

**ESCUELA DE ENFERMERÍA “MARÍA ELENA MAZA BRITO”
DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN”**

**Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
Estudios Incorporados a la UNAM clave 3049-12**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE CON
DOLOR AGUDO (00132)**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA: PAOLA ANAYELI PÉREZ PÉREZ

NO. CUENTA UNAM: 411500588

DIRECTORA DE TESIS: MSP. SANDRA VALDEZ BRAVO

DIRECTORA TÉCNICA DE LA ESCUELA: ME. ARACELI JIMÉNEZ MÉNDEZ

México D.F. a 29 de Octubre de 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimiento

Yo Paola Anayeli Pérez Pérez agradezco a:

Mis padres *Jorge Héctor Pérez Bravo y Edith Pérez Leal*, gracias por su apoyo, la orientación que me han dado, por iluminar mi camino y darme la pauta para poder realizarme en mis estudios y mi vida. Agradezco los consejos sabios que en el momento exacto han sabido darme, para no dejarme caer y enfrentar los momentos difíciles, por ayudarme a tomar decisiones que me han ayudado a tener un balance en mi vida, gracias por siempre estar a mi lado en este camino lleno de éxitos compartidos, porque sin ustedes jamás hubiera logrado esto, gracias por todo el esfuerzo que han hecho por darme lo mejor y sobre todo gracias por el amor tan grande que me dan, los amo.

Mi hermana *Carmen Karina Pérez Pérez*, porque eres y serás siempre la persona que más amo en esta vida, ya que, has sido mi gran ejemplo de vida a seguir, porque tu personalidad y valentía para afrontar la vida me han enseñado mucho, gracias por siempre apoyarme y ser la fuerza de mi andar, gracias por todo.

Mi tutora *MSP. Sandra Valdez Bravo*, debo agradecer de manera especial y sincera a la persona que me acepto para realizar este trabajo bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de este Proceso de Atención de Enfermería, sino también en mi formación profesional como enfermera, gracias.

Al *ME. Jonathan Zepeda León* por haberme acompañado en el área clínica, sus aportaciones, consejos y enseñanzas fueron muy importantes para el desarrollo de este trabajo, gracias.

Agradezco al personal docente, directivo y operativo que conforman la Subdirección de Enfermería por las facilidades para la construcción de este PAE.

Índice

	Página
I. Introducción	1
II. Justificación	6
III. Objetivos	8
IV. Metodología	9
V. Marco Teórico	10
VI. Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería	16
6.1. Valoración	16
6.1.1. Formato de Valoración de Enfermería	22
6.1.2. Valoración de las 14 Necesidades Humanas, Según Virginia Henderson	27
6.1.3. Medicamentos	30
6.1.4. Exámenes de Laboratorio y Electrocardiograma	32

6.1.5. Descripción de la Patología	35
6.2. Conclusión Diagnóstica de Enfermería, según la <i>North American Nursing Diagnosis Association.</i>	36
6.3. Plan de cuidados de Enfermería	37
6.4. Plan de Alta	52
VII. Conclusiones	56
VIII. Referencias Bibliográficas	58
IX. Glosario.	62

I. Introducción.

La Hepatitis es una inflamación del Hígado. La afección puede remitir espontáneamente o evolucionar hacia una fibrosis (cicatrización), una cirrosis o un cáncer de Hígado. Los virus de la Hepatitis son la causa más frecuente de las hepatitis, que también pueden deberse a otras infecciones, sustancias tóxicas (por ejemplo, el alcohol o determinadas drogas) o enfermedades autoinmunitarias.¹

En relación a la definición de Hepatitis, existe la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Versión número 10 (CIE-10) creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta contiene acrónimos de las diferentes enfermedades para facilitar su estudio en cuanto a la epidemiología. Teniendo en cuenta esto, encontramos en la CIE-10 en el Capítulo XI llamado: Enfermedades del Sistema Digestivo, en el apartado de enfermedades del Hígado, el código que se le otorga para su estudio a estos padecimientos como son: *K-72 Insuficiencia Hepática, no clasificada en otra parte, K-73 Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte, K-74 Fibrosis y Cirrosis del Hígado, K-75, otras enfermedades inflamatorias del Hígado, K-76, otras enfermedades del Hígado;* además en el capítulo I llamado: *Ciertas Enfermedades Infecciosas y parasitarias, en apartado Hepatitis viral, encontramos el código de, otras Hepatitis virales agudas B-17, Hepatitis viral crónica B-18.*²

La OMS estima que unos 170 millones son portadores crónicos en riesgo de desarrollar Cirrosis hepática y/o Cáncer de hígado. Se estima que el 57% de los casos de Cirrosis Hepática y el 78% de los casos de Cáncer Hepático primario son consecuencia de la infección por el Virus de Hepatitis B (VHB) o el VHC.³

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en las Américas, se estima que más de 13 millones de personas están infectadas por la Hepatitis C y la prevalencia de Hepatitis B crónica varía de menos del 2% al 4%. Entre 2008 y 2010,

¹Organización Mundial de la salud (OMS), ¿Qué es la Hepatitis? Preguntas y respuestas 24 de junio de 2014 (Consultado en <http://www.who.int/features/qa/76/es/> fecha de consulta 28 de agosto de 2015)

²OMS, CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator, 2003.

³Secretaría de salud y subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud Dirección General de Epidemiología ISBN "Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las hepatitis virales" 2012, (Consultado en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/12_2012_Manual_HepVirales_1nov12.pdf fecha de consulta 29 de agosto de 2015)

3% de todas las muertes en América Latina y el Caribe estuvieron asociadas a cáncer, fallo hepático, Hepatitis aguda, crónica, y cirrosis.⁴

En 2010, la 63ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) solicitó una respuesta integral contra las Hepatitis virales. Conforme al mandato de la AMS, a partir de 2011 en adelante, el Día Mundial contra la Hepatitis se conmemora el 28 de julio.⁴

El Día Mundial contra la Hepatitis ofrece una oportunidad para crear conciencia de las diferentes formas de Hepatitis: qué son y cómo se transmiten; quien se encuentra en riesgo de contraerla; y varios métodos de prevención y tratamiento. El tema de la campaña se llama *“Está más cerca de lo que crees”* y el lema para la Región de las Américas menciona, *“Conócela, Afróntala, hazte la prueba”*.⁵

El objetivo estratégico del Día Mundial contra la Hepatitis es mejorar el conocimiento de los actores clave (ministerios de salud, formuladores de políticas y socios) sobre la urgencia de tomar medidas para prevenir, detectar y tratar las Hepatitis virales; así como despertar, entre los profesionales de la salud y la población en general, la conciencia sobre el impacto negativo en la salud y la importancia de las Hepatitis.⁴

