



**INSTITUTO MARILLAC, I.A.P.
INCORPORADO A LA UNAM
CLAVE 3033**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON:
ADENOMA HIPOFISARIO**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
MÁXIMO RODRÍGUEZ LETICIA**

**ASESOR:
LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA**

CIUDAD DE MÉXICO SEPTIEMBRE, 2016



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarla cada día más.

A ti mamita muchas gracias especialmente por que eres la persona que me ha acompañado en todo mi trayecto estudiantil y de vida por que sin tu apoyo moral, psicológico y económico no hubiera podido llegar hasta aquí, porque con tu amor de madre ejemplar me has enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y ser una mejor persona.

Querido hermano gracias por creer en mí cuando la situación parecía estar difícil, me apoyaste y diste palabras de aliento para no rendirme, hoy terminamos con éxito este proceso.

Hijo eres mi orgullo y mi gran motivación, libras mi mente de todas las adversidades que se presentan y me impulsas cada día a superarme para ofrecerte siempre lo mejor, posiblemente aun no entiendes mis palabras pero tú eres la razón de mi vida, a tu corta edad me has enseñado y me sigues enseñando muchas lecciones de la vida.

También quiero agradecer sinceramente a mi asesora la Lic. Jovita Arias Calla por sus conocimientos, tiempo y su dedicación que fueron fundamentales para la culminación de este trabajo.

A mis profesores les debo gran parte de mis conocimientos y principios, que guiaron mi formación académica y ayudaron a alcanzar mi meta deseada.

A la institución, gracias porque me abrió sus puertas para formarme como futuro profesional de la salud, he logrado concluir con éxito este proyecto de vida.

“Todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a comenzar”

INDICE

1-INTRODUCCIÓN.....	5
2-JUSTIFICACIÓN	7
3-OBJETIVOS	8
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4-MARCO TEÓRICO	9
4.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)	9
4.2 VIRGINIA HENDERSON.....	9
4.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON	9
4.4 ADENOMA HIPOFISARIO.....	10
5-PLANTA DEL MAÍZ (ADENOMA HIPOFISARIO).....	21
6-PRESENTACIÓN DEL CASO	22
6.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN	22
6.2. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES/ VIRGINIA HENDERSON	23
7-MODELO ÁREA.....	26
7.1 RAZONAMIENTO CLÍNICO	28

8-NIVELES DE JERARQUIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	29
9-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	30
10-CONCLUSIONES	54
A N E X O S.....	55
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	60

1-INTRODUCCIÓN

En la Enfermería moderna, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta metodológica para ordenar el pensamiento y realizar una práctica sustentada en el conocimiento. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación mediante el desarrollo de modelos de cuidado que permitan una visión fundamentada de la enfermería, desde donde se pueda definir su naturaleza, misión y objetivos, así como el eje de su actuar desde un marco conceptual propio.

La Enfermera y el Enfermero están capacitados para el ejercicio profesional en relación de dependencia y en forma libre desarrollando, brindando y gestionando los cuidados de enfermería autónomos e interdependientes para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la persona, la familia, grupo y comunidad hasta el nivel de complejidad de cuidados intermedios, en los ámbitos comunitario y hospitalario; gestionando su ámbito de trabajo y participando en estudios de investigación y acción.¹

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual para basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados. En definitiva, ha sido necesaria la implementación del Proceso Atención de Enfermería en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados.²

El presente trabajo se aplica a una paciente femenina de 45 años de edad del INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA “MANUEL VELASCO SUÁREZ” durante el periodo correspondiente al servicio social que fue del 1 de Agosto, 2013 al 31 de Julio, 2014. Durante esta estancia se participó en la atención de pacientes hospitalizados, que incluyó un plan de rotación por los diferentes servicios del instituto y por ende la integración y manejo del cuidado específico de pacientes en Neurocirugía, es en este servicio donde se desarrolla un real interés por los cuidados al paciente con el padecimiento de “adenoma hipofisario” y las secuelas neurológicas que ocasiona en el individuo que lo padece, de esta manera surge la inquietud de fundamentar y desarrollar un plan de cuidados de Enfermería.

¹Migdalia Rodríguez Toledo, Enfermería como Profesión, México 2002, D.F., (Fecha de acceso 31/octubre/2014) <http://facultad.bayamon.inter.edu/mirodriguez/c1/enfermer%C3%ADa%20como%20profesi%C3%B3n%201.pdf>

² Universidad de las Américas Puebla, Calidad y Humanismo elemento prioritario en las enfermeras, Puebla 2013, (fecha de acceso 1/nov/14) <http://blog.udlap.mx/blog/2013/01/calidadyhumanismo>

Para la estructuración del Proceso Atención de Enfermería se reúne información referente al proceso fisiopatológico específico de macro-adenoma hipofisario, algunas técnicas de diagnóstico así como alternativas de tratamiento; dicha información sirve como marco referencial en la valoración clínica del paciente, misma que se ejecuta mediante una apreciación céfalo - caudal integrada con la información que se obtiene mediante la aplicación del instrumento de “Las 14 necesidades de Virginia Henderson” para este modelo teórico, así mismo la recopilación de datos específicos obtenidos directamente del expediente clínico.

Desde esta experiencia se observa que Enfermería tiene un amplio campo para trabajar con el paciente que sufre afecciones neurológicas que necesitan de cuidados específicos durante su proceso de recuperación. El PAE es la herramienta más importante en el diario hacer de la Enfermería ya que el pensamiento crítico facilita la integración del cuidado específico al momento de proveer la atención para beneficio efectivo del paciente.

2-JUSTIFICACIÓN

El pensamiento crítico es una herramienta que orienta el hacer de la enfermera en el ámbito clínico, frente a la complejidad que implica el cuidado neurológico en el paciente con tumor hipofisario. El presente trabajo se desarrolla con base en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson mismo que nos apoya en la valoración clínica del paciente para recabar datos clínicos que apoyen la estructuración de diagnósticos de enfermería que deberán dar eje al plan de cuidados con tendencia humanística, la educación para el auto cuidado y la capacitación al cuidador primario.

Los tumores hipofisarios representan entre el 9 y el 12% de todos los tumores cerebrales primarios, lo que los convierte en el tercer tumor cerebral primario más común en adultos después de los meningiomas y los gliomas, se estima que entre el 20 y el 25% de la población mundial podría tener tumores hipofisarios pequeños y sin síntomas. Lo más frecuente es que estas anomalías no causen síntomas y generalmente no requieren tratamiento médico ni quirúrgico.

En México los tumores hipofisarios representan de 10 a 25% de todas las neoplasias intracraneales, según el estudio se pueden clasificar en tres grupos, de acuerdo a su comportamiento biológico: (Adenomas benignos, Adenomas invasivos y Carcinomas). Los adenomas hipofisarios comprenden la mayor parte de las neoplasias y con una incidencia general estimada de aproximadamente 17%, pero solo una minoría es sintomática. Asimismo, los adenomas hipofisarios se dividen desde el punto de vista anatómico en: intrahipofisarios, intraselares, difusos e invasivos.³

El servicio de Epidemiología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía menciona que los adenomas hipofisarios son tumores benignos generados a partir de la glándula hipófisis, representan a nivel institucional un 10 al 20% de los tumores intracraneales más frecuentes. Mientras uno de cada 10 estudios con resonancia magnética es posible observar un tumor hipofisario lo cual es congruente con los estudios de necropsia que muestran una frecuencia de 4.8% a 27% de este tipo de neoplasias.

Dado lo anterior en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía los adenomas de hipófisis ocupan el segundo lugar en frecuencia siendo en primer lugar los meningiomas con un 25.7% total de los casos de tumores cerebrales, en segundo lugar seguido por los adenomas de hipófisis con un 20.3% y en tercer lugar los astrocitomas con un 16%.⁴

Por tanto, en Enfermería es importante el conocimiento de este tipo de afección neurológica debido a las posibles alteraciones y complicaciones que pueden presentarse tras su resección, lo cual lleva a elaborar un protocolo de actuación mediante el pensamiento crítico que permite detectar precozmente posibles complicaciones, unificando criterios para brindar los cuidados en beneficio para mejorar la calidad de vida del paciente.

³Revista Neurociencias, observaciones estadísticas de adenomas hipofisarios, Ecuador 2014, (fecha de acceso 10/Dic/2014)http://dr.lasso.com/documentos_info/OBSERVACION%20ESTADISTICA%20DE%20ADENOMAS%20HIPOFISARIOS%20EN%20EL%20HCAM%20Y%20A%20ESTE-.pdf

⁴Departamento de epidemiología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (Fecha de acceso 12/ene/2014) http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/transparencia/informe_anual_2010.pdf

3-OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar intervenciones integrales a una persona con diagnóstico de Adenoma Hipofisario, que ayude a tener una mejor calidad de vida identificando problemas actuales de salud, mediante un Proceso Atención de Enfermería basado en el Modelo de VIRGINIA HENDERSON, y favoreciendo la adaptación a nuevo estilo de vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Priorizar la satisfacción de necesidades alteradas en el paciente propias del ámbito neurológico.
2. Elaborar un plan de cuidados específicos y estandarizados que conlleven a la ejecución de técnicas y procedimientos.
3. Aplicar los cuidados integrales de Enfermería basados en las Intervenciones planeadas.
4. Adquirir habilidades en el manejo de la Evaluación del Proceso para lograr los resultados esperados.

4-MARCO TEÓRICO

4.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Es un método sistemático que favorece el brindar cuidados eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.⁵

4.2 VIRGINIA HENDERSON

Virginia Avenel Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería y fue considerada una de las pioneras de la práctica de enfermería.

La función específica de la enfermería es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación o a una muerte tranquila. La definición de enfermería de Henderson fue adoptada posteriormente y divulgada extensamente. Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y las creaciones de los conceptos de independencia.⁶

4.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció la interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias

Para el año 1971, en la primera edición de su libro "Principios básicos de Enfermería" Propuso dar relieve al arte de la Enfermería y da a conocer lo que para ella son los componentes básicos del cuidado, refiriéndose en forma sencilla a las necesidades fundamentales de toda persona (14 necesidades básicas):

⁵ DE REALES, Edilma. El proceso de Atención de Enfermería. Material Mimeografiado.

⁶ Henderson AV. Los primeros 90 años. Ed. Mason. Barcelona, 1996. P 52.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas deseables.
5. Dormir y descansar.
6. Seleccionar ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal, en un intervalo normal.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado, proteger la piel.
9. Evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades y opiniones.
11. Rendir culto según la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro.
13. Jugar o participar en actividades de ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo y salud normal.⁷

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de manera personal.⁸

4.4 ADENOMA HIPOFISARIO

Para la revisión de la patología es conveniente analizar la anatomía y fisiología de la hipófisis, por lo cual se retomarán los aspectos más relevantes.

La Hipófisis, llamada también glándula hipofisaria es una pequeña glándula de menos de 1 cm de diámetro y aproximadamente de 0.5 a 1 gramo de peso, que se haya dentro de la silla turca en la base del cerebro y está unida al hipotálamo por el tallo hipofisario. La Hipófisis está profundamente alojada en la base del cerebro, ubicada dentro de los confines óseos de la silla turca, revestida por la duramadre. Sus relaciones superiores incluyen los nervios y el quiasma óptico. Lateralmente se relaciona con el seno cavernoso y la arteria carótida interna. La hipófisis es una estructura neuroendocrina formada por dos lóbulos, cada uno de ellos de origen embriológico, estructura, función y procesos patológicos diferentes.

El sistema porta hipofisario, está formado por capilares que forman una red que desciende al lóbulo anterior de la hipófisis. Este sistema porta lleva factores de liberación hormonal que son sintetizados en el hipotálamo.

