-Se hizo la comprobación de glucosa mediante Bililabstix.</p> <p>9.-Se mantienen debidamente las precauciones universales, antes durante y después de la colocación de NPT.</p>
<p>Evaluación: La paciente se encuentra en un peso de 60kg, se muestra que la paciente baja 10 kg de peso y su estado de sedación se decide una nutrición parenteral.</p>		

Necesidad alterada: Oxigenación	Fuente de dificultad: *F.F *<u>F.C</u> *F.V	Cuidado básico de enfermería: <u>Ayudante y Acompañante</u>	Nivel de dependencia	1	2	<u>3</u>	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00034) Respuesta disfuncional al destete de la ventilación mecánica, manifestado por ansiedad y dolor, manifestado por agitación y diaforesis profunda.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Implementar intervenciones de enfermería, medidas de protección y soporte emocional que favorezcan las condiciones óptimas antes y después del retiro del tubo endotraqueal para que la paciente respire sin asistencia del apoyo mecánico ventilatorio. 								
Intervenciones	Fundamentación	Ejecución						
3310 Destete de la ventilación mecánica. 1.-Monitorizar el grado de <i>shunt</i> , capacidad vital, V_d/V_t , MVV, fuerza inspiratoria y FEV ₁ para disponer el destete de la ventilación mecánica, de acuerdo con el protocolo del Instituto. 2.-Someter a observación para asegurarse de que el paciente está libre de infecciones importantes antes del destete. 3.-Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descenso diafragmático. 4.-Aspirar la vía aérea, si es necesario 5.- Alternar períodos de ensayos de destete con períodos de reposo y sueño suficientes.	1.- Permite observar cambios principales en el funcionamiento en el sistema respiratorio. 2.-La incidencia de laringoespasma aumenta hasta cinco veces en presencia de infección respiratoria. 3.- No hay evidencia de la conveniencia de extubación en una u otra posición, aunque existe hoy en día la tendencia a extubar en antitrendelemburg o semi-sentado, sobre todo en pacientes obesos. 4.- Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones. 5.-Los ensayos de la respiración espontanea acelera el destete y reduce la duración de la	1.- Se monitoriza la fuerza inspiratoria, y se realiza el registro. 2.- Se toman signos para verificar ue la paciente ya no presente fiebre y se observan las heridas quirúrgicas. 3.- Se coloca primero a la paciente en posición semifowler y al momento del destete en posición antitrendelemburg. 4.- Solo se aspiran secreciones una vez durante el turno. 5.- Se alternar periodos de destete, con un buen pronóstico.						

<p>6.-En pacientes con músculos respiratorios fatigados, no retrasar el retorno a la ventilación mecánica.</p> <p>7.-Observar si hay signos de fatiga muscular respiratoria (elevación brusca del nivel de PaCO₂, ventilación rápida y superficial y movimiento paradójico de la pared abdominal), hipoxemia e hipoxia tisular mientras se procede al destete.</p> <p>8.-Evitar la sedación farmacológica durante los ensayos de destete.</p> <p>5618 Enseñanza: procedimiento</p> <p>9.-Permanecer con el paciente y proporcionar apoyo durante los intentos iniciales de destete</p> <p>10.-Proporcionar al paciente una seguridad positiva e informes frecuentes sobre los progresos conseguidos.</p> <p>11.-Explicar al paciente y a la familia lo que puede suceder durante los diversos estadios de</p>	<p>ventilación mecánica.</p> <p>6.- Ante un paciente con disfunción o fatiga muscular respiratoria lo lógico es tomar medidas que reduzcan la carga respiratoria, aumenten los aportes de energía, mejoren la contractibilidad muscular.</p> <p>7.-La fatiga muscular se define como la incapacidad de un músculo para continuar desarrollando la fuerza y velocidad de contracción adecuadas para la demanda metabólica, que revierte con el reposo muscular.</p> <p>8.- Los sedantes pueden producir debilidad y atrofia de los músculos respiratorios.</p> <p>9.-Muchos pacientes sienten miedo ante la dificultad para respirar; en ese sentido la enfermera como profesional que conoce de forma global al paciente en todos sus aspectos biopsicosociales y que es capaz de empatizar y de establecer una relación terapéutica</p> <p>10.-Es de vital importancia a la hora de transmitirle información acerca del procedimiento seguridad y confianza en estos procesos.</p> <p>11.-Las estrategias de abordaje de los procesos de desconexión, incluyen no solo aspectos</p>	<p>6.- La paciente no se muestra con musulos respiratorios fatigados.</p> <p>7.- Se observa que la paciente está muy estable, no manifestó ninguna molestia, y al momento de verificar monitores son normales.</p> <p>8.- Se disminuyen los niveles de sedación manteniéndola solo con fentanilo.</p> <p>9.- Se proporciona apoyo emocional a la paciente para que se tranquilice, ella se expresa mediante escritura.</p> <p>10.- Se le explica a la paciente, en que consiste el procedimiento.</p> <p>11.- Se le informa tanto a la paciente como a su familiar, cual es el procedimiento de</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

destete.	relacionados con el ventilador; sino que también incluyen aspectos de confianza que el paciente deposita en los profesionales que lo atienden y del ánimo que estos profesionales puedan transmitirles, para que perciban que no se encuentran solos en esos duros momentos.	extubacion y las posibles complicaciones.
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

Evaluación: Se logró el objetivo de este diagnóstico, se desteto y extubo a la paciente sin problemas, cuando se le explico, acerca del procedimiento disminuyo su ansiedad.

Necesidad alterada: Oxigenación	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	<u>5</u>
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00039) Riesgo de aspiración relacionado con reducción de nivel de consciencia (RASS -5), intubación endotraqueal y presencia de secreciones.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar intervenciones de enfermería que favorezcan la ventilación pulmonar y aseguren el intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno, a través, de la aplicación de medidas previamente planificadas derivadas de la valoración periódica del patrón respiratorio. 								
Intervenciones	Fundamentación	Ejecución						
3140 Manejo de vías aéreas. 1.-Administrar aire u oxígeno humidificados, si procede. 2.-Auscultar sonidos respiratorios, observado las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. 3.-Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión. 4.-Realizar la aspiración endotraqueal, si procede.	1.- Nos permite aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial. 2.-Al auscultar los pulmones podemos encontrar sonidos respiratorios anormales. 3.-La tos es un reflejo por el cual el bronquio elimina las secreciones o cuerpos extraños que puedan entrar en él. 4.-Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones.	1.-Se administra oxígeno. 2.-Se auscultaron sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. 3.- Se le indica y enseña a la paciente como toser para que sea más fácil la expulsión de las secreciones. 4.-Se determinó necesidad de aspiración traqueal.						
3160 Aspiración de las vías aéreas. 5.-Ajustar la duración de la aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.	5.-Permite movilizar secreciones del árbol traqueobronquial, nariz y boca, para mantener la vía aérea permeable y recibir el aporte necesario de oxígeno para el funcionamiento de los sistemas corporales	5.- En el turno solo se aspiran 2 veces, las secreciones.						

<p>6.-Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.</p> <p>7.-Disponer precauciones universales; guantes, gafas y mascara, si es el caso.</p> <p>8.-Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador.</p> <p>9.-Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco), antes, durante y después de la aspiración.</p>	<p>6.-Para un estricto control y observar el progreso del paciente registrar color, consistencia de las secreciones.</p> <p>7.- Evitar el contacto de la piel o mucosas con sangre o secreciones de precaución universal con el objeto de prevenir la exposición de la piel y mucosas, secreciones o sangre que este potencialmente infectado.</p> <p>8.- La terapia de oxígeno está indicada con el objetivo de mitigar la hipoxia tisular.</p> <p>9.-La disponibilidad de Oxígeno al nivel de los alvéolos pulmonares está directamente relacionada al volumen de aire inspirado (V), la frecuencia respiratoria por minuto (FR) y el porcentaje de oxígeno en el aire inspirado (FIO₂).</p>	<p>6.-Las características de las secreciones son normales, y no tan abundantes.</p> <p>7.-Se reúne material necesario guantes, gafas, cubre bocas, equipo de aspiración, jeringa 10ml, sondas de aspiración (nelaton) previos a la aspiración.</p> <p>8.- Se hiperoxigena al paciente al 100% *Se procede a la aspiración de secreciones.</p> <p>9.- Se vigila el flujo de oxígeno y aporte de oxígeno continuamente.</p>
<p>Evaluación: Se logró manejar la vía aérea de la paciente adecuadamente, sin complicaciones.</p>		