Dentro las acciones propuestas el 28 de julio de 2015 para prevenir esta enfermedad, en especial los tipos B y C, la OMS exhortó a la población a conocer los factores de riesgo, pues la sangre contaminada, las inyecciones peligrosas y el intercambio de material de punción pueden provocar la aparición de la infección por el virus de hepatitis; exigir el empleo de jeringas estériles y desechables ya que esto puede prevenir infecciones; inocular a los niños con la vacuna para Hepatitis B que es segura y eficaz, y por último someterse a pruebas de detección y solicitar tratamiento, toda vez que existen medicamentos eficaces para tratar la Hepatitis B y curar la Hepatitis C.⁵

A partir de 1990 en México se empieza a tener acceso a la información que reporta el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) de la Secretaría de Salud de México. De 1990-1999 se informa un total de 217 513 casos de

⁴ OPS/OMS., La OPS/OMS pide acciones urgentes para frenar la hepatitis, 3 de agosto de 2015. (Consultado en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11125%3Aoms-frenar-la-hepatitis&Itemid=1926&lang=es fecha de consulta 29 de agosto de 2015)

⁵ OPS/OMS., Día mundial de la hepatitis 2015: Prevenir la hepatitis, actuar ya., 28 de julio 2015. (consultado en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11100&Itemid=41526&lang=es fecha de consulta 29 de agosto de 2015)

Hepatitis Virales en el país, de los cuales 85.3% corresponden a Virus de Hepatitis A (VHA), 3.7% a VHB y 11.0% no cuentan con diagnóstico preciso. El VHC se empezó a informar desde el año 2000 y hasta el 2007 se registra un total de 192 588 casos de Hepatitis, de los cuales 79% corresponden a VHA, 3.3% a VHB, 6% a VHC y 11.7% a Hepatitis sin gente etiológico conocido. Estas cifras muestran que en los últimos 20 años la Hepatitis A, ha disminuido modestamente en el país, no así el número de casos de VHB. De acuerdo con esta información el número de casos detectados de VHC es mayor que el de VHB.⁶

Con respecto a esto, para evitar la propagación de diferentes padecimientos infecciosos en México existe la Norma Oficial Mexicana *NOM-017-SSA2-2012, "Para la vigilancia epidemiológica"*, la cual da a conocer respecto a la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes. El análisis e interpretación de esta información permite establecer las bases y facilitar su difusión para la toma de decisiones.

Para la prevención de Hepatitis C por transmisión sexual se cuenta con la Norma Oficial Mexicana *NOM-039-SSA2-2002, "Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS)"*. Esta norma tiene por objeto establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención y el control de las ITS.

Así mismo para prevención de la Hepatitis C por contacto accidental o por transfusión sanguínea, disponemos de la Norma Oficial Mexicana *NOM-003-SSA2-1993, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"*. Esta tiene por objeto uniformar las actividades, criterios, estrategias y técnicas operativas del Sistema Nacional de Salud, en relación con la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Acorde con lo mencionado anteriormente, las NOM denotan la obligatoriedad en su conocimiento y cumplimiento.

En cuanto a otras acciones preventivas en México se cuenta con evidencia de la creación de la *Fundación Mexicana para la Salud Hepática (FunHepa)*, la cual es una organización sin fines de lucro, nace de la preocupación del avance de las enfermedades

⁶ Panduro A., Escobedo Meléndez G, Ruiz-Madrigal E, Epidemiología de las hepatitis virales en México, Salud Pública de Mexico, 2011

de Hígado y la gran posibilidad de prevenirlas, detectarlas y tratarlas oportunamente siendo sus fundadores, *Don Antonio Ariza Cañadilla* y el *Dr. David Kershenobich Stalnikowitz*, quienes encabezaron la iniciativa en el 1998.

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) desde sus orígenes es una instancia que da respuesta especializada a las necesidades de salud de la población en materia de nutrición y medicina interna. Está orientado a promover asistencia médica de calidad, tanto en su dimensión científico-técnica como en la interpersonal, y tiene como eje primario la atención centrada en el paciente, en un marco de calidad, seguridad y excelencia (INCMNSZ, 2013). Proporciona atención a la población mexicana principalmente a los pacientes con Enfermedades crónicas degenerativas, dentro de las cuales se encuentra la Hepatitis que tiene como una alternativa de tratamiento en la fase terminal, la realización de trasplante Hepático y se ha caracterizado por ser un establecimiento que ha llevado a cabo más trasplantes de Hígado en México y según las estadísticas del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) en el 2014 se registraron 42 trasplantes de Hígado de donante cadavérico, durante el primer y segundo trimestre del 2015 se realizaron un total de 26.⁷

Sin duda el cuidado es la razón de ser de la Enfermería, y cuenta con un instrumento metodológico para brindarlo que el Proceso Atención de Enfermería que según Rosalinda Alfaro en 1988 es el *“Método sistematizado y organizado para brindar cuidados de enfermería, al individuo, familia y comunidad en la salud en la enfermedad y para el buen morir”*.

En la Revista Mexicana de Enfermería en su primera edición, en el primer artículo llamado: *“Nacimiento, limitaciones y propuesta epistemológica de la aplicación del PAE en el INCMNSZ”*, nos habla acerca de la historia del surgimiento PAE y su vinculación con la *Nort American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*⁸, *Nursing Outcomes Classification (NOC)*⁹ y *Nursing Interventions Classification (NIC)*¹⁰ teniendo en cuenta que, son utilizados en las etapas del mismo las cuales son: Valoración, Diagnóstico Enfermero, Planeación, Ejecución y Evaluación de las cuales se amplió la información en el marco

⁷ Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) (consultado en: <http://www.gobierno.com.mx/cenatra.html> fecha de consulta 1 de septiembre de 2015)

⁸ Esp. Asociación Norte Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA)

⁹ Esp. Clasificación de Objetivos de Enfermería (NOC)

¹⁰ Esp. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

teórico de este trabajo. Al mismo tiempo en este artículo da una propuesta epistemológica para la implementación del PAE en donde dice: “*Se requiere de formación disciplinar se gaste desde los espacios educativos, teniendo continuidad en el área asistencial a través de programas de supervisión institucional, en esta incorporación de nuevas prácticas en la gestión del conocimiento, donde el ser humano sea la principal protagonista de la construcción de sus propios saberes, orientando esta formación a pensamientos y acciones metacognitivos, que permitan desarrollar el ejercicio de su formación basado en un liderazgo y autonomía, posibilitándole de manera significativa transformar su realidad social*”.¹¹

El presente PAE, se basa en las afecciones de un paciente masculino de 34 años de edad, hospitalizado en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del INCMNSZ con un diagnóstico médico que se menciona a continuación: Post operado de trasplante hepático, más Síndrome post reanimación cardiopulmonar (RCP), más Virus de Hepatitis C (VHC), más cirrosis hepática Child C. y desde la mirada de Enfermería se presentan los siguientes diagnósticos: *Dolor agudo (00132), Exceso de volumen de líquidos (00026), Intolerancia a la actividad (00092), Deterioro de la integridad cutánea (00046), Riesgo de sangrado (00206), Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203) Riesgo de infección (00004), Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)*, (NANDA Internacional 2012-2014) que se detallaran en el presente trabajo.