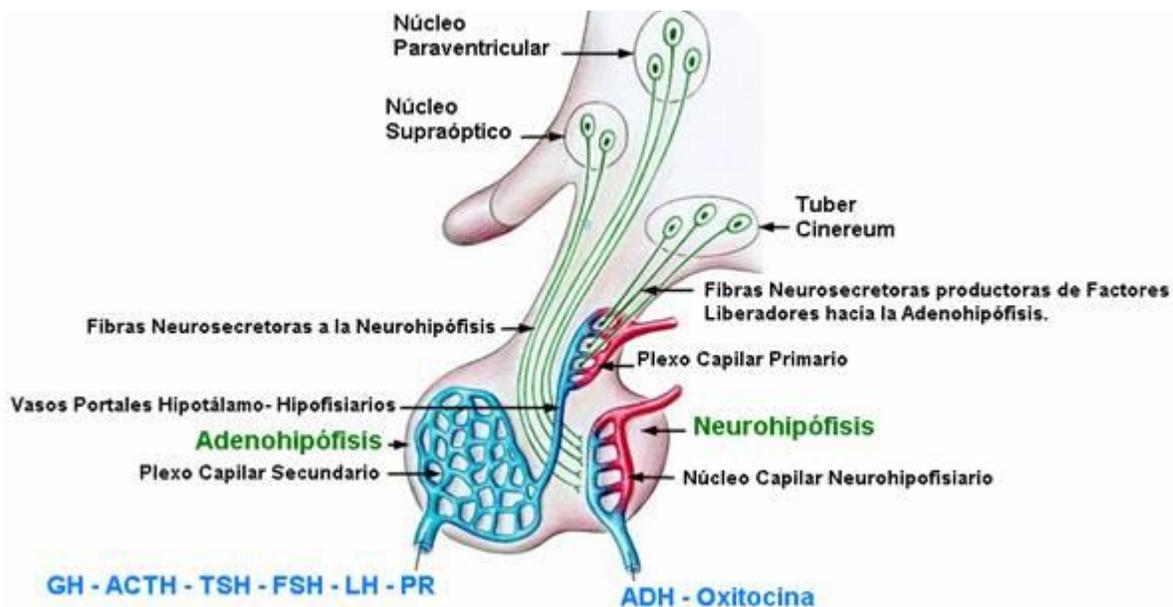
⁷ Ann Marriner Tomey, Modelos y Teorías de Enfermería, Elsevier España, 2008, pp 850.

⁸ Domínguez Alarcón C./Rodríguez JA; SOCIOLOGIA Y ENFERMERIA; Pirámide 1983

Fisiológicamente, la hipófisis se divide en dos porciones: la hipófisis anterior conocida también como adenohipófisis, y la hipófisis posterior, conocida como neuro-hipófisis. Embriológicamente las dos porciones de la hipófisis tienen orígenes diferentes; la hipófisis anterior de la bolsa de Rathke, invaginación embrionaria del epitelio faríngeo; la hipófisis posterior de un crecimiento del hipotálamo.

La hipófisis posterior segrega dos hormonas importantes oxitocina y hormona antidiurética o también llamada vasopresina. (Fig. 6-1) Está conformada por células, llamadas pituicitos. Sin embargo los pituicitos no secretan hormonas, simplemente actúan como estructura de sostén para gran número de fibras nerviosas terminales y terminaciones nerviosas finales.⁹

La ADH se forma primeramente en los núcleos supra ópticos, en donde estos núcleos actúan como osmorreceptores, la actividad receptora está influida por la osmolaridad de la sangre. Una ligera elevación de la presión osmótica es la causa de que se propague con mayor frecuencia impulsos a la célula. La llegada del impulso a las terminales nerviosas causa la liberación de la hormona antidiurética (vasopresina) dentro de los capilares sanguíneos de la hipófisis posterior. La reabsorción de agua en los túbulos colectores del riñón se acelera y la osmolaridad del plasma sanguíneo retorna a lo normal.



(fig. 6 – 1) Anatomía de la hipófisis

⁹ C. Guyton, Tratado de Fisiología Médica, Sexta Edición, Edit. Interamericana, Londres Inglaterra, 1999, pág. 876, 877,878.

La destrucción o la obstrucción de la hipófisis posterior producen diabetes insípida que se caracteriza por poliuria y polidipsia para compensar la gran cantidad de agua que se elimina. El lóbulo anterior, es el lugar donde se produce una síntesis y secreción hormonal meticulosamente regulada y también es la localización fundamental de la afección hipofisaria más importante clínicamente. Está formado por una disposición topológica reglada de cinco tipos de células, cada una de las cuales produce una hormona distinta.

Estos cinco tipos de células son las somatotropas, lactotropas, corticotropas, tiotropas y las gonadotropas. Las capacidades secretoras y proliferativas de estas células están controladas por un equilibrio preciso entre las influencias tróficas hipotalámicas y los efectos de la retroalimentación negativa impuestos por las hormonas de los órganos afectados. Aunque la susceptibilidad es distinta, la transformación neoplásica puede afectar a cualquiera de estos tipos celulares de una forma multicausal.¹⁰

ADENOMA HIPOFISARIO

El adenoma hipofisario es una neoplasia benigna originada en las células de la adenohipófisis, caracterizado por un crecimiento anormal de células que forman la glándula pituitaria, la cual regula el equilibrio de otras hormonas del organismo, tiene un comportamiento localmente invasivo, por lo que se asocia a menudo a un pronóstico desfavorable con frecuentes secuelas neurológicas y endocrinas.

❖ CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL TAMAÑO Y FUNCIONALIDAD

1. Tamaño:

-micro adenomas (10mm o menos) o (macro adenomas 10mm o mas)

2. Funcionalidad:

-no funcionante (no secretan hormonas biológicamente activas)

-funcionantes (secretan hormonas que generan un cuadro clínico característico)

Características histopatológicas:

Los AHP son lesiones benignas que se originan en la adenohipófisis. Durante su crecimiento originan una pseudocápsula que los separa del parénquima normal adyacente. Su clasificación patológica actual se basa en patrones de tinción inmunohistoquímica (IHQ) para las distintas hormonas hipofisarias. La positividad en técnicas IHQ implica producción hormonal, pero no siempre se correlaciona con secreción hormonal por parte del tumor.

¹⁰ Leal Quevedo/Mendoza Vega; HACIA UNA MEDICINA MÁS HUMANA; Panamericana 1997.

Los adenomas “no secretores” representan el 40% de los AHP. Dentro de ellos, el 30% sintetizan FSH o LH, pero las hormonas no se secretan o lo hacen de forma ineficiente. Dentro de los adenomas secretores, los más frecuentes son los productores de prolactina (30%), seguidos de los productores de GH (14%), ACTH (12%) y TSH (<1%).

Etiología:

En los adenomas de hipófisis esporádicos aun se desconoce la causante pero se sigue investigando la causa. Sólo se conoce con certeza una predisposición genética familiar identificando mutaciones genéticas a lo que llamamos Síndrome de Neoplasia Endocrina Múltiple Tipo 1, ligada a una alteración del cromosoma número 11. Pero solo el 3% de los adenomas de la hipófisis ocurren en el contexto de estos tumores endocrinos múltiples.

Fisiopatología:

La glándula pituitaria es responsable de enviar señales a las otras glándulas endocrinas por todo el cuerpo incluyendo a la glándula tiroidea, las glándulas adrenales y los órganos sexuales. A su vez la glándula pituitaria es regulada por señales que provienen desde el hipotálamo. Un crecimiento anormal de células en la glándula pituitaria puede producir un exceso de señal a otras glándulas endócrinas llevando a una sobreproducción de hormona tiroidea, cortisona y hormonas sexuales, el tumor pituitario puede causar daño al resto de la glándula y resultar en disminución de la función pituitaria normal y si el tumor pituitario se extiende fuera de la silla puede producir síntomas debido a la compresión de las estructuras circundantes incluyendo los nervios ópticos, el quiasma y los nervios craneales en el seno cavernoso que controlan el movimiento ocular y la sensación facial.

Cuadro clínico:

La clínica con la que se manifiestan los adenomas hipofisarios depende de su tamaño, la localización, la edad del individuo que lo presenta y si el tumor es funcionante o no funcionante. Las alteraciones neurológicas dependerán de las estructuras adyacentes que estén presionadas por el tumor: quiasma óptico, nervios ópticos y seno cavernoso.

- ❖ Cefalea: puede ser un signo precoz y se atribuye al estiramiento de la duramadre que recubre la hipófisis o del diafragma de la silla turca. Está presente en el 75% de los casos y se localiza más frecuentemente en la región frontal y orbital.
- ❖ Alteraciones de la visión: debido a la compresión de los nervios ópticos o del quiasma óptico. El patrón clásico de pérdida visual es una hemianopsia bitemporal a menudo asociada con disminución de la agudeza visual, amaurosis, oftalmoplejia y posteriormente puede haber una ceguera completa de uno o ambos ojos.
- ❖ Manifestaciones hipotalámicas: debido a la compresión del hipotálamo por grandes adenomas hipofisarios que provocan: alteraciones del sueño, la atención, la conducta, la alimentación y las emociones.
- ❖ Hidrocefalia obstructiva: debido a la infiltración de las láminas terminales que hace que el tumor penetre en la región del III ventrículo, ocasionando obstrucción a la salida de LCR.

- ❖ Compromiso de nervios craneales, debido a la extensión lateral del tumor hacia la región del seno cavernoso, por donde transcurren los nervios craneanos.¹¹

En la edad adulta, más del 80% se diagnostica al presentar alteraciones visuales (edema o atrofia de papila). Cuando el tumor afecta el seno cavernoso puede aparecer oftalmoplejía por lesiones de los pares craneales III, IV y VI. La cefalea suele acompañar a estos síntomas en más del 50% de los casos.

La mayoría de los adultos en la evaluación inicial presentan varias deficiencias hormonales. El déficit más común, en aproximadamente el 90%, es el de gonadotropinas manifestado como disfunción eréctil en el varón y amenorrea en la mujer.

Los adenomas de hipófisis producen rara vez efectos variados sobre la secreción de vasopresina. La diabetes insípida aparece en el 10 al 20% de los pacientes preoperatoriamente.

Otros síntomas pueden ser por disfunción endocrina, hiper producción hormonal por parte del tumor y/o hipo pituitarismo por compresión del parénquima hipofisario normal.

Así mismo de la hormona afectada pueden aparecer alteraciones endocrinas como:

❖ *SÍNDROME DE CUSHING*

Es un trastorno caracterizado por un nivel alto de la hormona cortisol, la hipófisis produce demasiada hormona corticotropina, esta luego le da la señal a las glándulas suprarrenales para producir cortisol. Clínicamente las personas presentan: cara redonda, roja y llena (cara de luna llena), tasa de crecimiento lenta en niños, aumento de peso con acumulación de grasa en el tronco, pero pérdida de grasa en brazos, piernas y glúteos. Cambios en la piel que se ven con frecuencia: infecciones de la piel, marcas purpúreas llamadas estrías en la piel del abdomen, los muslos y las mamas, piel delgada con propensión a los hematomas. Los cambios musculares y óseos abarcan: dolor de espalda que ocurre con las actividades rutinarias, dolor o sensibilidad en los huesos, acumulación de grasa entre los hombros y la clavícula, fracturas de las costillas y la columna vertebral causadas por el adelgazamiento de los huesos, músculos débiles, especialmente de las caderas y de los hombros. Las mujeres con el Síndrome de Cushing con frecuencia tienen: crecimiento excesivo de vello en la cara, el cuello, el pecho, el abdomen y los muslos, periodos que se vuelven irregulares o cesan y los hombres pueden tener disminución o ausencia de deseo sexual.

¹¹ María Navairo de Jaime, Ignacio Aranda. Patología de los adenomas hipofisarios, Revista Española 203, vol. 36, pág. 357-372, Hospital Universitario de Alicante.

<http://www.patología.es/vol.36/vol.36num.4/pdf%20patología%2036-4/36-04-03.pdf>

❖ *HIPERTIROIDISMO*

Se denomina hipertiroidismo al trastorno funcional que cursa con un aumento mantenido de producción de hormonas tiroideas por la glándula tiroidea.

Se caracteriza por una alteración hormonal como la tirotoxicosis. Este término hace referencia a las manifestaciones clínicas y bioquímicas secundarias al exceso de hormona tiroidea en los tejidos periféricos, independiente de su origen, la tirotoxicosis se caracteriza por la presencia de síntomas de: nerviosismo, agitación, irritabilidad, insomnio, taquicardia, intolerancia al calor, hiperhidrosis, hiperfagia con/sin adelgazamiento, polidipsia.

El paciente suele desarrollar gran actividad, aunque se queja de debilidad y fatiga muscular proximal y astenia. Con frecuencia presenta insomnio y dificultades de la concentración, existe temblor leve, el cabello es fino, frágil y las uñas blandas.