Necesidad alterada: Movilidad y Postura	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00040) Riesgo de síndrome de desuso relacionado con desequilibrio hidroeléctrico (niveles de calcio).								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar intervenciones de enfermería que disminuyan la gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico muscular derivado por las alteraciones de la movilidad física y la alteración de los niveles de calcio. 								
Intervenciones			Fundamentación			Ejecución		
0024 Terapia de Ejercicios: movilidad muscular. 0026 Terapia de Ejercicios: control muscular. 1.-Colocar a la paciente en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/ activo. 2.-Ayudar a la paciente a desarrollar un programa de ejercicios activos de arco de movimiento. 3.-Explicar al familiar de la paciente el objetivo y el plan de ejercicios de las articulaciones. 3900 Regulación de la Temperatura. 4.-Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede. 5.-Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.			Hipertermia Maligna: afecta fundamentalmente al músculo esquelético. Cuando acontece tiene lugar un hipermetabolismo desencadenado por la alteración aguda, del equilibrio del calcio en el sarcoplasma de la célula muscular. 1.-Grado de movilidad que se puede conseguir en una articulación utilizando los músculos que hay alrededor de ella. 2.- El movimiento puede ayudar a mantener las articulaciones flexibles, reducir el dolor y mejorar el equilibrio y la fortaleza. 3.-Estos ejercicios le ayudan a mover cada articulación alrededor de su rango completo de movilidad. 4.- La elevación de la temperatura es a menudo un signo tardío de HM. La variación térmica de la HM se detecta mejor con medición de temperatura central (timpánica, naso-orofaríngea, esofágica, rectal). 5.-La hipertermia, que es consecuencia de la estimulación del metabolismo anaeróbico, de la glucólisis intensa que libera gran			1.- Se coloca a la paciente en posición decúbito para lograr realizar los ejercicios. 2.- Se educa al familiar como se deben de realizar los ejercicios y el beneficio. 3.-Se le explica al familiar los objetivos de los ejercicios. 4.- Se toma la temperatura cada 2 horas para evitar que haya de nuevo un episodio de Hipertermia Maligna. 5.- Se monitorizan cada hora signos vitales.		

<p>6.-Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.</p> <p>7.-Administrar medicamentos antipiréticos Paracetamol, Metamizol, Dantrolene. Si está indicado.</p>	<p>cantidad de energía, de la neutralización de los iones hidrógeno, de la hidrólisis de los ésteres fosfatos de alta energía y del transporte de iones.</p> <p>6.- Hay que vigilar estrechamente la temperatura porque podríamos llevar al paciente al otro extremo: la hipotermia y puede ocurrir que se guillotine la crisis o bien que se retarden sus efectos.</p> <p>7.-Son medicamentos que disminuyen la fiebre activando ciertos mecanismos del hipotálamo. El dantroleno es un antagonista del calcio muy especial ya que es el único que actúa a nivel del retículo sarcoplásmico, disociando el mecanismo de excitación-contracción.</p>	<p>6.- Se mantiene en vigilancia cada hora.</p> <p>7.- En este momento sigue con tratamiento de Dantrolene, como tratamiento de la Hipertermia Maligna.</p>
<p>Evaluación: La Sra. María está ya en tratamiento para la hipertermia maligna, esperamos respuesta a tratamiento, para ver el daño que ocasiono la hipertermia maligna, se continúan con las intervenciones planteadas.</p>		

Necesidad alterada: Seguridad y Protección.	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: <u>Sustitución y Acompañante</u>	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00004) Riesgo de Infección relacionado con, procedimientos quirúrgicos invasivos y drenajes.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Por medio del cuidado integral, la valoración clínica periódica y la aplicación de normas bajo un enfoque aséptico se establecerán cuidados de enfermería dirigidos a proteger a la paciente de infecciones nosocomiales. 								
Intervenciones	Fundamentación		Ejecución					
3440 Cuidados del sitio de incisión.								
1.-Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.	1.- Los vendajes cumplen varias funciones, como: Proteger la herida de los microbios. Reducir el riesgo de infección. Proteger el área mientras sana. Absorber cualquier líquido que se filtre de la herida.		1.- La paciente cuenta con vendaje pectoral desde que ingreso del quirófano.					
2.-Cambiar el vendaje a los intervalos adecuados.	2.-Se puede dejar el vendaje original en su lugar hasta por 2 días o por el tiempo que el médico le diga. Será necesario cambiarlo antes si resulta húmedo o empapado con sangre u otros líquidos.		2.-Se realiza el cambio de vendaje cada 24 hrs.					
3.-Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.	3.- Procedimiento realizado sobre la herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización.		3.- Se realiza curación de la herida cada 24 hrs.					
4.-Limpiar desde la zona más limpia hacia la menos limpia.	4.- La asepsia se conoce como la práctica o conjunto de prácticas cuyo objetivo consiste en eliminar el riesgo de transmisión de microorganismos que provocan enfermedades.		4.- Se aplican los principios de asepsia durante la curación de herida.					
5.-Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.	5.-Realizar precauciones universales con el fin de evitar la trasmisión de agentes causantes		5.- Se vigilan todas la precauciones universales durante la					

<p>6.-Tomar nota de las características de cualquier drenaje.</p> <p>7.-Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.</p> <p>8.- Instruir al familiar acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.</p>	<p>de infecciones en el paciente.</p> <p>6.- La finalidad de los drenajes es evitar la formación de hematomas para que de esta forma evolucione la herida quirúrgica a la cicatrización</p> <p>7.-Vigilar la presencia de signos de infección permite identificar si existe alguna infección en el paciente y a la vez actuar de forma inmediata para evitar complicaciones al paciente.</p> <p>8.-El paciente y familia muchas veces son vectores para la transmisión de microorganismos, es importante que conozcan las prácticas asépticas en el momento de contacto con la paciente.</p>	<p>curación de herida.</p> <p>6.- Se toma registro por turno de volumen de drenaje y sus características.</p> <p>7.- Se observa durante la curación de la herida que no muestra signos ni datos de infección.</p> <p>8.- Se le informa al familiar cuales son los cuidados que se deben de tener con el drenaje para evitar complicaciones.</p>
<p>Evaluación: La Sra. María no presenta infección en días posteriores: ausencia de fiebre, se obtuvo un manejo adecuado de la herida quirúrgica.</p>		

Necesidad alterada: Seguridad y Protección.	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución y Acompañante	Nivel de dependencia	1	2	3	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física inducida por fármacos y tiempo quirúrgico.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Evitar lesiones y mantener integro el estado tegumentario, a través, de la implementación de cuidados de enfermería y valoración continua del estado de la piel. 								
Intervenciones	Fundamentación			Ejecución				
0740 Cuidados del paciente encamado. 1.-Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. 2.-Colocar al paciente sobre una cama/colchón terapéutico. 3.- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y libre de arrugas. 3500 Manejo de presiones. 4.-Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada. 5.-Observar si hay fuentes de cizallamiento.	1.- Alineación corporal, "cuando el cuerpo está bien alineado, se mantiene el equilibrio sin tensiones innecesarias en articulaciones, músculos, tendones o ligamentos 2.- Este colchón puede llenarse con aire o agua se infla y desinfla alternativamente áreas del colchón y con ello hay cambio continuo de presión en las diversas partes del cuerpo. 3.- Mantener la limpieza general del paciente ayudara a disminuir las complicaciones y las sábanas se deben mantener sin arrugas para evitar la formación de heridas en la piel sensible. 4.-La presión es una fuerza de compresión hacia abajo sobre una zona determinada. Si la presión ejercida sobre las partes blandas supera una presión sanguínea intracapilar, los capilares pueden ocluirse; la hipoxia resultante dañara a los tejidos. 5.-El cizallamiento es una fuerza paralela en la que una capa de tejido se mueve en una dirección y otra capa se mueve en la dirección opuesta.			1.-Se coloca al paciente en una buena alineación corporal. 2.- Los colchones de UTI son diseñados para pacientes con larga estancia y evitar úlceras. 3.- Se mantiene la ropa de la cama, limpia, seca y sin arrugas cuando se realiza cambio de cama. 4.- La paciente no muestra ninguna presión en la parte corporal. 5.-Se observa que no hay fuentes de cizallamiento.				