¹¹ Arrollo Lucas S., “Nacimiento, limitaciones y propuesta epistemológica de la aplicación del PAE en el INCMNSZ”, Revista Mexicana de Enfermería, primera edición México 2013.

II. Justificación

En el marco de las observaciones anteriores, con respecto a la epidemiología de la Hepatitis citada en la introducción de este trabajo, este padecimiento es un problema de Salud Pública, a nivel mundial y las diversas organizaciones del orbe se encuentran trabajando para la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta patología, observándolo de manera directa en la conmemoración del Día mundial contra la Hepatitis (28 de julio).

Así mismo en México las instancias de salud están actuando para contribuir en los objetivos de las instituciones mundiales y de las necesidades internas debido a que año con año incrementan las personas con virus de Hepatitis C en este país y ocasiona la muerte.

En México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después en 1970 este indicador se ubicó en 61 años; en el 2000 fue de 74 y en 2014 es de casi 75 años. Ese año la esperanza de vida de las mujeres fue de 79,77 años, mayor que la de los hombres que fue de 75,06 años. Estas cifras fueron obtenidas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Según el estudio de la Carga Global de la Enfermedad refiere que la Esperanza de vida es de 86 años en ambos sexos.

Hay que mencionar, además que si a la Esperanza de vida, le agregamos lo que se encontró en los datos del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP, le restamos calidad de vida a las personas. La Cirrosis de Hígado es la segunda enfermedad que causa años de vida asociados a muerte prematura (APMP) en hombres y mujeres de 25 a 49 años de edad, México 1990-2010, y es la tercer principal causa de años de vida saludables (AVISA) perdidos en hombres y mujeres del mismo rango de edad. (Dr. Lozano Ascencio, 2013).

Tomando en cuenta que el INCMNSZ es la Institución médica donde se realizan más trasplantes de Hígado a nivel nacional, es de gran importancia que el profesional de Enfermería esté preparado para brindar cuidados de calidad a los pacientes pos trasplantados, en la unidad de terapia intensiva, ya que de esto dependerá el éxito de la funcionalidad del injerto en el paciente.

El motivo principal por el cual se realiza el presente trabajo, se debe a que el PAE es parte crucial y guía importante en la atención que brinda el personal de enfermería, en el cuidado de toda persona sana o enferma, refuerza las habilidades y aspectos socio-humanos. La Enfermera realiza un papel vital en el restablecimiento del enfermo; hay que incorporar el conocimiento acumulado a través de métodos científicos, pensamiento crítico y toma de decisiones para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones individualizadas de Enfermería, para lograr la mejora de su salud.