El tránsito intestinal se acelera, las mujeres pueden presentar amenorrea y esterilidad en los varones alteraciones del lívido. Otros signos clínicos de interés son: bocio difuso o nodular, piel caliente y húmeda, hipertensión e hiperreflexia.

❖ *ACROMEGALIA Y GIGANTISMO*

La acromegalia y el gigantismo son el conjunto de alteraciones que aparecen como consecuencia de un exceso de la hormona del crecimiento, ya sea en la etapa adulta (cuando ya ha cesado el crecimiento óseo) o en la etapa infantil (cuando todavía se está en fase de crecimiento) respectivamente.

En los niños, cuando el exceso de función de la hormona de crecimiento ocurre antes de que el crecimiento lineal de los huesos se haya consolidado, se produce gigantismo, y en el adulto, dado que el hueso no puede crecer en longitud, se observa un crecimiento exagerado de manos y pies, así como del perímetro de la cabeza con mandíbulas prominentes, desarrollo exagerado de la lengua y rasgos faciales toscos. Además la laringe se hipertrofia y aparece una voz cavernosa.

❖ *SÍNDROME DE FORBES ALBRIGHT*

El síndrome de FORBES ALBRIGHT es una enfermedad endocrina, caracterizada por galactorrea y amenorrea. Esta enfermedad se produce generalmente por tumores secretores de hormonas de la glándula pituitaria del hipotálamo que producen cantidades excesivas de prolactina. En el hombre produce infertilidad, impotencia y reducción significativa del lívido. Este tumor aparece en todos los rangos de edad, más común en mujeres e infertilidad en ambos sexos, así como también produce desmineralización ósea.

Cuando se afecta la parte posterior de la glándula pituitaria el paciente puede notar mucha sed y orinar mucho, a esta situación se le llama diabetes insípida central, se presenta cuando el cuerpo tiene una cantidad más baja de lo normal de hormona antidiurética.

El nivel reducido de ADH puede ser causado por daño al hipotálamo o la hipófisis, este daño puede deberse a cirugía, infección, inflamación, tumor o traumatismo craneal.¹²

Confirmación diagnóstica:

Inicialmente es imperiosa la elaboración de un adecuado examen clínico, con especial interés en los aspectos neurológicos, endocrinológicos y oftalmológicos; para el diagnóstico correcto y los exámenes complementarios incluyen:

- ❖ LABORATORIO HORMONAL COMPLETO, una evaluación endocrina mide los niveles de hormonas en sangre u orina para detectar niveles anormales causados por los adenomas de hipófisis. Pone de manifiesto el exceso de determinadas hormonas como así también si existe un déficit en alguna de ellas.
- ❖ EXAMEN VISUAL COMPUTARIZADO, permite determinar si existe algún compromiso en la vía óptica, por ejemplo una hemianopsia bitemporal, debe incluir un examen de la agudeza visual y una campimetría. Estas determinaciones se hacen a menudo seriadamente a fin de documentar la progresión de la enfermedad y su respuesta a las intervenciones terapéuticas.
- ❖ EXAMEN NEUROLÓGICO, se basa en una serie de preguntas y pruebas para examinar el cerebro, la médula espinal y el funcionamiento de los nervios. El examen verifica el estado mental de la persona, la coordinación y la capacidad de caminar normalmente, así como el buen funcionamiento de los músculos, los sentidos y los reflejos.

Técnicas de imagen:

- ❖ RESONANCIA MAGNÉTICA, es el método de elección para definir las características del adenoma, su tamaño y relación con las estructuras intracraneanas. según su tamaño se clasifica en micro adenomas o macro adenomas.
- ❖ TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, los micro adenomas son normalmente isodensos con respecto a la hipófisis normal adyacente, con la administración de contraste aparecen hipodensos. Los macro adenomas son isodensos y muestran realce tras la administración de contraste.

¹² Escobar Alfonso, Tumores de la hipófisis. Artículo de Revisión, Revista Mex. Neurociencias 2006.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn066k.pdf>

Alternativas de tratamiento:

Las opciones terapéuticas para pacientes con adenoma de hipófisis incluyen la farmacología, cirugía, radioterapia y una combinación de ambas. Mientras la extensión óptima de la cirugía es motivo de controversia, la radioterapia sin cirugía únicamente es aplicable a pacientes con tumores muy pequeños. La resección quirúrgica reporta resultados de recuperación parcial de agudeza visual en casi el 90% de los pacientes y recuperación completa en hasta un tercio de los mismos.

FARMACOLÓGICO:

Los adenomas que producen hormonas hipofisarias deben ser tratados por un endocrinólogo. Los prolactinomas suelen requerir sólo tratamiento farmacológico médico.

Generalmente responden muy bien a determinados fármacos (cabergolina, bromocriptina), los cuales reducen el tamaño tumoral y normalizan los niveles de prolactina.

Los somatotopos requieren de Octreotide, Lanreotida, Pasireotide, Cabergolina, Bromocriptina y Pegvisomant. Estos medicamentos se utilizan junto con la resección quirúrgica y también en los casos de tumores recurrentes.

CIRUGÍA:

El objetivo de la cirugía será extirpar el tumor como sea posible, el tratamiento quirúrgico de los adenomas de hipófisis sigue siendo el más utilizado en la actualidad. La cirugía es la primera opción de tratamiento para los adenomas que producen enfermedad de Cushing, Acromegalia o macro adenomas.

- 1) Microcirugía Transfenoidal: La técnica habitual se realiza en la inmensa mayoría en el 90% de los casos a través de la nariz, la misma puede ser realizada con técnicas microquirúrgicas o endoscopia para extirpar el tumor, dependiendo de cada caso. La zona a intervenir es muy compleja y alberga estructuras muy importantes, por lo que hay ciertos riesgos a considerar. Aunque realmente este tipo de cirugía es muy benigno y la gran mayoría de los pacientes tienen una evolución satisfactoria, es necesario conocer los posibles riesgos como: Fístula de líquido, el líquido cefalorraquídeo puede salir a través de la nariz. Sangrado en el sitio de la cirugía (hematoma), excepcional cuando es necesaria la intervención para evacuar el hematoma. Infección, el cual se trata con antibióticos y que en casos más severos puede condicionar infección del sistema nervioso central como meningitis o abscesos. Lesión de la glándula hipófisis ya sea por la misma cirugía o por el propio tumor, con la consecuente necesidad de manejo con medicamentos sustitutos hormonales.

2) Craneotomía: Menos de un 10% de los casos se realiza esta intervención. Este procedimiento consiste en la extirpación quirúrgica de parte del cráneo para poder exponer el cerebro o encéfalo. Se utilizan herramientas especiales para quitar la parte del hueso llamado colgajo óseo. El colgajo óseo se quita en forma temporal y se vuelve a colocar una vez que se realizó la cirugía cerebral. Algunos procedimientos de craneotomía pueden utilizar guías computarizadas y procedimientos de diagnóstico por imagen para llegar al lugar exacto del cerebro que debe tratarse. Esta técnica utiliza un marco colocado sobre el cráneo o un sistema sin marco con marcadores que se colocan en la superficie del cuero cabelludo. Cuando se combina uno de estos procedimientos de diagnóstico por imagen con el procedimiento de craneotomía, el proceso es conocido como craneotomía estereostática.

La cirugía cerebral, está relacionado con la parte específica del cerebro que la intervención afectará. Por ejemplo, si se opera el área del cerebro que controla el habla, el habla puede verse afectada. Algunos riesgos comunes pueden incluir los siguientes: Infecciones, hemorragias, trombos, neumonía, convulsiones, debilidad muscular y posteriormente la muerte.

RADIOTERAPIA:

La radioterapia o radiocirugía, se usa frecuentemente como un segundo tratamiento para los tumores hipofisarios, a menudo se usa cuando el cáncer está solo en uno o en unos pocos lugares en el cerebro. Los efectos secundarios varían en función de dónde se dirige la radiación y por lo general se tornan más graves de uno a dos años tras el tratamiento. Se puede usar radioterapia para tratar tumores que han vuelto a crecer, o se puede usar para tumores agresivos. El objetivo de la radioterapia para los tumores hipofisarios es reducir o controlar el tamaño del tumor; sin embargo, podrían transcurrir varios meses o más tiempo antes de que los efectos de este tratamiento causen un cambio en sus niveles hormonales.

Las alteraciones más comunes de la radioterapia abarcan: Caída del cabello, náuseas, vómito, fatiga, pérdida de la audición, cambios en la piel y el cuero cabelludo, dificultades con la memoria y el lenguaje, convulsiones y cefalea.¹³

¹³ Bunin GR, Surawics TS, Witman PA, Preston-Martin S, Davis F, Bruner JM. The descriptive epidemiology of craniopharyngioma. JNeurosurg.1998.

Complicaciones:

Las complicaciones más severas varían de acuerdo al desarrollo de la enfermedad del paciente, una de ellas es la ceguera que ocurre cuando se ve dañado seriamente el nervio óptico por la compresión de los nervios ópticos o el quiasma óptico. El tumor o su extirpación pueden causar desequilibrios hormonales permanentes, por lo que es posible que el paciente tenga que reponer las hormonas afectadas y a la vez sea necesario tomar permanentemente medicamento. Otra complicación ocurre cuando se lleva a cabo la cirugía llamada craneotomía por lo que se puede dañar alguna parte de la hipófisis posterior y esto puede conducir a la Diabetes Insípida.

DIABETES INSÍPIDA

Una de las principales consecuencias del adenoma hipofisario es el desarrollo de la diabetes insípida. La diabetes insípida central se caracteriza por un déficit de secreción de la hormona antidiurética (ADH), responsable de una poliuria (> 30 ml/kg de peso corporal). Este déficit de ADH puede deberse a la afectación de uno de los sitios implicados en la secreción (núcleos supra ópticos y para ventriculares del hipotálamo) o del tracto hipotálamo-hipofisario.

Fisiopatología de la diabetes insípida

La elaboración y liberación de la hormona antidiurética ocurre en los núcleos supra ópticos y para ventricular del hipotálamo. La hormona formada emigra y sigue los axones, para almacenarse en sus terminaciones a nivel de la neurohipófisis.

La liberación de la hormona está influida por los osmorreceptores sensibles a los cambios de osmolaridad de la sangre que circula por las arterias carótidas internas. La hormona anti diurética fomenta la resorción de agua en los túbulos sin alterar la filtración glomerular ni la excreción de electrólitos. Su acción ocurre en el túbulo contorneado distal y tubo colector, donde modifica la permeabilidad de la membrana para facilitar la difusión pasiva de agua según gradientes osmóticos.

Causas y Factores de Riesgo de la diabetes insípida

La diabetes insípida central es provocada por un daño al hipotálamo o a la hipófisis como resultado de:

- ❖ Cirugía
- ❖ Tumor

Habitualmente, los únicos síntomas son la polidipsia y la poliuria. Un paciente puede beber enormes cantidades de líquido para compensar las pérdidas que se producen en la orina. Cuando esta compensación no es posible, puede producirse rápidamente deshidratación y en consecuencia disminución de la presión arterial y shock.¹⁴

¹⁴ García García, Diabetes Insípida, Sevilla España, 2011 (fecha de consulta 30/septiembre/2014)
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_diabetes_insipida.pdf

5-PLANTA DEL MAÍZ (ADENOMA HIPOFISARIO)



LIMITACIONES

Movilidad de traslado, comunicación verbal, alimentación e hidratación, higiene personal, muerte.

CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA

Necesidad de ayuda para los hábitos personales, necesidad de ayuda para su cuidado.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más severas varían de acuerdo al desarrollo de la enfermedad, la ceguera ocurre cuando se ve dañado seriamente el nervio óptico por la compresión de los nervios ópticos o el quiasma óptico. El tumor o su extirpación pueden causar desequilibrios hormonales permanentes, otra complicación ocurre cuando se lleva a cabo la cirugía lo que puede dañar alguna parte de la hipófisis posterior y esto puede conducir a la Diabetes Insípida.¹⁵

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Cefalea intensa.

Alteraciones de la visión: disminución de la agudeza visual, amaurosis, oftalmoplejia y posteriormente puede haber una ceguera completa de uno o ambos ojos.

Manifestaciones hipotalámicas: alteraciones del sueño, la atención, la conducta, la alimentación y las emociones.

Alteraciones endocrinas como: síndrome de Cushing, hipertiroidismo, acromegalia y gigantismo, síndrome de Forbes Albright.