<p>6.-Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.</p> <p>7.-Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden).</p> <p>8.-Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.</p> <p>9.-Comprobar la movilidad del paciente.</p> <p>10.-Observar si hay fuentes de presión o fricción.</p>	<p>6.-Observar el estado de la piel es un conjunto de medidas que realiza enfermería para conservar la integridad y el buen estado de la piel y sus anexos, así como prevenir infecciones.</p> <p>7.-La escala de Braden se utiliza para determinar el riesgo que tienen los pacientes de desarrollar úlceras por presión.</p> <p>8.-Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.</p> <p>9.- Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base. El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente.</p> <p>10.-La fricción consiste en el desgaste fisiológico del tejido. Si la piel se frota con las sábanas de la cama, la epidermis puede desarrollarse por abrasión.</p>	<p>6.- Observamos si hay enrojecimiento, calor extremo o edema.</p> <p>7.-Utilizamos escala de Braden para valorar el riesgo de que la paciente produzca úlceras por presión.</p> <p>8.- Se utilizan cojines en talones para evitar que la paciente tenga presiones en las partes del cuerpo.</p> <p>9.-Movilizamos a la paciente por turno y cada 2 horas.</p> <p>10.-Observamos que no hay fuentes de presión o fricción.</p>
<p>Evaluación: No se observó ningún tipo de lesión y/o laceración que pudieran en riesgo la integridad de la piel.</p>		

Necesidad alterada: Creencias y Valores	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: <u>Sustitución Acompañante</u>	Nivel de dependencia	1	2	<u>3</u>	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00170) Disposición para mejorar la religiosidad relacionado con expresa deseos de reforzar las costumbres religiosas que le han proporcionado confort en el pasado manifestado por expresión verbal, de rezar un rosario antes de entrar a cirugía.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Lograr que la paciente mejore su estado sobre su religión, mediante ayuda del personal de enfermería. 								
Intervenciones			Fundamentación			Ejecución		
5424 Facilitar la práctica religiosa. 1.- Identificar las inquietudes de la paciente respecto a la expresión religiosa. 2.- Tratar a la paciente con dignidad y respeto. 3.- Fomentar la discusión sobre intereses religiosos. 4.- Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración o el ritual.			1.- La religión como ayuda para abordar enfermedades físicas y expresan el deseo de que sus necesidades e inquietudes espirituales y religiosas específicas sean reconocidas o consideradas por el personal médico 2.- Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales de enfermería. 3.- Los intereses del personal de salud no son los mismos que los de la paciente, hay distinciones de base como, cultural y religiosa. 4.- La oración es la acción de comunicarse con Dios o un santo, ya sea para ofrecer pleitesía, hacer una petición o simplemente expresar los pensamientos y las emociones.			1.- Se identifican la inquietudes de la paciente. 2.- Todo el personal de salud tratamos a la paciente con respeto y dignidad. 3.- Escuchamos a la paciente sobre su religión y como se sentía. 4.- Rece con ella una oración.		
Evaluación: Se logró el objetivo, con intervenciones de enfermería la paciente antes de iniciar su cirugía me acerque a ella y rece con ella una oración y menciono que cuando saliera de todo esto iría a la iglesia a dar gracias.								

Necesidad alterada: Evitar peligros	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Acompañante	Nivel de dependencia	1	2	<u>3</u>	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00148) Temor relacionado con separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante (procedimientos hospitalarios, patología, cirugía) manifestado por fascias de angustia, miedo a la muerte.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a la paciente a reducir su nivel de temor antes de entrar a cirugía. 								
Intervenciones	Fundamentación	Ejecución						
5230 Mejorar el afrontamiento. 1.- Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario. 2.-Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. 3.-Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre una situación estresante. 4.-Animar la implicación familiar. 5.-Ayudar al paciente a identificar la información que más le interesa obtener.	1.- Las técnicas de relajación por tanto constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no sólo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud sino en un ámbito general. 2.-Determinar las percepciones, emociones, conductas y sistemas de apoyo que pueden ayudar o interferir en la capacidad de la paciente. 3.- En el contexto quirúrgico esto es evidente, y la paciente está más susceptible a la influencia de todos los mensajes sobre sí mismos, mensajes de los que hacen depender notoriamente su autoimagen y autoestima. 4.-La familia es fuente de ayuda concreta y de servicios prácticos en tiempos de necesidad, y una internación quirúrgica puede favorecer mucho su recuperación. 5.-La comunicación verbal la enfermera influye en el comportamiento individual de la paciente animándolo a expresar sus sentimientos, a la vez que le proporciona información e intercambio de ideas.	1.-Proporcionamos algunos ejercicios para que la paciente se relajara. 2.- Se escucha a la paciente acerca de sus sentimientos y miedos. 3.- Se comprende que la paciente ya pasó por muchas situaciones durante su patología y cada vez su miedo o temor aumentar cada día más. 4.- Implicamos a su hija, para que la paciente se mostrara más tranquila. 5.- Se le proporciona más información sobre su cirugía.						
Evaluación: La paciente disminuye un poco su temor al entrar a cirugía, platica con su hija antes y eso es lo que la tranquiliza.								

Necesidad alterada: Evitar peligros	Fuente de dificultad: *F.F *F.C *F.V	Cuidado básico de enfermería: Sustitución y Acompañante	Nivel de dependencia	1	2	<u>3</u>	4	5
*F.F (Falta de fuerza) *F.C (Falta de conocimiento) *F.V (Falta de voluntad)								
Diagnóstico de Enfermería: (00136) Duelo anticipado relacionado con pérdida de un objeto significativo: procesos corporales (Mastectomía) manifestado por alteración en el conducta de pánico, sufrimiento, distrés psicológico.								
Objetivos:								
<ul style="list-style-type: none"> Entender a la paciente y ayudarle a estar más tranquila cuando entre a la cirugía. 								
Intervenciones	Fundamentación			Ejecución				
5270 Apoyo emocional.								
1.-Comentar la experiencia emocional con el paciente.	1.- El malestar emocional (distress) es la experiencia emocional desagradable que afecta al funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual.			1.- La paciente cometa como se siente.				
2.-Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.	2.-El cáncer significa hacer frente a múltiples acontecimientos estresantes: el diagnóstico, los tratamientos, los efectos secundarios, las posibles recidivas, la incertidumbre y todas las situaciones sociales y emocionales que se generan			2.- Exploramos que han desencadenado sus emociones, y son las pláticas de las demás pacientes y que como se va a ver ala espejo sin un seno.				
3.-Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza.	3.- La tristeza es la emoción que se manifiesta cuando hay sufrimiento por una pérdida, imaginemos todas las pérdidas que se describieron antes, para que ubiquemos el nivel de tristeza que puede tener una mujer con cáncer de mama.			3.-Se reconocen sentimientos como miedo, ansiedad.				
4.- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases de sentimientos de pena.	4.- Las emociones activan cuerpo y mente, lo que necesitamos es reconocerlas, aprender a escucharlas para saber qué es lo que nos están pidiendo y ponernos en acción para liberarlas sanamente.			4.- Se proporciona ayuda y apoyo durante la plática, y se le informa que no está sola que ahí psico-oncología que la pueden ayudar con esto.				
5.-Favorecer la conversación o el llanto como medio de	5.- El acto de llorar es uno de los más comunes que puede llevar a			5.-Al momento de la				

<p>disminuir la respuesta emocional.</p> <p>6.-Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad</p>	<p>cabo el ser humano y en la mayoría de las ocasiones el llanto, el producto de llorar, surge de manera natural y espontánea como respuesta consciente o inconsciente ante determinadas circunstancias, eventos o situaciones.</p> <p>6.- La ansiedad es una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos, por eso el permanecer con la paciente es importante para lograr que se tranquilice.</p>	<p>plática la paciente llora y expresa sus sentimientos.</p> <p>6.-Permanecemos el tiempo que es necesario y que la paciente lo solicita para que se tranquilice.</p>
<p>Evaluación: La paciente mostro signos de optimismo, actualmente cursa la etapa de mayor adaptación, aceptación y demuestra una actitud más positiva.</p>		

3.8 PLAN DE ALTA

Objetivo:

Brindar una atención oportuna, eficiente y de calidad en marco de los cuidados de enfermería, así como en la prevención, educación, promoción de la salud, en la paciente y su familia y la comunidad. Sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo. Por esta razón se considera especialmente importante que las personas que padecen de cáncer conozcan su enfermedad, las metas del tratamiento y la manera en la que pueden contribuir a su propio cuidado.

Comunicación:

Acudirá al Instituto Nacional de Cancerología México a consultas para ver cómo va su avance con su patología, su herida quirúrgica, drenajes biovac, a genética para realizar estudios por la Hipertermia Maligna, y simulación para las radiaciones que recibirá.

Proporcionarle una cita en Psico- Oncología, para facilitar la adaptación de la paciente y de su familia a la enfermedad, intentando promover un adecuado afrontamiento durante todo el proceso, y demostrar todos sin miedos, su tristeza etc.

Urgencia:

Se le Informa a la paciente y a su familiar acerca de los signos de alerta que indican un empeoramiento de la situación de salud o una recaída.

- ✓ Fiebre (> 38 °C)
- ✓ Sangrado, que se empapen las gasas, o venda.
- ✓ Dolor intenso localizado en la herida quirúrgica (mastectomía).
- ✓ Irritabilidad a la palpación de la herida quirúrgica.