III. Objetivos.

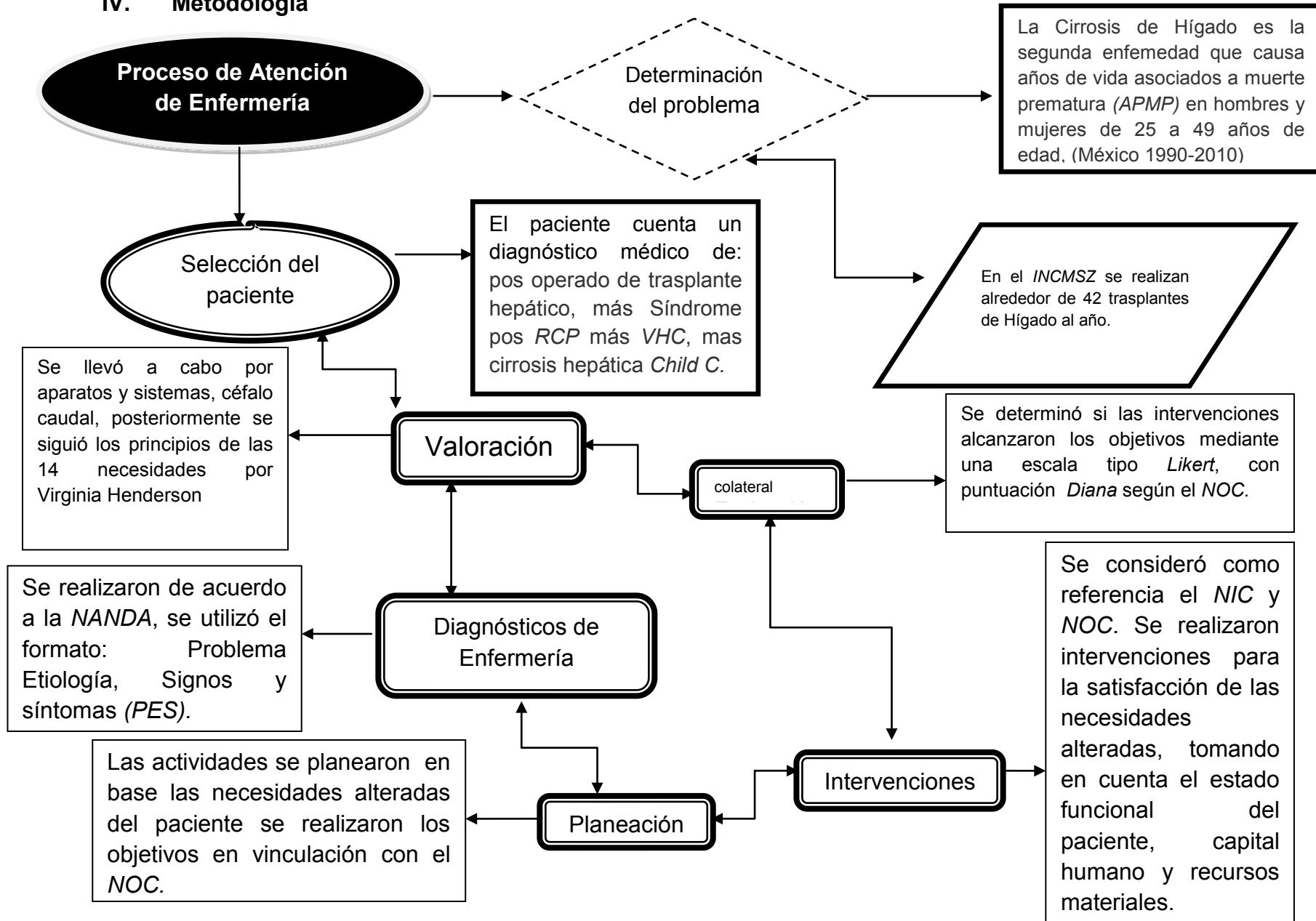
Objetivo General

Operacionalizar un PAE en un paciente del INCMNSZ, estableciendo un plan de acción de Enfermería, encaminadas a brindar cuidados de Calidad, cubrir las necesidades reales y potenciales del paciente para lograr el restablecimiento de la salud del paciente, basado en la filosofía del Cuidado de Virginia Henderson.

Objetivos Especificos.

- ❖ Realizar cuidados enfermeros de Calidad para preservar la Seguridad del Paciente.
- ❖ Planificar intervenciones para cubrir las necesidades no resueltas del paciente.
- ❖ Garantizar mediante las intervenciones aplicadas, la mejora de la Calidad de vida del paciente.
- ❖ Desarrollar planes de cuidados para reincorporar al paciente a su vida cotidiana.

IV. Metodología



V. Marco Teórico

5.1 Antecedentes del cuidado de enfermería

La primera orientación que es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la humanidad es asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales.¹²

A medida de que los grupos humanos ratificaron sus prácticas de cuidados habituales consistentes en cosas permitidas y prohibidas, las erigieron en ritos y encargaron primero al Chaman y luego al Sacerdote la carga de garantizar estos ritos. Como guardián de las tradiciones y de todo lo que contribuye a mantener la vida, el sacerdote es al mismo tiempo, el encargado de hacer de mediador entre las fuerzas benéficas y maléficas, es decir esta designado interpretar y decidir lo que es bueno y es malo.¹²

Estos cuidados llevados a cabo por el hombre darán lugar a otras corrientes de influencia. Así se constituyen los cuerpos de enfermeros vinculados al ejercicio, como los esclavos en las legiones romanas o más tarde en el seno de ordenes guerreras hospitalarias, como los caballeros de San Juan de Jerusalén, los caballeros de la orden de teutónica, los templarios, los caballeros de la orden de malta o como los que aparecerán más tarde en los hospitales de campaña militares.¹²

Los cuidados que se muestran como una actividad predominante de los hombres o de mujeres es porque parece que hasta hoy se hubiera hecho poca diferencia entre el origen de Nursing y el del que le dará lugar a la enfermera que más tarde se denominara cuidados de enfermería sin tener en consideración la diferente naturaleza, concepción o técnica de los cuidados proporcionados por los hombre y los aplicados por mujeres.¹²

Para comprender la historia de la práctica de enfermería parece indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con la historia de la mujer sanadora y su evolución. La historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia, explica desde su origen hasta nuestros días el

¹² Francoise Colliere; Promover la Vida. Ed. Interamericana Mc Graw Hill, España, 1993.

proceso de identificación de la práctica curativa ejercida por mujeres en el sentido hospitalario no psiquiátrico y en los dispensarios de pueblos y barrios pasando hoy a denominarse cuidados de enfermería.¹²

5.2 Proceso de Enfermería.

El termino Proceso enfermero aparece en los escritos de Enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describía a la Enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: Valoración, Planeación, Ejecución y Evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de Diagnóstico dando lugar a un Proceso de cinco fases. La lucha de las Enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del Diagnóstico de Enfermería.¹³ De esa forma la *American Nursing Association (ANA)*¹⁴ apoyó e impulsó el Diagnostico Enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la Promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de Enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso (Díaz, et al., 2008)

Proceso Atención de Enfermería, se define con un método sistemático y ordenado para proporcionar cuidados de enfermería al individuo, a la familia y a la comunidad en la salud y en la enfermedad o favorecer el bien morir (Rodríguez 1998)

Actualmente el método es identificado y aceptado por el gremio de Enfermeras y enfermeros es el proceso de Enfermería; con él se incorpora una nueva dimensión a la actividad de cuidar y se identifica con cinco etapas.¹⁵

5.2.1. Valoración

La piedra angular del trabajo Enfermero es la valoración de Enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar

¹³ Bertha A., Rodríguez S., "Proceso Enfermero Aplicación Actual". Segunda edición Ediciones Cuellar. México, junio 2002.

¹⁴ Esp. Asociación Americana de Enfermeras (ANA)

¹⁵ Reyes Gómez, E., fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. Editorial Manual Moderno México, 2009.

intervenciones Enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. Esta valoración debe hacerse de forma individualizada, ya que cada usuario es una persona autónoma que va a interactuar con el ambiente de forma diferente. Debido a esto, la valoración debe ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando, dependiendo de cada una de las situaciones en las que se encuentre el paciente.¹⁶

5.2.2. Diagnóstico de Enfermería.

El Diagnóstico de Enfermería consiste en examinar las áreas que han sido identificadas como funciones independientes de enfermería incluyendo las que pueden ser ordenadas por separado sin colaboración de los médicos y otros profesionales de la salud.¹⁷

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “Función intelectual compleja”, (Lyer, 1997:3) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad, así como los recursos existentes (capacidades).

Un Diagnóstico de Enfermería está formado por dos enunciados unidos por una frase “relacionado con”. El Diagnóstico comienza con la determinación de la respuesta humana que preocupa al cliente (I enunciado). También incluyen a la presencia de la respuesta en el individuo (II enunciado). Los Diagnósticos de Enfermería reales tienen factores relacionados como segundo enunciado de la exposición, mientras que los Diagnósticos de alto riesgo tienen factores de riesgo, se considera ahora que los Diagnósticos Enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud.¹⁸

El Diagnóstico Enfermero real: “Describe la respuesta actual de una persona familia, o comunidad (...) y se apoya de la existencia de características definitorias, (datos objetivos o subjetivos) (...), (Luis 1908:7) además de tener factores relacionados.