FISIOPATOLOGIA

La glándula pituitaria es responsable de enviar señales a las otras glándulas endocrinas por todo el cuerpo incluyendo a la glándula tiroidea, las glándulas adrenales y los órganos sexuales. A su vez la glándula pituitaria es regulada por señales que provienen desde el hipotálamo. Un crecimiento anormal de células en la glándula pituitaria puede producir un exceso de señal a otras glándulas endócrinas llevando a una sobreproducción de hormona tiroidea, cortisona y hormonas sexuales, el tumor pituitario puede causar daño al resto de la glándula y resultar en disminución de la función pituitaria normal y si el tumor pituitario se extiende fuera de la silla puede producir síntomas debido a la compresión de las estructuras circundantes incluyendo los nervios ópticos, el quiasma y los nervios craneales en el seno cavernoso que controlan el movimiento ocular y la sensación facial.

ETIOLOGIA

En los adenomas de hipófisis esporádicos aun se desconoce la causante pero se sigue investigando. Sólo se conoce con certeza una predisposición genética familiar identificando mutaciones genéticas a lo que llamamos Síndrome de Neoplasia Endocrina Múltiple Tipo 1, ligada a una alteración del cromosoma número 11. Pero solo el 3% de los adenomas de la hipófisis ocurren en el contexto de estos tumores endocrinos múltiples.¹⁶

DEFINICIÓN: ADENOMA HIPOFISARIO

Es una neoplasia benigna originada en las células de la adenohipófisis, caracterizado por un crecimiento anormal de células que forman la glándula pituitaria, la cual regula el equilibrio de otras hormonas del organismo.¹⁷

¹⁵ Adel K. Afifi y Ronald A. Bergam. Neuroanatomía Funcional, Mc Graw-Hill, 2da ed. 2055

¹⁶ María Navairo de Jaime, Ignacio Aranda. Patología de los adenomas hipofisarios, Revista Española 2013, vol.36 pág.357-372, Hospital Universitario de Alicante.

¹⁷ Adamson TE, Wiester OD, Kleihues P, Yasargil MG. Correlation of clinical and pathological features in surgically treated craniopharyngiomas. JNeurosurg 1990.

6-PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Expediente: 11162
Nombre: E.G.S Sexo: Femenino Fecha de nacimiento: 18-oct-1968
Edad: 45 años Domicilio: Las palmas, Álvaro Obregón
Estado civil: Casada Escolaridad: Estudios superiores de contabilidad
Ocupación: Ama de casa Religión: Católica
Lugar de nacimiento: Toluca, Edo. de México
Nombre del responsable: H.M.L Parentesco: Esposo
Edad: 50 años Ocupación: Comerciante de abarrotes
Escolaridad: Preparatoria terminada

DATOS PERSONALES

Se trata de la paciente femenina de 45 años de edad, Inicia su padecimiento actual hace dos años presentando galactorrea, por lo que decide acudir al médico particular que le receta tratamiento hormonal tomándolo por un mes. Posteriormente cursa con amenorrea de 8 meses y un año después cursa con disminución del campo visual, presentando cefalea de localización frontotemporal de tipo punzante de presentación intermitente que mejora con analgésicos, por lo anterior decide acudir al Instituto de Oftalmología "Conde de Valencia", donde es valorada en el servicio de consulta externa y por hallazgos en campo visual es enviada al INNN para nueva valoración y tratamiento.

Acude al servicio de urgencias del INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCORUGIA el día 25 de agosto del 2013 refiriendo cefalea intensa, náuseas, vómito y amaurosis del ojo izquierdo.

A la exploración física se le encuentra:

Consiente, ligera palidez de tegumentos, estado hídrico regular, dientes propios fijos, cuello corto sin adenomegalias, tráquea central desplazable, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos normales, miembros superiores íntegros sin compromiso, abdomen blando y depresible a la palpación, no hay datos de irritación peritoneal, extremidades inferiores íntegras bien conformadas sin edema, llenado capilar de 2 segundos.

Sin alteraciones respiratorias, frecuencia de 20/min. Pulso radial de buen ritmo e intensidad con frecuencia de 76/min, temperatura adecuada de 37 °C, tensión arterial de 120/80 mm/Hg, pupilas simétricas con respuesta. Peso: 80 kilos, índice de masa corporal de 26.12 y talla de 1.75 metros.

Se le realiza resonancia magnética en la cual se observa una lesión selar. Por lo cual se le realiza una valoración y exámenes de laboratorio BH, QS, ES. Se informa a los médicos de neurocirugía para su valoración.

Actualmente la paciente presenta alteraciones endocrinas por que el tumor está afectando el sistema hipotálamo – hipofisario.

Durante su hospitalización en el INNyN la paciente fue deteriorando gradualmente su estado de salud, de acuerdo a la valoración realizada el día 10 de Diciembre de 2013.

6.2. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES/ VIRGINIA HENDERSON

SIGNOS VITALES

Paciente somnolienta, con alteraciones respiratorias y frecuencia de 12/min, una expansión simétrica de tórax. Pulso radial de moderado ritmo e intensidad con frecuencia de 85/min, temperatura de 36 °C, presión arterial de 90/70 mm/Hg, pupilas con miosis bilateral hipo reactivas. Peso de 60 kilos y una estatura de 1.75 metros.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

La paciente se encuentra somnolienta, y con un Glasgow de 7.

I. OXIGENACIÓN:

Paciente con problemas respiratorios aparentes. Tabaquismo negado, zoonosis negada, en casa mantiene una ventilación adecuada. Dentro de los padecimientos heredo familiares abuelos maternos con hipertensión arterial.

EXPLORACIÓN: Apoyo de oxígeno suplementario con nebulizador al 50%, presenta cánula traqueal con abundantes secreciones color verdes, presencia de tos moderada, sialorrea y reflejo nauseoso. Tórax simétrico, presenta catéter subclavio derecho permeable sin datos de infección, se auscultan campos pulmonares con dificultad de entrada y salida de aire con retracción de espacios intercostales y disnea. Se auscultan ruidos cardiacos de moderado ritmo, amplitud e intensidad.

II. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN:

A pesar de mantener un estado de sobrepeso en su ingreso, disminuyó gradualmente su peso corporal al 20% de lo normal con un IMC de 19.59 durante su hospitalización. Se le administra nutrición enteral por sonda nasogástrica, anteriormente el paciente tomaba de 1 a 2 litros de agua diarios, consumía refresco y café en grandes cantidades, alcoholismo negado.

EXPLORACIÓN: Pelo seco sin brillo, mucosa oral hidratada, con piezas dentales completas, presenta disminución de la fuerza en los músculos implicados para la masticación y deglución. Piel semi hidratada, uñas quebradizas y secas. Abdomen blando depresible a la palpación, se auscultan ruidos peristálticos disminuidos. Actualmente presenta un peso de 60kg.

III. ELIMINACIÓN:

En ocasiones presenta problemas para la eliminación intestinal, evacua una vez al día, las características de las heces son de consistencia seca, color café y fétido. Abdomen blando depresible, se colocó sonda vesical (sin datos de infección en el meato urinario) para el control en la cuantificación urinaria c/ 2 horas, observándose orina de 600 ml/hr de color ámbar claro, es inolora y con una densidad de 1.000g/l.

EXPLORACIÓN: Genitales íntegros sin alteraciones patológicas ni morfológicas, que van acorde a la edad y sexo.

IV. MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA

Presenta cuadriplejia debido al deterioro neurológico, esto repercute sustancialmente en sus actividades diarias de autocuidado.

EXPLORACIÓN: Miembros torácicos y pélvicos íntegros, presenta deterioro cognoscitivo y sensorio-perceptivo, se encuentra totalmente somnolienta por lo que depende del personal profesional de enfermería para su total movilización.

V. DESCANSO Y SUEÑO

Se encuentra somnolienta sin sedación, expuesta a procedimientos frecuentes y poco ruido. Duerme 5 horas de sueño diario, con tiempos de siesta de 20-30 minutos diarios durante el día, descansa en cama con colchón suave y firme, medidas alternativas: en ocasiones con música de relajación y confort ideal para descansar.

VI. VESTIDO

Permanece con ropa hospitalaria (bata y pañal), con cambio frecuente para evitar la humedad, se realiza baño y cambio de ropa diariamente.

VII. TERMORREGULACIÓN

Mantiene una temperatura corporal de 36°C, no presenta alteraciones.

VIII. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Es totalmente dependiente.

EXPLORACIÓN: Cráneo normo cefálico, con herida quirúrgica de lado derecho por craneotomía sin datos de infección, cabello abundante no desprendible. Ojos simétricos, pupilas con miosis bilateral hipo reactivas, narinas permeables con apoyo de oxígeno suplementario (nebulizador al 50%)

Conductos auditivos simétricos, sin alteraciones, con presencia de cerumen. Cuello cilíndrico, con traqueotomía sin datos de infección. Baño diario, olor corporal sebáceo y poco agradable, lavado de boca 1 vez al día, presencia de halitosis. Genitales íntegros sin compromiso. Presenta ligero eritema cutáneo en coxis, ligera palidez de tegumentos y micosis en pies.

IX. EVITAR PELIGROS

Paciente somnolienta, con daño cerebral importante por adenoma hipofisario con valoración de Glasgow de 7, con riesgo de caída y déficit de autocuidado. Presenta herida quirúrgica lado derecho por craneotomía sin datos de infección, tiene instalado un catéter subclavio derecho permeable al cual se le brinda el manejo adecuado para evitar infecciones posteriores, así como curación en el sitio de inserción.

Presenta traqueotomía sin datos de infección. Sonda vesical, que se le brindan cuidados, principalmente que no presente retorno de orina.

X. COMUNICACIÓN

La paciente se encuentra somnolienta, con apoyo de oxígeno suplementario con nebulizador, y traqueotomía, lo que le imposibilita la comunicación.

XI. CREENCIAS Y SUS VALORES

Refiere su familiar que es católica y creyente.

XII. TRABAJAR Y REALIZACIÓN

Refiere su familiar antes de estar internada ella vendía productos de belleza y zapatería con lo cual se sentía muy satisfecha.

XIII. RECREACIÓN

Sin actividades recreativas por el momento a su limitación

XIV. APRENDIZAJE

Refiere su esposo que la paciente tiene estudios superiores de Contabilidad concluidos sin ejercer.

7-MODELO ÁREA

Tanto a nivel internacional como a nivel nacional han ocurrido sucesos que sitúan a las enfermeras en una posición muy favorable para impulsar un desarrollo acorde con sus aspiraciones profesionales. La aparición y desarrollo de diversos lenguajes estandarizados suponen un importante paso en el entendimiento y en la unificación del trabajo enfermero.

En este sentido la adopción e incorporación de lenguajes estandarizados, especialmente la Clasificación Diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) como el Modelo de Análisis de Resultados del Estado Actual (AREA).