- ✓ Enrojecimiento, inflamación, aumento del dolor, sangrado excesivo o secreción en sitio de la incisión.
- ✓ Tos, falta de aire, dolor en el pecho, náuseas o vómitos intensos.

Información:

La paciente y su familiar se irán a su casa con toda la información necesaria acerca de las medidas de higiene, y cuidados que debe tener con herida quirúrgica (mastectomía), como es curación de la herida, colocación de la venda y drenajes, como drenarlos, como apretar el drenaje para que provoque la succión y a qué nivel del cuerpo colocarlo.

- ✓ Cuide las heridas de acuerdo con las instrucciones, las cuales pueden ser:
- ✓ Si tiene un apósito o venda, cámbielo todos los días hasta que el médico le diga que no necesita hacerlo.
- ✓ Lave la zona de la herida con jabón suave y agua.
- ✓ NO moje la venda. Deje que se desprendan por sí solas.
- ✓ NO se siente en una bañera, piscina ni jacuzzi (hidromasaje) hasta que el médico le diga que no hay problema.
- ✓ Puede ducharse después de que se hayan retirado todos los apósitos.

Dieta:

La alimentación de la paciente mastectomizada no tiene porque ser distinta de la que tuviera antes de la intervención.

Es recomendable una dieta equilibrada siendo beneficioso para su salud seguir algunas normas de alimentación.

- ✓ Evitar el aporte de grasas,

- ✓ Consumir cereales, legumbres, verduras y frutas en cantidades importante.
- ✓ Aumentar el consumo de proteínas (carne y pescado).
- ✓ Reducir el consumo de sal y azúcar.
- ✓ Régimen de alimentos con fibras cocidos.
- ✓ Abundantes líquidos, agua cocida.
- ✓ La comida debe haber sido cocinada en el día
- ✓ Utensilios de comida de uso individual
- ✓ Usar servilletas de papel
- ✓ Tomar suficientes líquidos, no ingerir irritantes, ni refrescos, café.

Ambiente:

La paciente, habitará en un ambiente que le propiciará bienestar y comodidad acorde con su situación, limpia y libre de polvo, ventilación, el aseo del baño de la casa debe ser con cloro y agua abundante, para evitar infecciones tanto de la herida quirúrgica como del catéter.

Recreación:

Al salir del hospital y volver a casa se encontrará que existe en usted cierta discapacidad producida por la Mastectomía y los drenajes.

Necesitará de tiempo, día a día recuperando su capacidad al cien por cien.

- ✓ Evitar permanecer en cama todo el día.
- ✓ Adaptar las tareas, fuera y dentro del hogar, a su capacidad personal.
- ✓ No asistir a lugares públicos donde exista aglomeraciones de gente
- ✓ Evitar el contacto con personas con focos infecciosos (resfríos, heridas, etc.)
- ✓ Mantenerse ocupada todo el día, incluyendo momentos de descanso.
- ✓ Escuchar música o videos que estimulen el ánimo.
- ✓ Actividad física moderada (actividades de la vida diaria).

Medicamentos:

El médico le dará una receta para analgésicos. Procure que se la suministren de inmediato de manera que la tenga disponible cuando se vaya para su casa. Recuerde tomar su analgésico para el alivio antes de que el dolor se vuelva grave. Pruebe usando una compresa de hielo en el pecho y la axila si tiene dolor o hinchazón. Haga esto sólo si el cirujano la autoriza. Envuelva la compresa de hielo en una toalla antes de aplicarla, con lo cual se evita una lesión por frío en la piel. NO use la compresa de hielo por más de 15 minutos a la vez.

- ✓ Orientar en la toma de medicamentos que se llevará a su casa.

Fármaco	Indicación terapéutica	Efectos secundarios
Cefuroxima	250 mg	Eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica (necrólisis exantemática) y reacciones de hipersensibilidad, incluyendo exantemas, urticaria, prurito, fiebre medicamentosa, enfermedad del suero y, muy excepcionalmente, anafilaxia. Una pequeña proporción de pacientes que recibieron acetil cefuroxima experimentaron trastornos gastrointestinales, incluyendo diarrea, náusea y vómito. Como en el caso de otros antibióticos de amplio espectro, se han comunicado raros casos de colitis pseudomembranosa. También se ha presentado cefalea
Ketorolaco Por razón necesaria en caso de dolor.	10 mg	Se han reportado algunos casos: úlcera péptica, sangrados gastrointestinales, sangrados rectales, náuseas, dispepsia, dolor abdominal, diarrea, constipación, flatulencia, vómito, gastritis, edema, adinamia, astenia, mialgias, incremento del peso corporal, rubor, hipertensión, purpura, somnolencia, mareo, vértigo, cefalea, sudoración, boca seca, nerviosismo, parestesias, depresión, euforia, insomnio, disnea, asma, oliguria, hematuria, tinnitus, disgeusia y alteraciones de la visión.

Espiritualidad: El profesional de enfermería debe considerar la historia religiosa de la persona, sus prácticas, recursos espirituales, los sentimientos que tiene acerca de las pérdidas y del significado de su enfermedad con el fin de orientar al paciente y a su familia para que esta dimensión del cuidado tenga un ambiente propicio para su desarrollo, la paciente menciona que es católica, y antes de entrar a cirugía menciona “que se lo que Dios quiera”, que es creyente, pero que no va mucho a misa.

CONCLUSIONES

El Proceso de Enfermería implica una relación interraccional entre el paciente y la enfermera, siendo el paciente el centro de atención. La enfermera convalida con el paciente las observaciones y conjuntamente utilizan el proceso. Esto ayuda a la paciente a afrontar los cambios de salud reales y potenciales, dando como resultado una atención individualizada.

En la realización del Proceso de Atención de Enfermería se pueden efectuar intervenciones adecuadas y planes de cuidados individualizados para lograr la recuperación de la paciente y la recuperación del balance en la esfera bio-psico-social.

Este proceso enfermero fue un gran reto, ya que el trato de una paciente con cáncer de mama es diferente a los demás, porque van a hacer operada de una mama, extirpación de todo su seno (mastectomía), y en ella tiene una carga más psicológica por la estética de su cuerpo, y aumentamos la complicación que tuvo en el quirófano de Hipertermia Maligna, una patología bastante complicada pero nunca imposible de tratarla.

Sin duda alguna la planificación de cuidados individualizados hacia una paciente de cáncer de mama no es cosa fácil; pero es el objetivo de estudio como profesional de enfermería, por lo que en lo personal el mis 4 años de carrera y un año de servicio, me deja una enorme satisfacción saber que gracias a mis cuidados, intervenciones de enfermería, se puede mejorar las condiciones de vida de un paciente en todos sus rangos, psicológicos, físicos, de salud, etc., y más aún, si es una paciente de cáncer de mama que en la actualidad la población está más demandante en cuanto a este tipo de cáncer, y simplemente por lo estético, por el miedo a la palabra “cáncer” que lo manifiestan con muerte, ya no hacen nada por salvar su vida, y es donde entra mi papel como profesional de enfermería.

GLOSARIO

Adenoma: Tumor benigno que se origina en el tejido glandular. Con frecuencia, los pólipos del colon están compuestos por tejido adenomatoso.

Adyuvante: Tratamiento oncológico que acompaña a uno previo considerado principal, con el fin de disminuir la probabilidad de recaída. También llamado coadyuvante.

Anestesia: Pérdida de las sensaciones.

Antiemético: Que detiene o previene la émesis o vómito; que remedia las náuseas.

Antineoplásico: Fármaco que inhibe o previene el desarrollo del cáncer porque evita el crecimiento de las células tumorales.

Asistencia: Servicios brindados a personas sanas o enfermas, con el fin de favorecer su bienestar.

Astenia: Término médico para el cansancio. Es un síntoma frecuentemente ligado al cáncer y a sus tratamientos.

Biopsia: Procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra de tejido para examinarla al microscopio y determinar la presencia de células cancerosas.

Cáncer: Neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de las células anaplasias que tienden a invadir el tejido circulante y metastatizar a puntos distantes del organismo.

Cirugía: Procedimiento que implica penetrar al organismo para extraer o reconstruir estructuras enfermas.

Cobalto 60: Metal que se caracteriza por emitir energía en forma de rayos gamma al caer radiactivamente. Se utiliza como fuente de radiaciones para tratar el cáncer.

Displasia: Es el crecimiento anómalo que origina células de forma, tamaño, y disposición diferentes de otras del mismo tipo de tejido.

Dolor: Sensación de malestar físico y/o mental que causa desdicha y sufrimiento.

Edema: Acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial y también en las cavidades del organismo.

Emesis: Sensación de tener la urgencia de vomitar y la expulsión forzada de los contenidos del estómago hacia arriba a través del esófago y fuera de la boca. También se conoce como vómito.