¹⁶ Arribas Cachá A., Valoración Enfermería Estandarizada: Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. FUNDEN. Observatorio de Metodología de Enfermería, Madrid 2006 pág. 10

¹⁷ Bárbara J., Taptich R., “Diagnósticos de Enfermería y Planeación de Cuidados” editorial Interamericana Mc Graw-Hill México, 1997

¹⁸ Patricia W. Iyer., Bárbara J., Taptich R., Donna Bernocchi- Losey., “Procesos y Diagnósticos de Enfermería” tercera edición. Editorial Mc Graw-Hill México, octubre 2003.

Se examinará ahora brevemente el Diagnóstico Enfermero de riesgo (potencial): “Describe respuestas humanas (...) que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerable”, (Luis 1998:7) no existen características definitorias (datos objetivos o subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

Finalmente, el Diagnostico Enfermero de Salud: “Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. (Luis 1998:8).

5.2.3. PLANEACIÓN.

La Planeación es la tercera etapa del Proceso enfermero que inicia después de haber formulado los Diagnósticos Enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en “La elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo (...)” (Lyer 1997:157). Es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.¹²

5.2.4. EJECUCIÓN.

Es considerada la cuarta etapa del Proceso de Enfermería, que comienza una vez que se ha elaborado los planes de cuidado “... y están enfocados al inicio de aquellas intervenciones de Enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados.” (Lyer 1997:224).

5.2.5. EVALUACIÓN

Es la última etapa del Proceso Enfermero y a la vez un exigencia en toda practica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnostico, planificación y ejecución.⁵

La Evaluación en el Proceso Enfermero es útil para: “Determinar el logro de los objetivos; identificar las variables (...) que afectan (...), decidir si hay que mantener el plan, o modificarlo o darlo por finalizado (...)” (Alfaro 1999:182), por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

5.3. Importancia del Proceso Enfermero

La importancia del Proceso Enfermero es debida a que da un lenguaje universal entre el personal de Enfermería, también nos plantea una manera de cómo llevar a cabo las actividades de Enfermería. El Proceso de Enfermería es una herramienta que permite alcanzar las metas de cuidado, donde algunas teóricas de Enfermería como Abdellah, Orlando, Newman, Watson, Swanson, Leininger, Orem, Henderson, entre otras, coinciden en que a través de la operacionalización del metaparadigma: Persona, Entorno, Salud y Enfermería.¹⁹

El PAE es la metodología científica que permite generar y guiar estrategias de enfermería orientadas a garantizar la calidad y seguridad en el cuidado de la persona.²⁰

5.4. Teoría de Virginia Henderson

Virginia 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 su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de: a) Thorndike (Psicólogo estadounidense), b) sus experiencias de estudiante con la Henry House Visiting Nurse Agency, c) experiencia en Enfermería de rehabilitación y d) la conceptualización de la acción propia de la Enfermería de Orlando (Henderson, 1964; Orlando, 1961).

Henderson puso en relieve el arte de la Enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de Enfermería. Sus contribuciones incluyen la definición de Enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la Enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia. Sus conceptos de independencia influyeron

¹⁹ Reyna G., Nadia Carolina "El Proceso de Enfermería: Instrumento para el Cuidado Umbral Científico", núm. 17, pp. 18-23 Universidad Manuela Beltrán Bogotá, Colombia diciembre de 2010

²⁰ Arroyo Lucas S., M.C.E. López García, Jiménez Méndez A., Martínez Becerril M.P. Nájera Ortiz, Cano García M.A., Estado del arte del proceso enfermero en revistas mexicanas. Revista mexicana de enfermería. México D.F. Octubre de 2013

en el trabajo de Abdellah y Adam (Abdellah, Beland, Martin y Matheney, 1960; Adam, 1980, 1991).²¹

Considerando que Henderson define que la única función de una Enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible (Henderson, 1966).

Como resultado, se muestran las 14 Necesidades Básicas por Virginia Henderson.

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir
6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

²¹ Raile Alligood M., Marriner Tomey A., "Modelos y teorías de enfermería" séptima edición, Editorial Elsevier S.L., Barcelona España, 2011.

VI. Desarrollo del Proceso de Enfermería.

6.1. Valoración

Fecha de Valoración de Enfermería: 17 de abril de 2015.

Servicio: Unidad de Terapia Intensiva del INCMNSZ.

Fuente de información: Directa y del Expediente clínico.

Ficha de identificación

Nombre: JDLJ

Cama: 26

Edad: 34 años.

Fecha de nacimiento: 8 de Marzo de 1981

Nacionalidad: Mexicana

Identidad federativa: Puebla (Región Mixteca)

Religión: Católica

Escolaridad: Licenciatura en Comunicación

Ocupación: Empleado

Estado civil: Soltero.

Fecha de ingreso al Servicio de UTI: 15 de abril de 2015

Diagnóstico actual: Post Operado de Trasplante Hepático Ortotópico + Síndrome post Reanimación Cardio-Pulmonar + Virus de Hepatitis C + Cirrosis Child C.

Días de estancia en la UTI: 2

Dieta actual: Líquida

Antecedentes no patológicos: El paciente refiere que renta vivienda en la capital de Puebla, esta casa cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, así mismo tiene 2 habitaciones, en la cual viven 4 personas, por otra parte niega convivencia con animales.

A su vez, dentro de los hábitos higiénicos menciona que el baño y cambio de ropa lo realiza diario, en cuanto a la higiene bucal, lava sus dientes 3 veces al día, con cepillo, pasta e hilo dental.

Acerca de sus hábitos dietéticos, come carne una vez a la semana, por otro lado consume pollo, frutas y verduras todos los días, con relación al consumo de agua, refiere beber 1.5 litros al día.

Inicio vida sexual 18 años, número de parejas sexuales 2 parejas heterosexuales, uso de preservativo regular, enfermedades de transmisión sexual negados.

Respecto a la actividad física, menciona que se considera sedentario.

Exposición a tóxicos negada, presenta Grupo sanguíneo O Rh +, así mismo a la exploración no se encuentra la presencia de perforaciones y tatuajes.

Antecedentes heredo familiares: Al preguntar al paciente no refiere ningún antecedente patológico heredo-familiar que comprometa su estado de salud.

Antecedentes personales patológicos: En la infancia padeció de Sarampión y Varicela sin complicaciones y secuelas. Así mismo refiere que a los 9 años de edad padeció Fiebre reumática, dice no tener alergias a medicamentos ni alimentos, niega haber tenido alguna fractura. También menciona que debido a cirugías durante la infancia tuvo múltiples transfusiones sanguíneas.