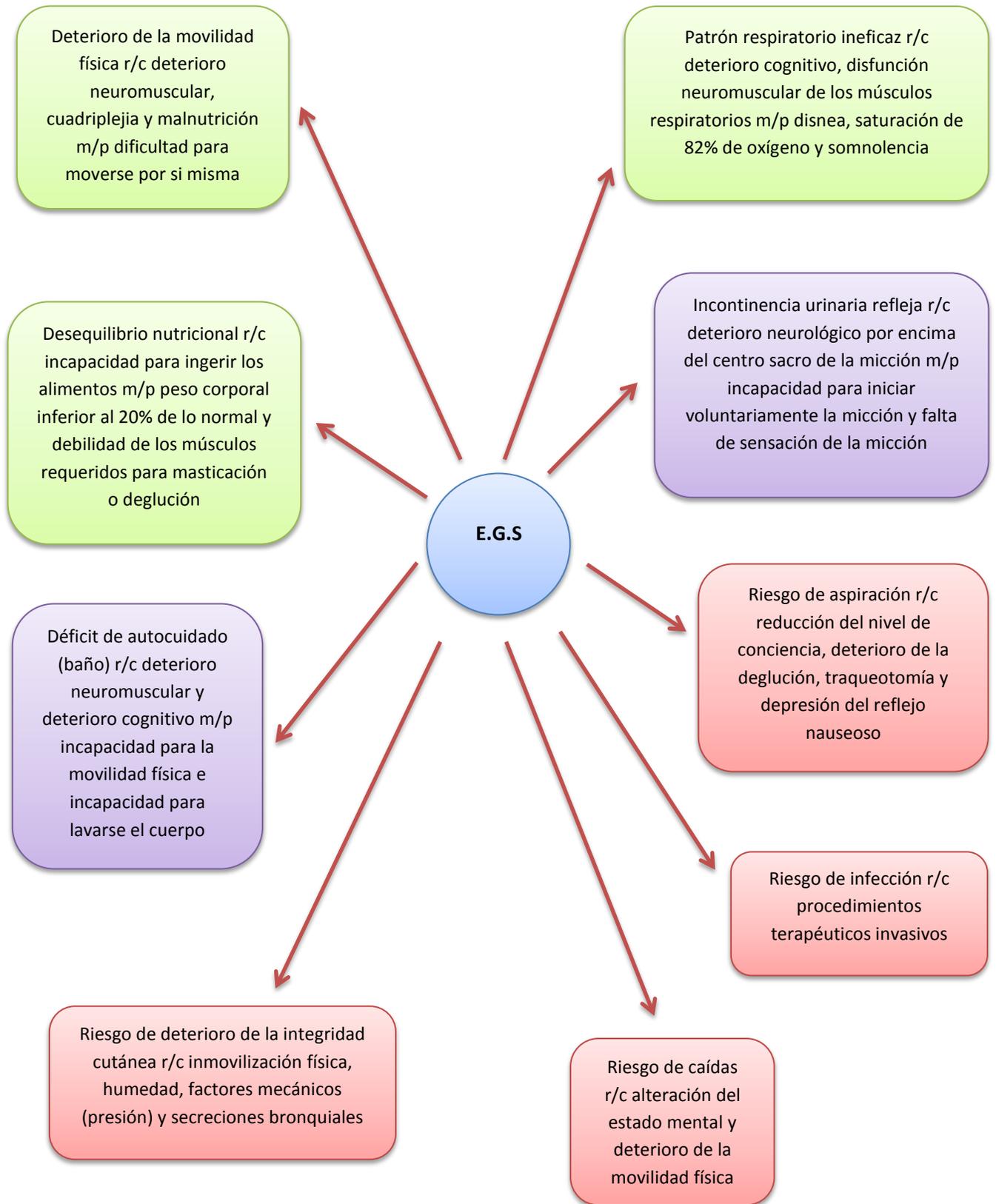
La necesidad de encontrar herramientas que ayuden a conseguir que el proceso Enfermero sea operativo en la clínica, es además de un deseo una necesidad si queremos conseguir que se obtenga un desarrollo y crecimiento.

El Modelo AREA es una herramienta más al servicio de los profesionales, del cual seguro se pueden extraer interesantes aportaciones a la práctica clínica. El profesor Pesut lo define como la tercera generación en el Proceso de Atención de Enfermería.

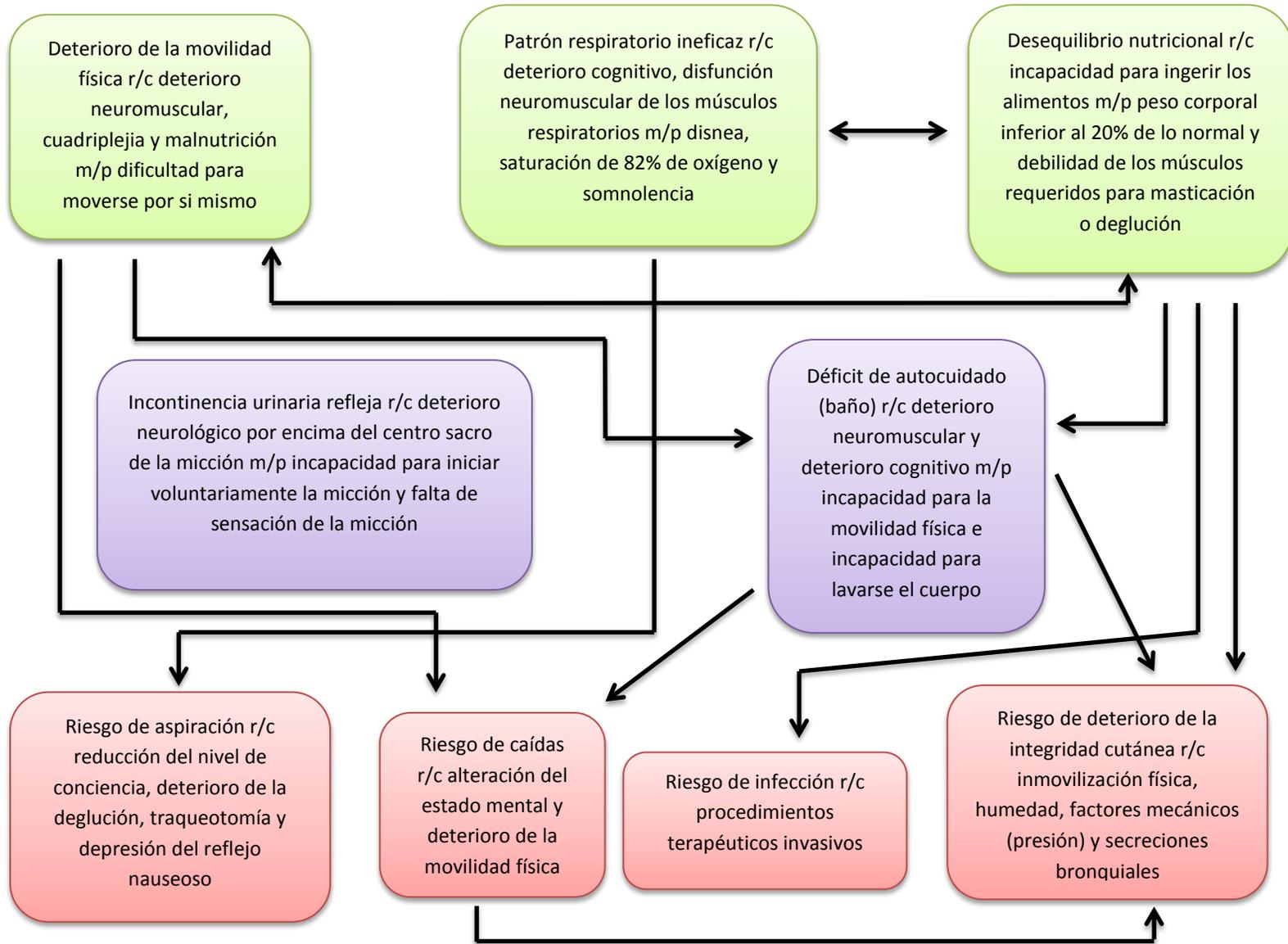
El modelo AREA establece una estructura para el razonamiento clínico que incluye los problemas centrándolos en los resultados esperados en la práctica enfermera, puede ser de suma utilidad para resolver algunos problemas que se nos plantean en la clínica a la hora de aplicar el Proceso Enfermero.¹⁸

¹⁸ Bellido Vallejo J. Sobre el modelo AREA y el proceso enfermero. Inquietudes 2006, 35-21-29.

MODELO ÁREA



7.1 RAZONAMIENTO CLÍNICO



8-NIVELES DE JERARQUIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1° NIVEL

- Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular, cuadriplejia y malnutrición m/p dificultad para moverse por si mismo.
- Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro cognitivo, disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios m/p disnea, saturación de 82% de oxígeno y somnolencia.
- Desequilibrio nutricional r/c incapacidad para ingerir los alimentos m/p peso corporal inferior al 20% de lo normal y debilidad de los músculos requeridos para masticación o deglución.

2° NIVEL

- Incontinencia urinaria refleja r/c deterioro neurológico por encima del centro sacro de la micción m/p incapacidad para iniciar voluntariamente la micción y falta de sensación de la micción.
- Déficit de autocuidado (baño) r/c deterioro neuromuscular y deterioro cognitivo m/p incapacidad para la movilidad física e incapacidad para lavarse el cuerpo.

3° NIVEL

- Riesgo de aspiración r/c reducción del nivel de conciencia, deterioro de la deglución, traqueotomía y depresión del reflejo nauseoso.
- Riesgo de caídas r/c alteración del estado mental y deterioro de la movilidad física.
- Riesgo de infección r/c procedimientos terapéuticos invasivos.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física, humedad, factores mecánicos (presión) y secreciones bronquiales.

9-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular, cuadriplejia y malnutrición m/p dificultad para moverse por si mismo (00085)	
DOMINIO	4 Actividad y reposo
CLASE	2 Actividad / ejercicio
<p style="text-align: center;">DEFINICIÓN:</p> Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo de una o más extremidades.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA					
NOC	0204 Consecuencias de la inmovilidad.				
DOMINIO	1 Salud funcional	CLASE	C Movilidad		
INDICADORES		MANTENER A:	4	AUMENTAR A:	12
		PUNTOS INICIALES	PUNTOS ESPERADOS	ESCALA DE MEDICION	
020401 Ulceras por presión.		1	3	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	
020402 Estreñimiento.		1	3		
020418 Trombosis venosa.		1	3		

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	0740 Cuidados del paciente encamado.			NIC	0450 Manejo del estreñimiento.		
DEFINICIÓN:	Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.			DEFINICIÓN:	Prevención y alivio del estreñimiento.		
CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	C Control de la inmovilidad	CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	B Control de la eliminación
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
1-Mantener a la paciente sobre una cama o colchón terapéutico. 2-Mantener a la paciente en una alineación corporal adecuada. 3-Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. 4-Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas. 5-Cambiar de posición a la paciente según lo indique el estado de la piel. 6-Girar a la paciente inmovilizada cada dos horas para evitar la presión prolongada 7-Vigilar y valorar el estado de la piel constantemente. 8-Observar si hay enrojecimiento, color extremo o edema. 9-Observar si existe la posibilidad de la pérdida de la integridad de la piel. 10-Humedecer e hidratar la piel seca. 11-Proporcionar medidas adecuadas para el apoyo de los codos, coxis y talones de los pies. 12-Obervar y valorar si hay estreñimiento.				1-Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento en la paciente. 2-Comprobar movimientos intestinales incluyendo frecuencia, consistencia, volumen y color. 3-Identificar los factores (medicamento, reposo en cama y dieta) que le pueden causar estreñimiento. 4-Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos. 5-Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales. 6-Evaluar el registro de cada contenido nutricional. 7-Sugerir el uso de lactantes o ablandadores de heces. 8-Administrar el enema o una irrigación si fuera necesario.			

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC	0840 Cambios de posición.		
DEFINICIÓN:	Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar al bienestar fisiológico.		
CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	C Control de la inmovilidad
ACTIVIDADES			
<p>1-Observar si hay edema en manos y pies de la paciente.</p> <p>2-Observar y valorar si hay insuficiencia arterial en la parte inferior de las piernas.</p> <p>3-Determinar el grado de compromiso del paciente para utilizar posturas correctas.</p> <p>4-Realizar al paciente ejercicios en miembros inferiores.</p> <p>5-Elevar los miembros a 20° por encima del nivel del corazón para mejorar el retorno venoso.</p>			

9-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro cognitivo, disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios m/p disnea, saturación de 82% de oxígeno y somnolencia (00032)	
DOMINIO	4 Actividad/reposo
CLASE	4 Respuesta cardiovascular/pulmonar
DEFINICIÓN: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA					
NOC	(0402) Estado respiratorio: Intercambio de gases.				
DOMINIO	2 Salud fisiológica	CLASE	E Cardiopulmonar		
INDICADORES		MANTENER A:	9	AUMENTAR A:	13
		PUNTOS INICIALES	PUNTOS ESPERADOS	ESCALA DE MEDICION	
040208 Presión parcial de oxígeno en sangre arterial Pao2.		2	3	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	
040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión.		2	3		
040203 Disnea en reposo.		2	3		
040207 Somnolencia.		3	4		