Escala de Karnofski: Escala numérica del 0 al 100, muy empleada en oncología para expresar de forma reducida el estado general de salud de un paciente. Consta de 10 parámetros, el más inferior es 10: moribundo y el más superior es 100: normal.

Estatificación: Clasificación de la extensión y gravedad de una enfermedad cancerosa.

FINC: Tratamiento realizado fuera del Instituto Nacional de Cancerología.

Fluidoterapia: Método terapéutico por medio de líquidos.

Herida: Condición que resulta de una lesión a la piel o a otros tejidos suaves del organismo.

Leucopenia: Disminución del número de leucocitos totales por debajo de 4.000 - 4.500/mm³ cúbicos, con frecuencia como efecto secundario de la quimioterapia. (Ver leucocitosis).

Mastectomía: Procedimiento quirúrgico para la extirpación de toda la mama o parte de ella, por lo general, para tratar enfermedades serias del tejido mamario, como cáncer de mama.

Metastatizar: Diseminarse de una parte del cuerpo a otra. Cuando las células cancerosas se metastatizan y forman tumores secundarios, las células del tumor metastático son como las del tumor original (primario).

Metástasis: Diseminación de células malignas del tumor primario por paso directo a cavidades corporales o por la circulación linfática y sanguínea.

Neoplasia: Crecimiento y proliferación irrefrenable de células sin una necesidad fisiológica. Puede ser maligna o benigna y ambos tipos se clasifican según el tejido de origen.

Neuropatía: Patología en la función de un nervio periférico (cualquier parte del sistema nervioso exceptuando al cerebro y la espina dorsal) que produce dolor, adormecimiento, hormigueos, hinchazón y debilidad muscular en varias partes del

cuerpo. En los enfermos de cáncer, esta patología, generalmente, es desencadenada por los agentes de la quimioterapia.

Neutropenia: Número anormalmente bajo de neutrófilos en la sangre, a menudo como efecto secundario de la quimioterapia.

Oncología: Especialidad médica que estudia los tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los malignos, esto es, al cáncer. Esta especialidad se ocupa del diagnóstico y tratamiento del cáncer, seguimiento de los pacientes, cuidados paliativos de pacientes en situación terminal, aspectos éticos relacionados con la atención a los enfermos con cáncer y estudios genéticos, tanto en la población general, como, en algunos casos, en familiares de pacientes (indicado en algunos tipos de tumores, en los que se conocen las bases hereditarias).

Progesterona: Hormona del cuerpo lúteo que se forma con la ruptura cíclica de un folículo ovárico. La progesterona es necesaria para que el útero y los senos se desarrollen y funcionen correctamente.

Quimioterapia: Tratamiento médico basado en la administración de sustancias químicas (fármacos). Suele reservarse para los fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas. Dichos fármacos se denominan medicamento citotástico, citostáticos o citotóxicos. La terapia antineoplásica tiene una gran limitación, que es su escasa especificidad. El mecanismo de acción es provocar una alteración celular ya sea en la síntesis de ácido nucleico, división celular o síntesis de proteínas. La acción de los diferentes citostáticos varía según la dosis a la que se administre. Debido a su inespecificidad afecta a otras células y tejidos normales del organismo, sobre todo si se encuentran en división activa.

Radioterapia: Tratamiento oncológico basado en el empleo de radiaciones ionizantes (rayos X o radiactividad, la que incluye los rayos gamma y las partículas alfa) para eliminar las células tumorales (generalmente cancerosas), en la parte del organismo donde se apliquen (tratamiento local). Este tratamiento actúa sobre el tumor, destruyendo las células malignas y así impide que crezcan y se reproduzcan.

Sedación: Empleo de medicamentos para inducir la inconsciencia en pacientes agonizantes sin tratamiento posible y que padecen síntomas severos imposibles de controlar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aros, M.T. (2013). Necesidades Modelo de Virginia Henderson. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/MConstanzaBl/necesidades-fundamentales-de-henderson>
- Carpenito, L.J; (2003). Diagnósticos de Enfermería/Aplicaciones a la Práctica Clínica. 9ª ed. España: Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana.
- Carrillo, E.R; Lázaro, S.G. y Nava, L. J. (15de Marzo de 2013). Hipertermia maligna. Conceptos actuales. *Revista Mexicana de Anestesiología*, Vol.36.Nº3. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cma133d.pdf>.
- García, G.M. (1997). El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, una propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. México: Ed. Progreso, S.A.
- Hernández; Rodríguez, y Sandoval. (1997). Proceso de Enfermería. Antología, UNAM ENEO. SUA. México. Distrito Federal.
- Iyer, P.W; Taptich, B.J; y Losey. (1997). Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ª ed. México: Ed. Mcc Graw-Hill, Interamericana.
- Marriner-Tomey, A; Raile-Alligood M. (2003). Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. Barcelona, España: Ed. Elsevier Science.
- Phaneuf Margot. (1993). Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid España. McGraw Hill.

- Phaneuf, Margot. (1999). La Planificación de los Cuidados Enfermeros: Un sistema integrado y personalizado. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana.
- Rodrigo L; Fernández, F; Navarro; G. (2005). De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson. 3^{era} ed. Barcelona, España: Ed. Masson.

ANEXOS

PATOLOGÍA HIPERTERMIA MALIGNA.

La hipertermia maligna (HM), también conocida como fiebre maligna, hiperpirexia maligna y/o fiebre anestésica, es un síndrome hipermetabólico que ocurre en pacientes genéticamente susceptibles tras la exposición a un agente anestésico desencadenante.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de hipertermia maligna durante la anestesia general estimada es 1:5,000 - 1:50,000-100,000 y se reduce a 1:220,000 cuando se evita la succinilcolina; y de la crisis de HM fulminante es de 1/250,000 anestесias. Afecta predominantemente a los hombres; sin embargo, la gravedad de la expresión clínica en ambos sexos es la misma, presentándose clásicamente en niños y adultos jóvenes, con una media de 18.3 años, pero también se han descrito casos en pacientes de 6 meses hasta los 78 años de edad. Aunque todos los grupos raciales son susceptibles de desarrollar HM, las poblaciones de raza oriental o caucásica, originarias de Japón, Australia y Nueva Zelanda tienen una mayor susceptibilidad a la HM debido a mutaciones específicas relacionadas con el receptor de rianodina implicado en el proceso de acoplamiento excitación-contracción de la célula muscular. En México se desconoce la incidencia de HM; sólo se cuenta con reportes de casos aislados.¹¹

ETIOLOGÍA

La etiología de la hipertermia maligna (HM) está relacionada con la presencia de uno o varios factores genéticos, ambientales, farmacológicos y miopatías, que tienen como común denominador la liberación excesiva de calcio en el retículo sarcoplasmático del músculo esquelético.

¹¹Carrillo, E.R; Lázaro, S.G. y Nava, L. J. (15de Marzo de 2013). Hipertermia maligna. Conceptos actuales. *Revista Mexicana de Anestesiología*, Vol.36.Nº3. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cma133d.pdf>.

Desde los factores genéticos asociados a HM se han descrito mutaciones genéticas del gen que codifica el receptor de rianodina RYR1, situado en el cromosoma 19. El receptor de rianodina es un canal iónico clave en la regulación de la liberación de calcio del retículo sarcoplasmático durante el proceso de acoplamientoexcitación-contracción.

El 50% de los pacientes susceptibles a HM presentan mutaciones en este gen. El receptor de dihidropiridina (DHP) es un canal iónico regulado por voltaje, que también participa en la liberación de calcio del retículo sarcoplasmático.

El material genético que codifica para el receptor de DHP se encuentra en el cromosoma 1, el 1% de las mutaciones que desarrollan HM se generan por cambios en el gen CACNA1S, que codifica la subunidad alfa de dicho receptor.

Ciertas miopatías condicionadas por anomalías congénitas del receptor RYR1 y del receptor DHP confieren un mayor riesgo para el desarrollo de HM; éstas incluyen:

- a) Enfermedad del núcleo central, caracterizada por hipotonía en la infancia, retraso en el desarrollo motor proximal de los miembros inferiores, debilidad muscular y alteraciones músculo esqueléticas asociadas.
- b) Miopatía multicore.
- c) Síndrome de King-Denborough, se caracteriza por hipotonía en el nacimiento, leve debilidad muscular proximal, retraso en el desarrollo motor, ptosis, implantación baja de pabellones auriculares, hipoplasia malar, micrognatia, paladar ojival, pectus excavatum, escápula alada, lordosis lumbar y escoliosis torácica.
- d) Miopatía del nativo americano.