El expediente clínico cita que las cirugías previas fueron las siguientes:

- Reparación de Labio y paladar hendido a los 5 meses de edad, sin complicaciones
- Múltiples cirugías de reparación de paladar hendido durante la infancia, sin complicaciones.
- Rinoplastia durante la infancia.

Acerca de su última hospitalización menciona que se realizó en un Hospital particular de Puebla el 24 de enero de 2015 al 10 de febrero de 2015, debido a un cuadro

de Ascitis a tensión, el tratamiento farmacológico que siguió fue: Omeprazol 40mg, Propranolol 40mg, Bumetanida 1mg, Ursosalk 250mg, Pancreatina, hemicelulosa y simeticona, Hepamerz 2 sobres cada 8 horas, Supra 4mg, Corpotasin en caso de calambres, Lactulax 30ml cada 8 horas.

Antes de ingresar al hospital, los hallazgos previos, según el Expediente clínico fueron los siguientes:

Cirrosis hepática CHILD C 11 puntos, Model for End-stage Liver Disease (MELD)²² 42 por VHC, antecedente de Sangrado de tubo digestivo alto, antecedente de peritonitis bacteriana espontánea, antecedente de Encefalopatía: Inicio en el 2012 con astenia y mioartralgias generalizadas, asociado a fiebre e ictericia, dolor abdominal y evacuaciones melénicas, posteriormente anasarca y hematoquexia. Se encontró trombocitopenia así como prolongación de los tiempos de coagulación, se realizó USG Hígado y vías biliares: Colecistitis alitiásica aguda, esplenomegalia, hepatopatía crónica difusa, se diagnosticó: Infección por VHC y cirrosis hepática, se le realizó endoscopia la cual reportó várices grado 3 con ligadura de un paquete vascular. Durante 2013 presentó varios episodios de peritonitis bacteriana espontánea, se le realizó un USG de Hígado: que reportó daño hepático difuso y datos de hipertensión portal con esplenomegalia sin lesiones focales. En el año 2014 presentó encefalopatía grado IV asociado a deterioro en función renal con cifras de creatinina: 2.47 con mejoría posteriormente. Carga Viral: 257814 UI/ml (19 de diciembre de 2014).

Padecimiento actual.

El padecimiento que presenta el día de la valoración de Enfermería, comenzó hace tres años, con un cuadro de fiebre, dolor en zona del Hígado, edema generalizado, estreñimiento y alucinaciones.

Se atiende en el Hospital de Puebla y posteriormente es referido al INCMNSZ, acorde con eso, al mes de ser aceptado en el instituto, se registra en la lista de espera de Trasplante Hepático; por medio de una llamada telefónica se le informa que es candidato para la realización de Trasplante Hepático, por lo que se inicia valoración médica,

²²Modelo para la Enfermedad Hepática en etapa terminal

psiquiátrica, así mismo se le brinda información sobre el procedimiento a seguir, y no presenta complicaciones durante el internamiento.

En los que respecta al donador, este es un usuario masculino de 31 años, quien sufre accidente de tránsito con Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE) Severo, tiene grupo sanguíneo O+, inicia con soporte Aminérgico con Norepinefrina 0.1 ug/Kg/min; durante la cirugía, la hora de pinzamiento del órgano fue a la 01:30 am; para mantenimiento del órgano tiene un periodo de Isquemia fría de 8 horas.

El día 15 de abril de 2015 se realiza Trasplante de Hígado Ortotópico, durante la cirugía se dieron 2 horas de pinzamiento, más adelante presentó un sangrado de 3000ml por lo que, fue multi transfundido con paquetes globulares y pool plaquetarios.

Los datos obtenidos del expediente clínico acerca de la cirugía fueron los siguientes:

Se inicia anestesia 4:40 hrs, con inducción: Propofol 200 mg, Fentanilo 150 µg, Rocuronio 50 mg; se realiza intubación endotraqueal, con portex 8.0 MAC N° 3, CORMACK: 1, sin complicaciones y al primer intento; posterior a la inducción se presenta episodio de hipotensión que revierte con Efedrina 10 mg; se deja anestesia total intravenosa (TIVA), con mantenimiento Fentanil ug/Kg/min, Propofol ug/mL, Rocuronio 5ug/Kg/min. Se coloca Catéter Mahurkar / MAC Yugular Derecho y Swan Ganz guiados por ultrasonido, sin aparente punción arterial. Soporte ventilatorio: Volumen Control 450-550 con ETCO₂: 30-35, SaO₂: 98-100% PEEP: 5, PICO: 20-21, FR: 12-13. Anhepático: 55 Minutos. Balance de ingresos: 6700 ml (Hartmann-SSN 0.9%), Diuresis: 1400 cc, Sangrado: 1600 cc; Total: + 1700 cc. Se transfundió: 2 paquetes globulares, 2 aféresis y 2 pool plaquetario, 20 crioprecipitados. Requirió apoyo aminérgico con norepinefrina, posterior al despinzamiento, con dosis de 0.09ug/Kg/min, máxima: 0.25 y mínima de 0.09, con nueva medición de G.C: 6 (a los 10 minutos); se retira previo a emersión y se revierte con Sugammadex 100 mg; ingresa a la terapia sin aminos. Gasometría Venosa egreso: pH: 7.36, PCO₂: 35.7, HCO₃: 20.3, Hb: 10.5, SO₂: 99.2%, Lactato: 1.0. Recibió inmunosupresión: Metilprednisolona 1 gr, Basiliximab 20 mg.

Terminado el procedimiento ingresa a UTI y se sitúa en la Cama 26, al llegar a la Unidad se monitoriza, se toman muestras, presenta descontrol metabólico, glicemias por encima de lo normal por lo que se inicia con infusión de Insulina regular.

Se realizan pruebas respiratorias para retirar la ventilación mecánica con modalidad CPAP 3 hrs, se solicitan exámenes de laboratorio gasométricos, en lo que respecta a la Prueba de esfuerzo respiratorio encontrándose normales y se decide extubar por lo que progresa a apoyo de patrón respiratorio con nebulizador.

Estos datos obtenidos se narran por el Enfermero a cargo del paciente del turno vespertino.

Se monitorizan los drenajes retroesternales con una Sonda Black sub-hepática y una Sonda Black sub-diafragmática drenando un gasto mínimo con contenido de características sero-hemáticas.