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC	3390 Ayuda a la ventilación.			NIC	3350 Monitorización respiratoria.		
DEFINICIÓN:	Estimulación de un esquema respiratorio espontaneo óptimo que aumente el intercambio de O2 y dióxido de carbono en los pulmones.			DEFINICIÓN:	Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado.		
CAMPO	2 Fisiológico: complejo	CLASE	K Control respiratorio	CAMPO	2 Fisiológico: complejo	CLASE	K Control respiratorio
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
<p>1-Mantener una vía aérea permeable. 2-Colocar al paciente en posición semi-fowler de tal forma que alivie la disnea. 3-Colocar al paciente en posición semi-fowler que facilite la ventilación-perfusión. 4-Colocar al paciente de manera que minimice los esfuerzos respiratorios. 5-Fomentar una respiración lenta y profunda. 6-Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños. 7-Iniciar y mantener suplemento de oxígeno. 8-Administrar medicamento (salbutamol) que favorezca la permeabilidad de una vía aérea e intercambio de gases.</p>				<p>1-Vigilar, frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones. 2-Controlar el esquema de respiración (bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiración de Kussmaul, respiración de Cheyne-Stokes). 3-Registrar los cambios de SaO2 y CO2 y los cambios de valores de gases en sangre. 4-Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. 5-Instaurar tratamientos y terapia respiratoria (nebulizador) si es necesario.</p>			

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	3320 Oxigenoterapia.			NIC	1850 Mejorar el sueño.		
DEFINICIÓN:	Administración de oxígeno y control de su eficacia.			DEFINICIÓN:	Facilitar ciclos regulares del sueño/vigilia.		
CAMPO	2 Fisiológico: complejo	CLASE	K Control respiratorio	CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	F Facilitación de los cuidados
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
<p>1-Vigilar el flujo de litro de oxígeno.</p> <p>2-Comprobar periódicamente el dispositivo de oxígeno para asegurar que la administración sea correcta.</p> <p>3-Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (gasometría arterial).</p> <p>4-Observar si hay signos de hipo ventilación inducida por el oxígeno.</p> <p>5-Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia.</p> <p>6-Obsevar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.</p> <p>7-Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente si fuera necesario.</p>				<p>1-Determinar un esquema del sueño.</p> <p>2-Incluir el ciclo regular del sueño del paciente en la planificación de cuidados.</p> <p>3-Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño.</p> <p>4-Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.</p> <p>5-Valorar el esquema de sueño del paciente y observar si hay circunstancias que interrumpan el sueño (apnea, vía aérea obstruida y frecuencia urinaria).</p> <p>6-Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño.</p> <p>7-Fomentar el uso de medicamentos para dormir.</p>			

9-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Desequilibrio nutricional r/c incapacidad para ingerir los alimentos m/p peso corporal inferior al 20% de lo normal y debilidad de los músculos requeridos para la masticación o deglución (00002)	
DOMINIO	2 Nutrición
CLASE	1 Ingestión
<p style="text-align: center;">DEFINICIÓN:</p> Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA					
NOC	1004 Estado nutricional.				
DOMINIO	2 Salud fisiológica	CLASE	K Digestión y nutrición		
INDICADORES		MANTENER A:	7	AUMENTAR A:	14
		PUNTOS INICIALES	PUNTOS ESPERADOS	ESCALA DE MEDICION	
100401 Ingestión de nutrientes.		1	4	1.Desviación grave del rango normal 2.Desviación sustancial del rango normal 3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal	
100405 Relación peso-talla.		2	4		
100411 Hidratación.		2	3		

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA								
NIC	1056 Alimentación enteral por sonda.				NIC	1260 Manejo del peso.		
DEFINICIÓN:	Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.				DEFINICIÓN:	Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.		
CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	D Apoyo nutricional		CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	D Apoyo nutricional
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES				
1-Insertar una sonda nasogástrica o realizar una gastrostomía. 2-Colocar y fijar el tubo de alimentación a la piel. 3-Observar si la colocación fue correcta, comprobando si hay residuos gástricos, escuchando durante la inyección y extracción del aire. 4-Escuchar y valorar si hay presencia de sonidos intestinales. 5-Elevar el cabecero de la cama de 35° a 40° durante la alimentación. 6-Irrigar la sonda cada 4-6 horas después de cada alimentación. 7-Utilizar una técnica higiénica en la administración de la alimentación. 8-Verificar antes de la administración alimenticia si hay residuos gástricos (si hubiera residuos extraerlos). 9-Al término de la alimentación cerrar la llave de la sonda para evitar el retorno de los líquidos.				1-Determinar el peso corporal e IMC ideal de la paciente. 2-Determinar ingesta necesaria alimentaria del paciente de acuerdo a sus necesidades. 3-Utilizar normas nutricionales para ayudar al paciente en la ingesta dietética. 4-Proporcionar información en la pérdida del peso del paciente. 5-Vigilar si la ingesta alimenticia es adecuada y esta dando resultados. 6-Revisar la medición de ingesta, eliminación de líquidos y pérdida de peso.				
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA								
NIC	2080 Manejo de líquidos / electrolitos.							
DEFINICIÓN:	Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.							
CAMPO	2 Fisiológico: complejo	CLASE	G Control de electrolitos y ácido-base					
ACTIVIDADES								
1-Observar y valorar si los niveles de electrolitos en suero son normales. 2-Obtener muestras de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUM, proteínas, sodio y potasio). 3-Administrar líquidos constantemente. 4-Reponer líquidos por vía nasogástrica o parenteral en función de eliminación. 5-Proporcionar agua libremente con la alimentación por sonda.				6-Llevar un registro preciso de ingestas y eliminaciones. 7-Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos. 8-Corregir la deshidratación si hubiera. 9-Mantener la solución intravenosa que contenga electrolitos a un nivel de flujo constante. 10-Observar si hay manifestación de desequilibrio de líquidos.				

9-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Incontinencia urinaria refleja r/c deterioro neurológico por encima del centro sacro de la micción m/p incapacidad para iniciar voluntariamente la micción y falta de sensación de la micción (00018)	
DOMINIO	3 Eliminación/intercambio
CLASE	1 Función urinaria
<p style="text-align: center;">DEFINICIÓN:</p> Pérdida involuntaria de orina a intervalos predecibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA					
NOC	0503 Eliminación urinaria.				
DOMINIO	2 Salud fisiológica	CLASE	F Eliminación		
INDICADORES		MANTENER A:	6	AUMENTAR A:	12
		PUNTOS INICIALES	PUNTOS ESPERADOS	ESCALA DE MEDICION	
050301 Patrón de eliminación.		1	3	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	
050303 Cantidad de orina.		2	3		
050312 Incontinencia urinaria.		1	3		

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	0590 Manejo de la eliminación urinaria.			NIC	0582 Sondaje vesical intermitente.		
DEFINICIÓN:	Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.			DEFINICIÓN:	Uso periódico de forma regular de un catéter para vaciar la vejiga.		
CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	B Control de la eliminación	CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	B Control de la eliminación
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
1-Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. 2-Identificar los episodios de la incontinencia (tiempo entre cada eliminación. 3-Obtener muestras de la orina y realizar un análisis. 4-Llevar un control y registro de ingestas y eliminaciones.				1-Relizar una valoración urinaria para la causa de la incontinencia. 2-Insertar el catéter urinario en la vejiga y conectarlo a la bolsa recolectora de orina. 3-Lavado de manos antes y después de realizar la técnica. 4-Mantener una técnica aséptica adecuada. 5-Utilizar material de curación y equipo estéril. 6-Mantener un sistema de drenaje cerrado. 7-Valorar la ingesta y eliminación de líquidos.			

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.						
DEFINICIÓN:	Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.						
CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	B Control de la eliminación				
ACTIVIDADES							
1-Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (función cognoscitiva). 2-Limitar los líquidos si hay una eliminación excesiva.							

9-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Déficit de autocuidado (baño) r/c deterioro neuromuscular y deterioro cognitivo m/p incapacidad para la movilidad física e incapacidad para lavarse el cuerpo (00108)	
DOMINIO	4 Actividad y reposo
CLASE	5 Autocuidado
DEFINICIÓN: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si mismo las actividades de baño e higiene.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA					
NOC	0313 Nivel de autocuidado.				
DOMINIO	1 Salud funcional		CLASE	D Autocuidado	
INDICADORES			MANTENER A:		AUMENTAR A:
			PUNTOS INICIALES	PUNTOS ESPERADOS	ESCALA DE MEDICION
031301 Baño.			1	3	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido
031302 Vestido.			1	3	

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC		1610 Baño.				NIC		1630 Vestir.			
DEFINICIÓN:		Baño corporal a efectos de relajación, limpieza y curación.				DEFINICIÓN:		Elegir, poner y quitar la ropa a una persona que no puede realizar la actividad por si misma.			
CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	F Facilitación de los cuidados			CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	F Facilitación de los cuidados		
ACTIVIDADES						ACTIVIDADES					
1-Mantener la individualidad de la paciente. 2-Ayudar con el baño corporal a la paciente encamada. 3-Lavar el cabello cuidadosamente. 4-Realizar el baño con agua a una temperatura agradable. 5-Lavar zona perineal cuidadosamente. 6-Lavar y secar los pies. 7-Ayudar con las medidas de higiene (aceites o desodorantes). 8-Aplicar ungüentos o crema hidratante en las zonas de piel que estén secas. 9-Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.						1-Disponer las prendas de la paciente en una zona accesible (pie de cama). 2-Vestir a la paciente después de completar la higiene personal. 3-Vestir la extremidad afectada primero. 4-Utilizar ropa cómoda que no le apriete al paciente y cambiar cada vez que se requiera.					

9-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de aspiración r/c reducción del nivel de conciencia, deterioro de la deglución, traqueotomía y depresión del reflejo nauseoso (00039)	
DOMINIO	11 Seguridad / protección
CLASE	2 Lesión física
<p style="text-align: center;">DEFINICIÓN:</p> Riesgo de que penetren en el árbol traqueo bronquial las secreciones gastrointestinales, sólidos y líquidos.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA					
NOC	0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas.				
DOMINIO	11 Salud fisiológica	CLASE	E Cardiopulmonar		
INDICADORES		MANTENER A:	6	AUMENTAR A:	14
		PUNTOS INICIALES	PUNTOS ESPERADOS	ESCALA DE MEDICION	
041003 Asfixia.		1	3	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	
041004 Frecuencia respiratoria.		2	4		
041012 Capacidad de eliminar secreciones.		1	3		

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC	3180 Manejo de las vías aéreas artificiales.			NIC	3350 Monitorización respiratoria.		
DEFINICIÓN:	Mantenimiento de tubos endotraqueales o de traqueotomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.			DEFINICIÓN:	Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado.		
CAMPO	Fisiológico: complejo	CLASE	K Control respiratorio	CAMPO	2 Fisiológico: complejo	CLASE	K Control respiratorio
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
<p>1-Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales. 2-Observar si hay presencia de crepitaciones en vías aérea. 3-Iniciar aspiración traqueal gentilmente. 4-Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4-8 horas; limpiar cánula y secar alrededor del estoma. 5-Inspeccionar la piel alrededor del estoma traqueal. 6-Realizar técnica estéril al succionar y proporcionar los cuidados de la traqueotomía. 7-Aislar la traqueotomía del agua. 8-Proporcionar cuidados bucales y aspirar oro faringe. 9-Realizar fisioterapia torácica.</p>				<p>1-Observar si hay fatiga muscular diafragmática. 2-Auscultar los sonidos respiratorios, valorando las áreas de disminución o ausencia de ventilación 3-Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire en la paciente. 4-Observar si hay aparición y duración de la tos. 5-Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren o empeoren. 6-Determinar si hay necesidad de realizar una aspiración oral y/o traqueal.</p>			

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC	3160 Aspiración de las vías aéreas.		
DEFINICIÓN:	Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la tráquea del paciente.		
CAMPO	2 Fisiológico: complejo	CLASE	K Control respiratorio
ACTIVIDADES			
<p>1-Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.</p> <p>2-Hiperoxigenar al 100% mediante la utilización del mismo antes de la aspiración.</p> <p>3-Abordar la vía aérea para facilitar la aspiración.</p> <p>4-Observar el estado de oxígeno del paciente y ritmo cardiaco antes, mediante y después de cada aspiración.</p> <p>5-Basar la duración de cada aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en respuesta del paciente.</p> <p>6-Administrar oxígeno después de cada aspiración.</p> <p>7-Aspirar la oro faringe después de cada succión traqueal.</p> <p>8-Limpiar la zona del estoma traqueal después de terminar cada aspiración.</p> <p>9-Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia o desaturación.</p> <p>10-Registrar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.</p>			

9-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de caídas r/c alteración del estado mental y deterioro de la movilidad física (00155)	
DOMINIO	11 Seguridad protección
CLASE	2 Lesión física
DEFINICIÓN: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA				
NOC	1909 Conducta de prevención de caídas.			
DOMINIO	4 Conocimiento y conducta de salud	CLASE	T Control de riesgo y seguridad	
INDICADORES		MANTENER A:		AUMENTAR A:
		PUNTOS INICIALES	PUNTOS ESPERADOS	ESCALA DE MEDICION
190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda.		2	3	1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente Demostrado 5.Siempre demostrado
190903 Colocación de barreras para prevenir. Caídas		2	4	
190919 Uso de medios de traslado seguros.		2	4	