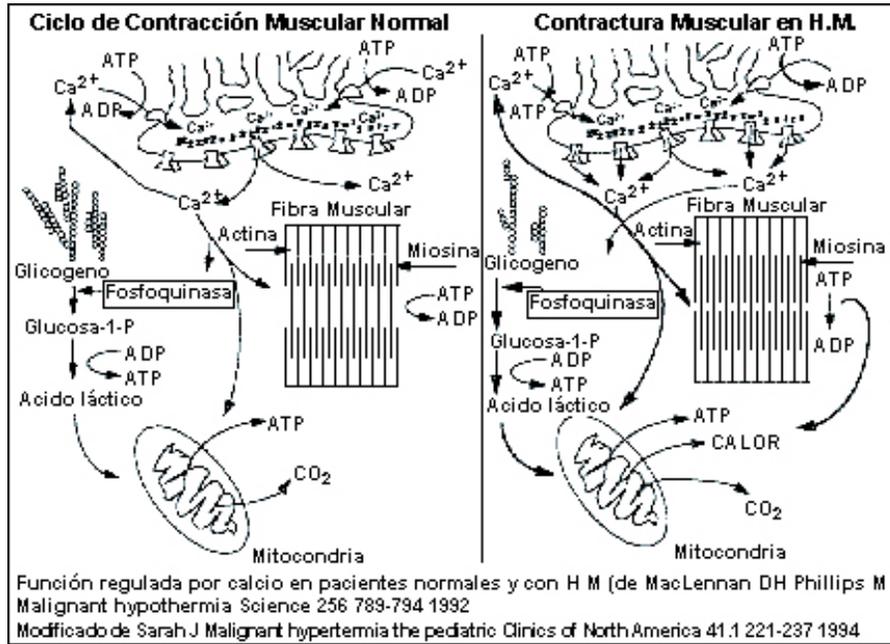
FISIOPATOLOGÍA

La hipertermia maligna (HM) se asocia a un trastorno de la homeostasis del calcio en el interior de la célula muscular. Los canales encargados de los movimientos de calcio entre retículo sarcoplasmático y mioplasma se abren de forma precoz o prolongada en presencia de un agente halogenado. Los canales cálcicos implicados en este mecanismo son el receptor de la rianodina (RYR1) y, quizá en menor grado, el receptor de las dihidropiridinas. La elevación de la concentración de Ca^{++} libre mioplasmático es el elemento que inicia la reacción bioquímica en cadena de destrucción de la célula muscular, lo que ocasionará un estado de contracción permanente (contractura), liberación de calor y aceleración de la actividad mitocondrial, que conduce a un aumento del consumo de oxígeno y de producción de CO_2 (acidosis respiratoria precoz).

Si no se trata con dantroleno, el fenómeno se agrava ocasionando agotamiento del metabolismo aerobio, aumento del metabolismo anaerobio (acidosis mixta), interrupción del funcionamiento de las bombas de membrana consumidoras de energía (Ca^{++} - adenosina trifosfatasa (ATPasa), Na^+ / K^+ - ATPasa, etc.), rabiomíolisis aguda con hiperpotasemia inicial y trastornos del ritmo cardíaco. La elevación de la creatinfosfocinasa (CPK) y de la mioglobina es más tardía (de 2 a 12 horas después del inicio de la crisis). La HM es, ante todo, una enfermedad del músculo estriado esquelético. No obstante, se ha señalado la posibilidad de una alteración de la homeostasis del calcio intracelular en otros tejidos (miocardio, cerebro, hígado).

El calcio tiene un papel fundamental en la fuerza contráctil muscular. Durante la despolarización del corazón y del músculo liso, los túbulos T disparan la liberación masiva de Ca^{2+} desde el retículo sarcoplasmático, lo cual satura los filamentos contráctiles e induce la contracción. Esta serie de eventos se lleva a cabo gracias a la participación de canales de Ca^{2+} dependientes de voltaje, como los receptores de dihidropiridina (DHPR), los receptores de rianodina (RyR), como amplificadores de Ca^{2+} en el sarcolema y de la liberación de calcio vía el retículo

sarcoplásmico. La eficacia con que se comunican los receptores DHPR y RyR determina la magnitud de la liberación de Ca^{2+} desde el retículo sarcoplásmico y, por lo tanto, la fuerza de la contracción.



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa principalmente en el cuadro clínico y los estudios de laboratorio. El problema primordial de la HM es su identificación, ya que los primeros signos son variables e inespecíficos; la presentación puede ser aguda durante la inducción de la anestesia o unas horas posteriores al inicio. Los episodios clásicos consisten en un síndrome hipermetabólico y un síndrome muscular, que pueden evolucionar a disfunción multiorgánica. Dentro de los datos clínicos que se pueden encontrar están CO_2 elevado al final de la espiración (ET CO_2), taquicardia, rigidez muscular, acidosis, hipertermia (63.5%), y evidencia de rabdomiólisis. El dato principal es la hipercapnia rápidamente progresiva que puede sobrepasar los 80 mmHg, esto como resultado del hipermetabolismo celular, lo que causa acidosis metabólica. La taquicardia es otro signo temprano de HM aguda y puede estar asociada con hipertensión; sin embargo, es

relativamente inespecífica, por lo que se deben descartar otras causas. La rigidez del músculo masetero corresponde a una relajación inadecuada de los músculos de la mandíbula y en algunos casos puede aparecer después de la administración de succinilcolina; el 50% de los casos que desarrollan HM presentan este signo.

La elevación de la temperatura central o hipertermia es un signo tardío de la HM, y por lo general se encuentra ausente cuando se sospecha el diagnóstico. La contracción muscular sostenida libera calcio, lo que eleva la temperatura corporal de forma exponencial, impidiendo que los mecanismos de regulación térmica puedan regular dicho calor. La hipertermia severa (45°C o más) conduce a un marcado incremento en la producción de dióxido de carbono y consumo de oxígeno que causa disfunción orgánica múltiple. La hipertermia severa se asocia también con el desarrollo de coagulación intravascular diseminada (CID), un indicador de mal pronóstico. La concentración de creatinina dependerá de la masa muscular del paciente y de la gravedad de la degradación muscular; la orina color marrón indica presencia de mioglobinuria.¹²

Cuadro II. Criterios clínicos para el diagnóstico de HM.

Hallazgo clínico	Manifestación
Acidosis respiratoria	ET CO ₂ > 55 mmHg; PaCO ₂ > 60 mmHg
Cardíaco	Taquicardia sinusal inexplicable, taquicardia ventricular o fibrilación ventricular
Acidosis metabólica	Déficit de base > 8 mEq/L o pH < 7.25
Rigidez muscular	Rigidez generalizada; rigidez severa del músculo masetero
Degradación muscular	Creatinina sérica concentración > 20.000 unidades/L Orina color oscuro Mioglobina urinaria o sérica K ⁺ > 6 mEq/L
Temperatura	Incremento rápido de la temperatura > 38.8 °C
Otros	Reversión rápida de los signos de HM con la administración de dantroleno Elevación de la concentración de creatinina en reposo
Historia familiar	Antecedentes por herencia autosómica dominante

¹² Correia A, Silva P, Silva B. Hipertermia maligna: Aspectos moleculares y clínicos. Rev Bras Anestesiol. 2012;62:1-10.

PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD

La susceptibilidad a la HM puede ser confirmada mediante pruebas de contractura, las cuales son bioensayos de músculo in vitro; éstas tienen una sensibilidad mayor al 97% y una baja tasa de falsos negativos, por lo que un resultado negativo indica que no existe riesgo de desarrollar HM.

Las indicaciones para realizar una prueba de contractura son:

- a) Pacientes con una historia sospechosa de HM (HM alto grado clínico).
- b) Los parientes de primer grado de un paciente con un historial sospechoso.
- c) Pacientes que estén realizando el servicio militar.

Dos diferentes pruebas de susceptibilidad de HM fueron desarrolladas de forma independiente. La prueba de contractura cafeína-halotano fue desarrollada por el Grupo de América del Norte de Hipertermia Maligna (NAMHG) y se encuentra disponible en Estados Unidos y Canadá. La prueba de contractura in vitro (in vitro contracture test, IVCT), descrita por el Grupo Europeo de Hipertermia Maligna (EMHG), se encuentra disponible en la Unión Europea. Los protocolos con los que se llevan a cabo dichas pruebas difieren en las concentraciones de halotano y cafeína, así como en el número de tiras musculares utilizadas y en los puntos de cohorte considerados como positivos. Esto condiciona diferencias en la sensibilidad y especificidad de una y otra prueba. Ambos protocolos requieren una biopsia muscular por escisión (3 a 4 cm del muslo).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la crisis de hipertermia maligna consta de los siguientes pasos:

1. Suspender de inmediato la administración del agente halogenado y despertar al paciente, o bien continuar la intervención con perfusión continua de propofol, morfínicos y relajantes no despolarizantes, en caso de ser necesario.