Queda con un balance hídrico de Ingreso 3171ml Egreso 3356ml negativo de 185ml

El día 16 de abril de 2015 en el primer turno en la UTI post trasplante, lo cursa sin ninguna complicación. En el segundo turno a partir de las 14:00 Hrs, se comienza a deteriorar hemodinámicamente, después a las 16:00 Hrs, presenta alteraciones del ritmo cardiaco llamadas Extrasístoles, desafortunadamente el paciente presenta Paro-cardio-respiratorio, de acuerdo al protocolo, se reanima físicamente con 5 ciclos completos, alternado con fármacos vasoactivos como Adrenalina (4 ámpulas), soluciones polarizantes (3), infusión de Gluconato de Calcio; al término cada bolo de rescate de solución, se envían muestras de Gasometrías, reportándose alteraciones en el Lactato alto y Hiperpotasemia de manera urgente para trazar una mejor atención con fármacos y posteriormente se intuba, durante el evento se realiza ultrasonido a nivel de tórax y se halla líquido a nivel de pericardio.

Se decide realizar pericardiocentesis insitu teniendo éxito y extrayendo 30 cc de contenido hemático, después de este evento se vuelve a obtener pulso y signos vitales. A continuación los médicos solicitan interconsulta a Cirugía y a Vascular. Después ingresa de emergencia a un procedimiento denominado Ventana cardíaca en donde se obtiene un sangrado total de 50 cc, al término de este procedimiento regresa a UTI a la cama 26 para continuar en vigilancia. Al llegar se logra suspenden apoyo de aminas y en el turno de la noche por la madrugada a las 6:00 am se realizan las pruebas para extubar al paciente, se logra con éxito pasa a apoyo con Oxígeno nebulizador y se escala a puntas nasales, se

solicitan varias placas de control radiológico para determinar fracturas y lesiones pos-paro cardíaco, la evaluación y los resultados arrojaron datos normales; sin embargo el paciente presenta Escala visual analogía del dolor (EVA) en el rango de 8-9 en región de tórax y abdomen se apoya con diferentes analgésicos Fentanilo y Paracetamol. También se realizan ultrasonidos de control para continuar vigilando la pericardiocentesis.

Se cuantifica un balance hídrico de 24 horas con un Ingreso 2502 y un Egreso 1265 quedando positivo con 1237ml

Es importante mencionar que esta valoración es realizada por la Autora del PAE. La cual se describe en el siguiente apartado.

6.1.1. Formato de Valoración de Enfermería realizado el 17 de abril de 2015

Aspectos a valorar	Principales hallazgos
Descripción general	<p>Paciente que se encuentra en la UTI de 34 años de edad, el cual tiene su estado de salud grave, según la escala de <i>Score Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II)</i> se encuentra en el grupo IV con 36.71% de mortalidad.</p> <p>A continuación se dan a conocer las características medibles del paciente:</p> <p>Cuenta con peso de 77 kilogramos, talla de 1.75 metros, superficie corporal de 1.93 metros cuadrados, un índice de masa corporal de 0.22 kilogramos/metros cuadrados, lo anterior demuestra que el paciente presenta datos de Sobrepeso grado 1.</p> <p>En lo que corresponde a los Signos vitales, presentó Frecuencia cardiaca de 87 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 23 respiraciones por minuto, Tensión arterial de 119/93mmHg, Tensión arterial media de 94mmHg, temperatura de 36.9 °C Saturación de Oxígeno al 100%, Presión venosa central de 1mmHg.</p> <p>Metabólicamente presenta glucosas inestables a respuesta de insulina rápida, se toma muestra capilar de sangre para medición de glicemia, arroja un dato de 170mg/dl.</p> <p>Debido al ayuno prolongado no ha evacuado inicia dieta líquida continua.</p> <p>Presenta EVA de 4-8puntos.</p>
Estado mental	<p>Con respecto a la valoración del estado mental del Paciente se halló con <i>Glasgow</i> de 15 puntos.</p> <p>Se observa emocionalmente desanimado en su internamiento, ya que se encuentra en un cuarto aislado.</p> <p>Al hablar presenta distorsiones nasales, alteraciones en la</p>

	resonancia (hipernasalidad), patrones atípicos relacionados con la porción posterior del paladar.
Piel	<p>En cuanto a su piel es de tez oscura. Presenta turgencia normal sin datos de deshidratación, Hidratado, con un llenado capilar menor a los 3 segundos, no presenta úlceras por presión (UPP) se deduce una escala de <i>Braden</i> de 10 puntos lo que nos hace referencia que se encuentra en riesgo alto código de semaforización rojo. Herida quirúrgica sin datos de infección, afrontada con grapas.</p> <p>Se mantiene con control de prevención de UPP, lavado y secado de tegumentos, lubricación de piel, control y prevención de infecciones con precauciones estándar asociada a la inmunodepresión del procedimiento quirúrgico.</p>
Cabeza	Cabello Cataño oscuro con adecuada implantación., Normo cefálico, sin exostosis o hundimientos palpables
Oídos	Pabellones auriculares normales, lo conductos auditivos externos se encontraron permeables con membrana timpánica íntegra, sin secreciones anormales.
Nariz	Narinas permeables sin secreciones anormales contaba con puntas nasales con flujo de Oxígeno de 3 litros por minuto y sonda nasogastrica insertada en la narina derecha, con fijación en la nariz.
Boca y garganta.	Cavidad oral semihidratada, los labios presentan cambios compatibles con antecedentes de cirugía de corrección de labio paladar hendido, faringe sin hiperemia o exudados. amígdalas no visibles.
Tórax	Normolineo, con amplexión y aplexación conservados, con murmullo vesicular generalizados, vibraciones vocales y transmisión de la voz conservadas. Sin sibilancias o estertores, no se observan datos de dificultad

	<p>respiratoria. Presenta dolor en tórax a la movilización refería presentar EVA de 8 puntos. Contaba con electrodos para la monitorización del electrocardiograma (ECG).</p> <p>Continúa con el protocolo de prevención de neumonía, cambios posturales, inspirometria incentiva, cabecera 45° y fisioterapia pulmonar.</p>
Pulmones	<p>La Frecuencia respiratoria normal que oscila entre 23 respiraciones por minuto, contaba con apoyo ventilatorio puntas nasales, saturando al 100%</p>
Mamas	<p>Sin alteraciones evidentes.</p>
Corazón	<p>Se encontró con una Frecuencia cardiaca de 83 latidos por minuto, presión venosa central (PVC) de 1mmHg, tensión arterial de 119/83 mmHg, tensión arterial media de 94mmHg. Contaba con un drenaje insertada con un membrete donde decía: en pericardio. Electrocardiograma se encuentra en la página 34 de este trabajo, donde se encontró lo siguiente: frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, sin datos de isquemia eje normal y ondas en: PR- 152, QRS- 84, QT-364, P-51, QRS-7, T-10</p>
Vasos sanguíneos	<p>Contaba con un catéter venoso central doble lumen, insertado en la vena yugular del lado derecho, se desconoce si se encontraba central, así mismo se describe las soluciones conectadas en cada lumen son: Proximal se encuentra solución de base Cloruro de Sodio al 0.9% de 100cc, Fentanilo 1mg en 100cc de Cloruro de Sodio al 0.9% pasando a 4ml hora, Albumina humana 20% 50ml para 1hora por la vía distal del catéter se encontró infundiéndose Vancomicina 1gr para 4horas.</p> <p>En el miembro torácico derecho tenía insertada una línea arterial radial para toma de muestras.</p>