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC	0910 Inmovilización.			NIC	6490 Prevención de caídas.		
DEFINICIÓN:	Estabilización, inmovilización y/o protección de alguna parte corporal lesionada con un dispositivo de soporte.			DEFINICIÓN:	Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.		
CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	C Control de la inmovilidad	CAMPO	4 Seguridad	CLASE	V Control de riesgo
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
<p>1-Colocar al paciente en una posición correcta de alineación corporal.</p> <p>2-Mantener la posición correcta en la cama para fomentar tracción.</p> <p>3-Determinar si se producen complicaciones por la movilidad.</p> <p>4-Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.</p> <p>5-Apoyar con soporte la parte corporal afectada (almohada de semillas).</p> <p>6-Colocar un colchón de aire y evitar la fricción en el paciente.</p> <p>7-Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama.</p> <p>8-Valorar la circulación de la parte corporal inmovilizada.</p> <p>9-Vigilar la integridad de la piel que esta sobre el dispositivo de apoyo para valorar si hay úlceras.</p> <p>10-Fomentar los ejercicios pasivos cuando sea necesario.</p>				<p>1-Revisar la historia de caídas en la paciente.</p> <p>2-Bloquear las ruedas de la cama o camilla en la transferencia de la paciente.</p> <p>3-Colocar la cama mecánica en la posición más baja.</p> <p>4-Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir el riesgo.</p> <p>5-Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.</p>			

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC	0970 Transferencia.		
DEFINICIÓN:	Traslado de un paciente con limitación del movimiento independiente.		
CAMPO	1 Fisiológico: básico	CLASE	C Control de la inmovilidad
ACTIVIDADES			
<p>1-Planear el tipo y método de movimiento.</p> <p>2-Determinar si el personal de enfermería es el suficiente para la asistencia de traslado.</p> <p>3-Asegurarse de que la camilla de traslado funciona correctamente antes de utilizarlo.</p> <p>4-Proporcionar privacidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente.</p> <p>5-Asegurarse de que la nueva ubicación del paciente esté preparada.</p> <p>6-Asegurar el equipo si es necesario en espacios elevados y bloquear todas las ruedas.</p> <p>7-Levantar el barandal del lado opuesto de la enfermera para evitar que el paciente caiga de la cama.</p> <p>8-Utilizar una mecánica corporal adecuada durante los movimientos.</p> <p>9-Mantener el cuerpo del paciente bien alineado durante los movimientos.</p> <p>10-Trasladar al paciente de la cama a la camilla o viceversa con una sábana para poderlo girar.</p> <p>11-Elevar al paciente al final del traslado para comprobar la alineación adecuada del cuerpo, ausencia de oclusión de tubos, ropa de cama sin arrugas y barandales laterales elevados.</p>			

9-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de infección r/c procedimientos terapéuticos invasivos (00004)	
DOMINIO	11 Seguridad / protección
CLASE	1 Infección
<p style="text-align: center;">DEFINICIÓN:</p> Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA					
NOC	1842 Conocimiento: control de la infección.				
DOMINIO	IV Conocimiento y conducta de salud	CLASE	S Conocimientos sobre salud		
INDICADORES		MANTENER A:		AUMENTAR A:	
		PUNTOS INICIALES	PUNTOS ESPERADOS	ESCALA DE MEDICION	
184201 Modo de transmisión.		1	3	1.Ningun conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso	
184202 Factores que contribuyen a la transmisión.		1	3		
184203 Prácticas que reducen l transmisión.		1	3		
184207 Importancia de la higiene de manos.		1	3		

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC	3440 Cuidados del sitio de incisión.			NIC	3660 Cuidado de las heridas.		
DEFINICIÓN:	Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.			DEFINICIÓN:	Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.		
CAMPO	2 Fisiológico: complejo	CLASE	L Control de piel y heridas	CAMPO	2 Fisiológico: complejo	CLASE	L Control de piel y heridas
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
<p>1-Inspeccionar el sitio de incisión si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia.</p> <p>2-Tomar nota de las características de cualquier tipo de drenaje.</p> <p>3-Evaluar el proceso de curación en el sitio de la incisión.</p> <p>4-Realizar una técnica de curación estéril para asegurar la recuperación y prevenir posible infección.</p> <p>5-Limpiar de la zona más limpia a la mas sucia.</p> <p>6-Observar si hay signos y síntomas de infección.</p> <p>7-Utilizar equipos de curación estériles para las curaciones.</p> <p>8-Cambiar los vendajes en intervalos adecuados.</p> <p>9-Aplicar un vendaje o parche para proteger la herida.</p> <p>10-Lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidados hacia el paciente.</p>				<p>1-Utilizar guantes, cubre bocas y bata para realizar la técnica de cuidados.</p> <p>2-Valorar el estado de la herida y observar sus características.</p> <p>3-Lavar con antiséptico la zona de la herida.</p> <p>4-Inspeccionar la herida cada que se realiza el cambio de vendaje.</p>			

CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC	6540 Control de infecciones.			NIC	5510 Educación sanitaria.		
DEFINICIÓN:	Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.			DEFINICIÓN:	Desarrollar y proporcionar información y experiencia de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidad.		
CAMPO	4 Seguridad	CLASE	V Control de riesgo	CAMPO	3 Conductual	CLASE	5 Educación de los pacientes
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
<p>1-Distribuir la superficie de ambiente del paciente.</p> <p>2-Limpiar adecuadamente el ambiente después de cada actividad.</p> <p>3-Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.</p> <p>4-limitar el número de visitas a los pacientes.</p> <p>5-Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación cada vez que visiten al paciente.</p> <p>6-Fomentar en práctica las precauciones universales.</p> <p>7-Utilizar bata de protección durante la manipulación de material infeccioso.</p> <p>8-Mantener un ambiente aséptico mientras se realizan curaciones, cambios de sistemas, cambios de botellas de nutrición parenteral.</p>				<p>1-Determinar necesidades identificadas y alteradas para el fomento de la salud y prevención de enfermedades.</p> <p>2-Determinar el conocimiento sanitario actual y de las conductas del estilo de vida de los individuos.</p> <p>3-Formular y reforzar los objetivos del programa de educación sanitaria (lavado de manos).</p> <p>4-Realizar publicidad atractiva de forma estratégica para llamar la atención del personal.</p> <p>5-Realizar demostraciones, participaciones y manipulación de los materiales al enseñar la práctica.</p> <p>6- Proporcionar información de prevención y control de la contaminación por microorganismos durante la atención de un paciente, manipulación y traslado.</p> <p>7-Explicar a los familiares la importancia de la higiene de las manos al entrar en contacto con la paciente.</p>			

9-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física, humedad, factores mecánicos (presión) y secreciones bronquiales (00047)	
DOMINIO	11 Seguridad/protección
CLASE	2 Lesión física
DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis y/o la dermis.	

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA				
NOC	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.			
DOMINIO	II Salud fisiológica	CLASE	L Integridad tisular	
INDICADORES		MANTENER A:	6	AUMENTAR A:
		PUNTOS INICIALES	PUNTOS ESPERADOS	ESCALA DE MEDICION
110111 Perfusión tisular.		1	3	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido
110113 Integridad de la piel.		2	3	
110115 Lesiones cutáneas.		2	3	

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA							
NIC	4070 Precauciones circulatorias.			NIC	3590 Vigilancia de la piel.		
DEFINICIÓN:	Protección de una zona localizada con limitación de la perfusión.			DEFINICIÓN:	Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.		
CAMPO	2 Fisiológico: complejo	CLASE	N Control de la perfusión tisular	CAMPO	2 Fisiológico. complejo	CLASE	L Control de la piel/heridas
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES			
1-Realizar una valoración de la circulación periférica así como comprobar pulsos periféricos, llenado capilar, color y temperatura. 2-Evitar punción intravenosa y extraer sangre de la extremidad afectada. 3-No aplicar presión en la zona afectada. 4-Evitar infección es en las heridas. 5-Realizar terapia de compresión. 6-Elevar las piernas a 20° por encima del nivel del corazón. 7-Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.				1-Valorar y observar si hay enrojecimiento, color extremo, edema o drenaje en la piel y membrana mucosa. 2-Observar si existe la posibilidad de ulceración en extremidades. 3-Observar y valorar si hay excesiva sequedad o humedad sobre la piel. 4-Observar si hay zonas de presión y fricción. 5-Observar y valorar si hay algún signo de infección. 6-Humectar la piel seca con crema o aceite corporal.			

CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC	3540 Prevención de úlceras por presión.		
DEFINICIÓN:	Prevención de la formación de úlceras por presión en el individuo con alto riesgo de desarrollarlas.		
CAMPO	4 Seguridad	CLASE	V Control de riesgo
ACTIVIDADES			
<p>1-Utilizar una escala de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo.</p> <p>2-Registrar y valorar el estado de la piel constantemente.</p> <p>3-Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, la incontinencia urinaria y fecal.</p> <p>4-Cambiar de posición a la paciente cada dos horas.</p> <p>5-Evitar los masajes en los puntos de presión.</p> <p>6-Evitar el agua caliente y utilizar jabón suave a la hora del baño.</p> <p>7-Asegurar una nutrición adecuada rica en vitaminas B y C, proteínas y hierro.</p>			

10-CONCLUSIONES

El Proceso Enfermero se realizó de manera satisfactoria con énfasis en el razonamiento clínico que se realiza en atención al paciente en estado crítico. Se proporcionaron cuidados de enfermería precisos, oportunos y con sustento científico con base en los objetivos planeados. El manejo de los adenomas hipofisarios es complejo y requiere un enfoque multidisciplinario, la atención que se dio a la paciente fue enfocada a obtener una mejor calidad de vida.

La experiencia con la paciente me dejó muy satisfecha por que pude lograr lo que se planteó en un principio teniendo en cuenta la continuidad de los cuidados y así poderla ayudar. No cabe duda que la mejor herramienta para gestionar el cuidado es el PAE, si se desarrolla adecuadamente los resultados son favorables. Se presentaron algunas dificultades para la planeación de los mismos pero con dedicación y evaluación se retroalimentó el plan de cuidados con el propósito de mantener la calidad y efectividad de los mismos.

Este trabajo se realizó con fundamento en el MODELO AREA, el cual constituye una herramienta en la identificación y jerarquización de las necesidades alteradas y por tanto para el establecimiento de los diagnósticos enfermeros.

Durante el seguimiento del caso clínico, la paciente se fue deteriorando de forma gradual por su misma condición patológica, agregándosele diversas complicaciones; se brindó la opción de enseñarle a los familiares los cuidados que deberían tener cuando estuvieran con ella. De tal forma, se puede determinar que el plan de cuidados fue benéfico en la mayoría de la evolución de la paciente; en ciertas ocasiones había retroceso; sin embargo, las complicaciones fueron mermando el estado de salud y así mismo el avance del tratamiento tanto médico como enfermero.

De aquí la importancia de este estudio que enriquece el pensamiento crítico con aportaciones de basta experiencia, apoyándome en la práctica clínica como: administración, docencia, investigaciones y con aportaciones de otros profesionales de la salud, confío en que esta modesta construcción sea útil como teoría y práctica, con aspectos que se acercan más a la atención médica y de enfermería.

El trato humanista se debe de brindar en todo paciente enfermo y sano, ya que se trabaja con personas y merecen un trato digno, con respeto pero sobre todo tomarlos en cuenta en las actividades a realizar y no verlos como objetos. Jean Watson pionera de la integración de las humanidades, menciona en su teoría que el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana.

Las enfermedades deterioran a las personas, los cuidados que se brindan los van recuperando, pero el verdadero poder de ayuda para salir adelante esta en mostrar una actitud empática con la paciente.