2. Hiperventilar al paciente con fracción inspirada de oxígeno del 100%. No se recomienda cambiar el ventilador o el circuito de ventilación, ya que no ofrece ninguna utilidad.
3. Administrar lo antes posible el dantroleno a dosis de 2.5 mg/kg por vía intravenosa y continuar con bolos de 1 mg/ kg hasta lograr que los signos clínicos remitan (taquicardia, hipercapnia, hipertermia, rigidez). En ocasiones es necesario utilizar una dosis superior a 10 mg/kg.
4. Iniciar con hipotermia activa hasta alcanzar una temperatura central de 37 grados centígrados.
5. Es recomendable colocar una línea arterial para la medición de la presión arterial de forma invasiva y obtener muestras sanguíneas para la determinación de gases arteriales, creatinina, lactato, mioglobina, factores de la hemostasia, enzimas musculares y hepáticas, entre otros.
6. Se debe expandir el volumen intravascular de acuerdo a las características de cada paciente y mantener una diuresis superior a 1 mL/kg/h. Por otra parte, la hipovolemia puede agravarse por la presencia de manitol en los viales de dantroleno (3 g de manitol por 20 mg de dantroleno).
7. Manejo de las alteraciones electrolíticas, principalmente la hiperpotasemia (gluconato de calcio, bicarbonato de sodio isotónico, glucosa-insulina).
8. Trasladar al paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos para controlar sus constantes vitales, mantener la ventilación (efecto miorrelajante del dantroleno) y prolongar el tratamiento durante 48 horas por la frecuencia de las formas recurrentes (30%). Según sean los síntomas, el dantroleno se administrará por vía intravenosa continua (1 mg/kg/h) o discontinua (1 mg/kg cada 4 horas).¹³

Además, habrá que proporcionar al paciente y a su familia un documento escrito en el que se les informe del diagnóstico, y entrar en contacto con un centro especializado, en el que se confirme el mismo y se realice el estudio familiar.

¹³ Ortiz, Gómez, J.R (2008) Anestesia en la hipertermia maligna. Revista Esp. Anestesiología y Reanimación, Vol.55.Nº3. Recuperado de: http://www.db.sedar.es/restringido/2008/n3_2008/7.pdf.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN POR LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

Fecha: _____

Fecha de ingreso: _____

Nombre _____ Genero _____ Edad _____ Estado civil _____ N° De cama _____
 N° De Exp. _____ Grupo sanguíneo _____ Escolaridad _____ Ocupacion _____ Religion _____

II. DATOS SOCIOECONOMICOS Y CULTURAL.

A) Estructura familiar.

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

B) Estructura económica: Total de ingresos _____

C) Medio ambiente: Tipo de vivienda _____

Servicios con que cuenta _____

N° de cuenta _____ Tipo de fauna _____

III. HISTORIA DE SALUD.

Motivo de ingreso _____

Diagnostico medico reciente _____

Alergias: Si _____ (enuméralas con la reacción experimentada) No _____

Alimentos _____

Medicamentos/anestésicos _____

Otros (lana, polen, etc...) _____

Tratamiento prescritos.

Nombre	Vía y Dosis	Horario	Motivo

1. NECESIDAD DE OXIGENACION.

SISTEMA RESPIRATORIO:

Frecuencia respiratoria x min. _____ Disnea: Si _____ No _____ Características:

Vía aérea permeable. Si _____ No _____

Intubación orotraqueal. Si _____ No _____

Traqueotomía. Si _____ No _____

Obstrucción parcial/total.

Nariz _____ Boca _____ Bronquial _____ Pulmonar _____ Causas _____

Oxígeno suplementario: Si _____ No _____ Tipo de soporte _____ FiO_2 _____ Tipo de respiración _____ Características de la respiración _____

Ruidos

Normal vesicular Si _____ No _____

Crepitaciones _____ Estertores _____ Sibilancias _____ Estridor _____ Otras _____

Tos Si _____ No _____ Características _____

Dolor Si _____ No _____ EVA ___/___ Localización _____ Tipo _____

Frecuencia _____ Duración _____

Fuma Si _____ No _____ N°. De cigarrillos al día _____ Edad que comenzó a fumar _____

Ventilación Mecánica: Si _____ No _____ Invasiva ___ No invasiva ___ N°. Cánula _____

Modalidad _____ Vol. Corriente _____ FiO_2 _____ PCO_2 _____ PH _____

HCO_3 _____

Gasometría arterial Hora _____ PO_2 _____ PCO_3 _____ PH _____ HCO_3 _____

Gasometría venosa Hora _____ Parámetros _____

Control radiológico: Normal Si _____ No _____

Congestión pulmonar _____ Infiltrados _____ Foco neumónico _____ Derrame _____ telestesia _____

Datos subjetivos _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

¿De qué manera influye su economía en su alimentación? _____
Parenteral: Sí _____ No _____ Tipo: _____

Estado de la cavidad oral

Mucosa oral: _____ Presencia de mucositas: Sí _____ No _____ Grado: 1 2 3 4
Dentadura Completa: Sí _____ No _____ Caries _____ Prótesis _____ Problemas de masticación Sí _____ No _____
Halitosis: Sí _____ No _____ Náuseas: Sí _____ No _____ Pirosis: Sí _____ No _____
Emesis: Sí _____ No _____ Características: _____
Reflejo de deglución: Sí _____ No _____ Causas: _____
Dolor abdominal: Sí _____ No _____ EVA: ____/____ Localización: _____
Tipo: _____ Irradiación: _____ Duración: _____
Diabetes Mellitus: _____ Glucosa capilar: _____ mg/dl
Observaciones: _____
Datos subjetivos: _____

Dependencia: _____ Independencia: _____

3. NECESIDAD DE ELIMINACION:

Patrón urinario:

Frecuencia: _____ veces al día. Cantidad: _____ ml. Características _____
Anuria: _____ Oliguria: _____ Poliuria: _____ Polaquiuria: _____ Disuria: _____ Nicturia: _____ Tenesmo: _____
Incontinencia: _____ Enuresis: _____
Ardor: _____ Retención: _____ Color: Normal _____ Hematúrica _____ Coluria _____ Otros: _____
Dolor: Sí _____ No _____ EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo: _____
Frecuencia: _____ Duración: _____ IVU frecuentes: Sí _____ No _____
Sonda vesical: _____ Dialisis: _____ Hemodiálisis: _____ Pañal: _____

Patrón Intestinal.

Frecuencia habitual: _____ veces al día. Características: _____
¿Tiene algún hábito que favorezca su eliminación? _____
Normal: _____ Estreñimiento: _____ Diarrea: _____ Incontinencia _____ Flatulencia: _____
Características: Acolia _____ Melena _____ Hematoquecia _____ Esteatorrea _____ Líquida _____ Pastosa _____
Peristaltismo: _____ Características: _____ Problemas de hemorroides: _____
Dolor: Sí _____ No _____ EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo: _____
Duración: _____

Otros patrones de eliminación.

Perdidas insensibles: _____ en 24 hrs. Drenajes: Sí _____ No _____
Características: _____ Cantidad _____
STV: Sí _____ No _____
Diaforesis: Sí _____ No _____ Abundante _____ Regular _____ Escasa _____
Observaciones _____
Datos Subjetivos _____
Dependencia _____ Independencia _____

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Postura en la que se encuentra el paciente al momento de la valoración: _____

Movilidad en cama: Se mueve solo: Sí _____ No _____ Suplencia total _____
 Inspeccionar tipo de marcha:
 Marcha escalonada _____ Marcha festinante _____ Marcha tijera _____ Marcha pato _____
 Actividad física:
 Deambulación: Independiente: _____ Silla de ruedas _____ Muletas _____ Andadera _____ Bastón _____
 Postura y Movimiento:
 Lordosis _____ Escoliosis _____ Cifosis _____
 Riesgo de úlceras por presión (escala de Braden)

Percepción sensorial. Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1.- limitado completamente	2.- Muy limitado	3.- Limitado levemente	4.- Sin impedimento.
Humedad. Grado de humedad en la piel	1.- Constantemente húmeda	2.- Muy húmeda	3.- Ocasionalmente húmeda	4.- Raramente húmeda
Actividad Grado de actividad física	1.- Confinado a la cama	2.- Confinado a la silla	3.- Ocasionalmente camina	4.- Camina frecuentemente
Movilidad Control de la posición corporal	1.- Completamente inmóvil	2.- Muy limitada	3.- Levemente limitada	4.- Sin limitaciones
Nutrición Patrón de ingesta alimentaria	1.- Completamente inadecuada	2.- Probablemente inadecuada	3.- Adecuada	4.- Excelente
Fricción y roce Roce de piel con sabanas	1.- Presente	2.- Potencialmente presente	3.- Ausente	
Se considera como riesgo de desarrollar úlceras por presión un puntaje menor o igual a 16.				
Resultados:				

Valoración de la fuerza muscular (Escala de Ashworth):

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA	PUNTAJE
1.- Ningún incremento al tono	
2.- Pequeño incremento del tono, con una sacudida ligera en los movimientos	

de flexión o extensión de las partes afectadas.	
3.- Incremento más notable en el tono, con facilidad de flexión de las partes afectadas.	
4.- Aumento considerable del tono con un movimiento pasivo difícil.	
5.- Las partes están rígidas en la flexión o extensión.	
EVALUACION DE FUERZA	
1.- No contracción muscular.	
2.- Contracción muscular sin movimientos.	
3.- Posible movimiento sin gravedad.	
4.- Movimiento contra gravedad.	
5.- Movimiento contra fuerza superior a la gravedad.	
6.- Fuerza motora normal.	
RESULTADO	

Valoración del estado de conciencia (Escala de Glasgow):

APERTURA OCULAR		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA MOTORA	
Espontanea	4	Orientada	5	Espontanea normal	6
A la voz	3	Confusa	4	Localiza al tacto	5
Al dolor	2	Palabras inapropiadas	3	Localiza al dolor	4
Ninguna	1	Sonidos incomprensibles	2	Decorticación	3
		Ninguna	1	Descerebración	2
				Ninguna	1

Valoración de la fuerza muscular (escala de Karnofsky)

100	Normal, sin evidencia de enfermedad
90	Actividad normal, síntomas menores

80	Actividad normal con esfuerzo, algún síntoma.
70	Se vale por sí mismo pero no puede llevar actividad física.
60	Requiere asistencia ocasional, cuidados para la mayoría de cosas.
50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado médico.
40	Incapacitación, requiere especial asistencia y cuidados.
30	Muy incapacitado, hospitalizado. No muerte inmediata.
20	Muy enfermo, necesita tratamiento de soporte.
10	Moribundo, proceso en progresión rápida.
Buen pronóstico en 5 años para resultados >70%	
RESULTADO	

Realiza ejercicios pasivos/activos de acuerdo a su limitación: _____

Dolor Sí _____ No _____ EVA: ____/____ localización: _____ Tipo: _____

Duración: _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia _____ Independencia _____

5. NECESIDAD DE DESCANZO Y SUEÑO.

¿Cuántas horas duerme habitualmente? ____ Día ____ hrs. Noche _____ hrs.

Alteraciones del sueño:

Trastorno del ciclo sueño-vigilia _____ Factores que lo ocasionan _____

Insomnio _____ Hipersomnia _____ Apnea del sueño _____

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

Dosis _____ Horario _____

¿Considera que el tiempo que duerme es suficiente para su descanso? Sí _____ No _____

¿Realiza alguna actividad para relajarse antes de dormir? Sí _____ No _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia _____ Independencia _____

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? Sí _____ No _____

¿En qué medida? _____

¿Elige su vestuario en forma independiente? Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

¿Usted considera que algunos de estos aspectos influyen en su forma de vestir?

Animo ____ Clima ____ Moda ____ ¿Por qué? _____

¿Considera que la limpieza de la ropa es necesaria? Sí ____ No ____ ¿Por qué? _____

¿Se siente cómodo con su vestimenta actual? Sí ____ No ____ ¿Por qué? _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia _____ Independencia _____

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL.

Temperatura corporal: _____ °C Hipertermia _____ Manifestaciones clínicas _____

Causa: Neutropenia __ Infección __ Lisis tumoral __ Quimioterapia __ ¿esquema? _____

Otros: _____

Radioterapia ____ Sitio ____

Cirugía ____ Sitio ____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia _____ Independencia _____

8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIEL.

Coloración de la piel.

Palidez ____ Rubicundez ____ Marmonea ____ Ictericia ____ Equimosis ____ Hematoma ____
petequias ____

Estado de la piel.

Hidratada ____ Deshidratada ____ Elástica ____ Seca ____

Integridad de la piel.

1	Traqueostomía	
2	Colostomía	
2a	Ascendente	
2b	Transverso	
2c	Descendente	
2d	Sigmoidea	
3	Ileostomía	
4	Urostomía	
4a	Nefrostomía	

4b	Ureterostomía	
4c	Neovejiga	
4d	Conducto ideal	
4e	Sonda suprapúbica	
5	Sondas (especifique)	
6	Drenajes (especifique)	
7	Accesos vasculares (especifique)	

UPP.

Grado: I__ II__ III__ IV__

Longitud _____mm

Tamaño _____mm

Tipo de exudado: Abundante__ Escaso__ Purulento__ Sanguinolento__

Profundidad _____cm

Bordes.

Gruesos__ Irregulares__ Calor__

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia_____ Independencia_____

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Etapa de la vida: Adulto joven__ Adulto mayor__ Vejez__

Estado cognitivo: Perceptivo__ Alerta__ Orientado__ Agitado__ Obnubilado__

Desorientado__

Riesgo de caída: Bajo__ Mediano__ Alto__ Sujeción: Sí__ No__

Deficiencias senso-perceptivas: Visuales__ Auditivas__ Otras_____

Uso de anteojos y lentes de contacto: Sí__ No__ Uso de dispositivos auditivos: Sí__

No__ Uso de prótesis en extremidades Sí__ No__

Actitud ante el ingreso: Colaborador__ Confiado__ Reciente__ Agresivo__

Negativo__ Ansioso__

Laboratorios:

HORA							
LABORATORIO							
HB		HTO		PLAQ			
LEU	NEUT	BAND	LINF				
TP		TPT		INR			
GLUC	UREA	BUN	CREA				
NA		K		CL			
CA		MG		F			
CPKD			CPK-MB				
TGO		TGP		FA			
BT		BD		BI			
PROT. TOT		ALBUM		GLOB			
pH urinario			Otros				

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

Dependencia _____ Independencia _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Cómo es su comunicación? Clara ___ Confusa ___ Afásica ___ Incapaz ___

¿Tiene alguna limitación física que le impida comunicarse? _____

¿S expresa en otra lengua? Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

¿Cuál es su estado de ánimo normalmente? _____

¿Manifiesta emociones y sentimientos? _____

¿Cómo es la relación con las siguientes personas? (E=excelente, B=buena, R=regular, M=mala)

Familia: E ___ B ___ R ___ M ___ Amigos: E ___ B ___ R ___ M ___ Trabajo: E ___ B ___ R ___ M ___

otros: E ___ B ___ R ___ M ___

¿Cómo le ha afectado su enfermedad en sus relaciones personales? _____

¿Utiliza mecanismos de defensa?

Negación ___ Evasión ___ Rabia ___ Miedo ___ Agresividad ___ Proyección ___

¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria? Sí ___ No ___

Datos subjetivos _____

Dependencia_____ Independencia_____

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Religión: _____ ¿Con que frecuencia asiste a su servicio religioso? _____
¿Considera que sus creencias influyen en su estado de salud? Sí _____ No _____
¿Requiere de apoyo espiritual? Sí _____ No _____
¿Su familia fortalece sus valores? Sí _____ No _____
¿Rechaza el tratamiento por sus creencias? Sí _____ No _____
¿La familia requiere fortalecer sus valores? Sí _____ No _____
¿El paciente tiene en su unidad algún objeto indicativo? Imágenes___ Fetiches___ Colgijes___
Tatuajes___
Datos subjetivos: _____
Dependencia_____ Independencia_____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Cuenta con trabajo actualmente: Sí _____ No _____ ¿A qué se dedica? _____
Como se siente en relación a su trabajo:
satisfecho___ insatisfecho___ Valorado___
¿Tiene alguna limitación para realizar su trabajo habitual? Sí _____ No _____
¿Cuál? _____
El trabajo que realiza, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas? Sí _____ No _____
¿Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales? Sí _____ No _____
Datos subjetivos: _____
Dependencia_____ Independencia_____

13. NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Qué actividad le gusta realizar en su trabajo libre? _____
De las anteriores, ¿Cuál es su preferida? _____
Su estado de salud, ¿modifica sus actividades recreativas? _____
¿Le gustaría realizar otro tipo de actividad? _____
¿Conoce los grupos y las actividades de ayuda que ofrece la institución? Sí _____ No _____
Datos subjetivos: _____
Dependencia_____ Independencia_____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: Sí _____ No _____
¿Sabe leer y escribir? Sí _____ No _____
¿Estudia actualmente? Sí _____ No _____
¿Cuál? _____ ¿Qué toma? _____
Datos subjetivos: _____
Dependencia_____ Independencia_____