A N E X O S

1-RESULTADOS DE ESTUDIO DE LABORATORIO (valoración a partir del 10 de diciembre, 2013)

Química sanguínea de 3 elementos

Q. SANGUÍNEA 3 ELEMENTOS	VALORES NORMALES	VALORES DEL PACIENTE
Glucosa	65.00 – 110.00 mg/dl	86.72
Urea	14.00 – 40.00 mg/dl	18.88
Creatinina	0.60 – 1.10 mg/dl	0.49
Nitrógeno ureico	6.0 – 20.00 mg/dl	9

Electrolitos séricos de 6 elementos

ELECTROLITOS SÉRICOS 6 ELEMENTOS	VALORES NORMALES	VALORES DEL PACIENTE
Calcio	8.60 – 10.20 mg/dl	7.23
Fosforo	2.70 – 4.50 mg/dl	4.51
Magnesio	1.70 – 2.55 mg/dl	1.69
Sodio	136.00 – 145.00 mmol/L	141
Potasio	3.50 – 4.50 mmol/L	4.16
Cloro	98.00 – 107.0 mmol/L	103.9

Gasometría arterial

GASOMETRÍA ARTERIAL	VALORES NORMALES	VALORES DEL PACIENTE
pH de la sangre arterial	7.35 – 7.45	7.0
Presión parcial de oxígeno (PaO ₂)	80.00 – 100.00 mmHg	50.8
Presión parcial de dióxido de carbono (PaCO ₂)	35.00 – 45.00 mmHg	30.0
Saturación de oxígeno (SaO ₂)	>90%	82%

2-INSTRUMENTO DE VALORACIÓN POR NECESIDADES/VIRGINIA HENDERSON

1-OXIGENACIÓN:

Problema para respirar: NO__ SI Se expone a humo de leña: NO SI__ Fuma: NO SI__ cantidad _____ Tiene familiares con problemas para respirar: NO SI__ ¿Cuál? _____ Su casa está ventilada: SI NO__ Tiene problemas cardiacos: SI__ NO ¿Cuál? _____ Tiene familiares con problemas del corazón: SI__ NO ¿Cuál? _____ Toma algún medicamento SI__ NO__ ¿Cuál? _____
FR 12x' FC 85x' Respiración nasal/oral: nasal Respiración artificial: SI__ NO
Apoyo ventilatorio: NO__ SI Cual: nebulizador al 50%

Exploración: cánula traqueal con abundantes secreciones, presencia de tos moderada sialorrea, se auscultan campos pulmonares con dificultad de entrada y salida de aire con retracción de espacios intercostales y disnea.

2-ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN:

Alimentos que consume frecuentemente en el desayuno: _____ En la comida: _____
En la cena: _____ Come entre comidas: SI__ NO__ Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación: SI__ NO__ ¿Por qué? _____ Tiene problemas para masticar: SI NO__ Por que: debido a la limitación de su problema neurológico Se alimenta por si sola: No, mantiene una sonda nasogástrica, lo cual le ayuda a mantener una nutrición adecuada
Tiene dentadura completa: SI NO__ Tiene problemas con su peso: SI NO__ ¿Por qué? Mantiene un peso menor al normal Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos: SI__ NO ¿Por qué? Refleja estreñimiento Toma agua en abundancia: SI__ NO

Exploración: pelo seco sin brillo, boca semi-hidratada, piel seca y uñas quebradizas. Abdomen blando depresible a la palpación, se auscultan ruidos peristálticos disminuidos, actualmente presenta un peso de 60 kg.

3-ELIMINACIÓN

Cuántas veces evacua al día: 1 Padece estreñimiento: SI NO__ Especifique características del dolor _____ Presenta flatulencias: SI__ NO__ Tiene tenesmo: SI__ NO Tiene incontinencia: SI NO__ Tiene hemorroides: SI__ NO Cuando presenta problemas para evacuar, qué recursos utiliza: medicamento (senosidos)
Qué hábitos le dificultan la evacuación: Adinamia Qué características tiene la evacuación: Heces duras
Cuántas veces orina al día: variadamente Tiene problemas para orinar sola: si, debido al daño neurológico se le colocó una sonda vesical De qué color es su orina: ámbar Claro
Qué olor tiene su orina: es inolora Tiene Disuria: SI__ NO Tiene Poliuria: SI__ NO Tiene Nicturia SI__ NO Tiene urgencias para orinar: SI__ NO__ Que recursos utiliza cuando tiene infección de vías urinarias: No aplica Es regular su ciclo menstrual: SI__ NO__

Exploración: genitales íntegros sin alteraciones patológicas, que van acorde a la edad y sexo.

4-MOVIMIENTO Y BUENA POSTURA:

Tiene algún problema que le dificulte la deambulación: SI NO Especifique: presenta cuadriplejia
Repercute en sus actividades diaria: Si Tiene dificultad para cambiar de posición cuando está acostada: SI NO Tiene dificultad para levantarse: SI NO Requiere de apoyo para desplazarse: SI NO Hay alguna postura que no pueda adoptar: SI NO ¿Cuántas horas al día pasa en esa postura: dos horas En algún momento del día tiene dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores? Imposibilitada para referir
En algún momento presenta movimientos involuntarios: SI NO En el transcurso del día presenta edema o hematomas en alguna parte del cuerpo: SI NO En algún momento presenta pérdida del equilibrio, desorientación o desmayos: SI NO Realiza alguna actividad física: SI NO

Exploración: miembros torácicos y pélvicos íntegros, presenta deterioro cognoscitivo y se encuentra totalmente somnolienta lo cual depende del personal de enfermería para su total movilidad.

5-DESCANSO Y SUEÑO:

Descansa durante el día: SI NO Cuántas horas duerme habitualmente al día: 5 horas diarias
Tiene dificultad para conciliar el sueño: SI NO Se despierta fácilmente: SI NO Tiene sueño agitado: SI NO Se despierta durante la noche: NO SI Es cómodo el lugar donde duerme: SI NO Acostumbra a tomar siesta. SI NO A que hora: son variados los momentos
Exploración: Adinámica y se encuentra somnolienta.

6-VESTIDO:

Utiliza ropa adecuada para proteger su cuerpo: SI NO Utiliza ropa adecuada que permita la libertad de movimiento: no aplica Es capaz de desvestirse y vestirse sola: SI NO

Exploración: permanece con ropa hospitalaria (bata y pañal), con cambio frecuente para evitar la humedad, se le realiza baño y cambio de ropa diariamente.

7-TERMORREGULACIÓN:

Presenta alteración de su temperatura: SI NO Hipotermia _____ Hipertermia _____
Temperatura: 36°C

Exploración: Se manifiesta normo térmica.

8-HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Con qué frecuencia se baña: diario Tipo de baño: asistido en cama Cada cuánto lava su cabello: _____ Después del baño, el cambio de ropa es: Parcial _____ Total X Cada cuánto lava las manos: imposibilitada por su limitación

Cada cuándo realiza el cuidado de las uñas: no aplicaCuál es el aspecto de las uñas de pies y manos: Pies: largas y secas Manos: largas y quebradizas Con qué frecuencia se cepilla los dientes: por las mañanas se le realiza aseo bucal Utiliza hilo dental: SI__ NO X Cada cuánto visita al dentista: no aplica Necesita ayuda para realizar su aseo personal: SI X NO__

Exploración: Coloración y estado de la piel: tez morena, ligera palidez de tegumentos, piel deshidratada, cráneo normo cefálico con herida quirúrgica de lado derecho por craneotomía, conductos auditivos simétricos con presencia de cerumen, piezas dentales completas con presencia de sarro y halitosis, catéter subclavio derecho, sonda vesical sin datos de infección, micosis en ambos pies.

9-EVITAR PELIGROS:

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de vacunación completo SI X NO__ Toxoide Diftérico SI X NO__ Toxoide Tetánico SI X NO__ Hepatitis SI X NO__ Influenza SI X NO__ Revisiones periódicas en el último año: Exploración prostática SI__ NO__ Resultado _____ Autoexploración mamaria SI__ NO X Resultado _____ Mamografía SI__ NO X Resultado _____ Papanicolaou SI__ NO X Resultado _____ Protección contra infecciones de transmisión sexual (uso de condón) SI__ NO X Seguimiento del plan terapéutico prescrito SI__ NO__ Automedicación SI__ NO X Es capaz de mantener su seguridad física: SI__ NO X Cuenta con las medidas de seguridad: En el trabajo: SI__ NO__ En la casa: SI__ NO__ Escuela SI__ NO__ Otros SI__ NO__

Exploración: La paciente presenta cuadriplejía, lo cual la imposibilita para cuidarse por si misma y evitar posibles peligros.

10-COMUNICACIÓN:

Tiene alguna alteración que le impida comunicarse eficientemente: SI X NO__ Cual: debido al deterioro neurológico su limitación le imposibilita poder comunicarse Que órgano del sentido esta afectado: Vista X Oído__ Olfato__ Gusto__ Tacto X Cómo se percibe usted de carácter: Optimista__ Pesimista__ Realista__ Introvertido__ Extrovertido__ Otro__ Tiene dificultad para: Comprender SI X NO__ Aprender SI X NO__ Concentrarse SI X NO__ Lectoescritura SI X NO__

Exploración: La paciente se encuentra somnolienta, con apoyo de oxígeno suplementario con nebulizador y traqueotomía lo que le imposibilita la comunicación.

11-CREENCIAS Y VALORES:

Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayuden a enfrentar su situación actual:
SI__ NO Que religión practica: católica

12-TRABAJO Y REALIZACIÓN:

Trabaja actualmente: SI__ NO Estudia: SI__ NO Tiene una ocupación no remunerada: SI__ NO
Cuál: _____ Tiene alguna incapacidad? SI NO__ Su incapacidad es temporal: SI__ NO
 Qué tipo de incapacidad tiene: cuadriplejia Cómo considera su integración social: por el momento se encuentra sin integración social Cómo considera su integración familiar: _____

13-RECREACIÓN:

Qué actividades recreativas acostumbra usted para divertirse: Cine____ Teatro____ Lectura____ T.V o Música _____ Otro No Aplica Cuál: _____ Con qué frecuencia tiene usted cambio de estado de ánimo: Frecuentemente ____ Ocasionalmente ____ Ha padecido alguna vez depresión: SI__ NO Recibe atención profesional actualmente: SI NO__

14-APRENDIZAJE:

Grado de escolaridad: licenciatura en contabilidad Problemas de aprendizaje: SI__ NO__
Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos: SI__ NO__ ¿Por qué? _____
Fuentes de donde adquiere conocimientos _____ ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? SI__ NO__ ¿Cuáles? _____

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

- ✚ NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier.
- ✚ Clasificación De Resultados De Enfermería, NOC, Quinta Edición 2014 Editorial Elsevier.
- ✚ Clasificación De Intervenciones De Enfermería, NIC, Quinta Edición 2014 Editorial Elsevier.
- ✚ Urden Lough Stacy, Cuidados Intensivos de Enfermería, 3° edición, vol. 2, Madrid España, 2000, Editorial OCEANO, pág. 441 – 495
- ✚ Recomendaciones para la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de su seguridad en el hospital, revista CONAMED, vol. 15 No1 enero – marzo 2010
- ✚ Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo, Enero de 2009. World Health Organización. Patient Safety
- ✚ Guyton, Artur C. Tratado De Fisiología Médica, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Edición 10, México 1280pp.
- ✚ Murray L. Barr, el Sistema Nervioso Humano un Punto de Vista Anatómico, London Canadá, Cuarta Edición, Edit. Harla, 1986. Pag. 216 – 217
- ✚ Cozier Bárbara, Fundamentos De Enfermería 7ma Ed. Mc Graw-Hill España, 2005
- ✚ Ad Hoc Committee to Study Head Injury Nomenclature: Proceedings Of The Congress Of Neurological Surgeons In 1964. Clin Neurosurg.
- ✚ Mn De Jaime, Fia López, Gp Cabrera - Patología, 2003 - Pgmacline.Es
- ✚ Á Campero - Revista Argentina De Neurocirugía, 2007 - Scielo Argentina
- ✚ A Escobar - Revista Mexicana Neurocirugía, 2006 - New.Medigraphic.Com

REFERENCIAS ELECTRONICAS

-  www.Elseiver.Es/Revistas/Medicina-Intensiva-64/Estimacion-Gasto-Cardico-Utilidad
-  www.abta.org/resources/spanish-language-publications/tumorees-hipofisarios.pdf
-  www.nanosweb.org/files/public/spanish_pituitarytumor1P.Pdf
-  [www.uum.edu/health/medical/spanihency/articles/sindrome de Cushing](http://www.uum.edu/health/medical/spanihency/articles/sindrome%20de%20Cushing)
-  www.enfermedad actual.com/metodología-PAE