Abdomen	Mientras tanto en el abdomen contaba con una circunferencia de 83 centímetros, se encontró una herida quirúrgica que lineal que va desde el flanco derecho pasa por el mesogastrio y termina en el flanco izquierdo. Así mismo en la fosa iliaca derecha se encontró una sonda <i>Blake</i> insertada y 2 en el hipocondrio izquierdo. La cicatriz umbilical se encontró integra. Se obtiene drenado de las tres sondas líquido serohemático.
Genitales masculinos	Inserción de sonda Foley por meato urinario, cuantificándose volumen urinario de .5ml/Kg/hr, orinó en un total de 8 horas 284ml.
Ano y recto	Sin alteraciones evidentes.
Sistema linfático	Sin alteraciones evidentes.
Sistema musculoesquelético.	En miembro torácico izquierdo presentaba inserción de línea arterial, la cual era utilizada solo para muestras.
Sistema neurológico.	<p>Presenta <i>Glasgow</i> de 15 puntos, sin hallar alteraciones visibles a la observación, pero contaba con analgésico como Fentanilo 1mg en 100cc de Solución Salina Fisiológica 0.9% a dosis respuesta y otros fármacos que podrían alterar este sistema. Se valora con una escala de <i>Crichton</i> de 9 puntos, la cual nos muestra que se encuentra en riesgo elevado, código rojo. Dado por ello se mantiene en vigilancia constante con prevención de caídas, barandales siempre arriba y estado de conciencia siempre en valoración y adecuado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nervio olfatorio (Par I). Percibe olores sin dificultada. ❖ Nervio óptico (Par II). No se pudo valorar ya que no contaba con el material especializado, es importante mencionar que el paciente refiere no utilizar anteojos y ver sin ningún problema. ❖ Nervios Motor Ocular Común, Patético

	<p>(Troclear) y Motor Ocular Externo (Abducens) (Pares III, IV y VI). Sin encontrar anormalidades.</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Nervio trigémino (Par V). Se palparon los músculos temporales y después los maseteros, el paciente realiza masticación según se le solicita, evidenciándose endurecimiento de las masas musculares, por la contracción de las mismas.❖ Nervio facial (Par VII). No se observó desviación de las comisuras labiales al hablar o salida de la saliva por algún lado de la boca. Podía manipular sin dificultad el inspirómetro incentivo. Es importante recordar que el paciente tiene antecedentes de labio leporino y paladar hendido.❖ Nervio Estato-acústico (Par VIII). Su valoración fue parcial, y el paciente refiere percibir los sonidos por ambos oídos sin ninguna alteración aparente.❖ Nervios Glossofaríngeo, Neumogástrico (Vago) y Accesorio (Pares IX, X y XI). Cuando se solicita al paciente que con la boca abierta diga “aaa”, se eleva normalmente el velo del paladar en toda su extensión y la úvula se mantiene en el centro.❖ Nervio Hipogloso (Par XII). Se encuentra sin anormalidades.
--	---

6.1.2. Valoración de las 14 Necesidades Humanas según Virginia Henderson.

Necesidades	Valoración	
	Datos objetivos	Datos subjetivos
1. Respirar con normalidad	<p>En lo que corresponde a los Signos vitales, presentó Frecuencia cardiaca de 87 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 23 respiraciones por minuto, Tensión arterial de 119/93mmHg, Tensión arterial media de 94mmHg, temperatura de 36.9 °C Saturación de Oxígeno al 100%, Presión venosa central de 1mmHg.</p>	<p>Paciente refiere dificultad para el uso del dispositivo inspirómetro.</p>
2. Comer y beber adecuadamente	<p>Como se ha dicho en la valoración el día 17 de abril inicio con Dieta líquida por prescripción médica.</p> <p>Presento un peso de 77kg una talla de 1.75 m Superficie corporal 1.93m² IMC .22Kg/m². Según esta valoración presenta sobre peso grado 1.</p> <p>No presenta dificultad para ingerir alimentos.</p> <p>Requiere ayuda para la alimentación debido a debilidad.</p> <p>Se valora con una glucemia</p>	<p>Los hábitos dietéticos antes de su hospitalización refirió comer carne una vez a la semana, pollo frutas y verduras todos los días, consume 1.5 litros de agua por día.</p>

	capilar de 170mg/dl	
3. Eliminar los desechos del organismo	No había evacuado por ayuno prolongado, contaba con Sonda Foley, se medían volúmenes urinarios por hora presentando orina sin anormalidades.	No refiere molestia alguna.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.	Paciente se mantiene en posición semifowler con la cabecera a 45° refiere sentir Dolor al cambio postural con EVA de 8 puntos.	Paciente refiere no tolerar cambios posturales debido a dolor
5)Descansar y dormir	Paciente con aparente somnolencia.	Menciona no dormir bien debido al ambiente hospitalario.
6) Seleccionar vestimenta adecuada.	El paciente viste la ropa de hospitalización del instituto por lo que requiere el apoyo de enfermería para realizarlo.	Antes de su hospitalización el cambio de ropa lo realizaba diario y sin ayuda.
7) Mantener la temperatura corporal	Piel sin datos de UPP, presenta herida quirúrgica. Temperatura de 36.9°C	No refiere molestia alguna.
8) Mantener higiene corporal	Requiere de apoyo por parte de Enfermería	Refiere que el baño es diario, lavado de dientes lo realiza tres veces al día diario con cepillo pasta e hilo dental.
9) Evitar los peligros del entorno.	Debido a su condición de inmuno-compromiso, el paciente estaba sensibilizado de su autocuidado.	El paciente lleva a cabo todas las indicaciones médicas previas a su trasplante.

<p>10) Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.</p>	<p>Se expresaba con dificultad al hablar debido al dolor que presentaba.</p>	<p>Muestra estar desanimado aunque no lo refirió.</p>
<p>11) Ejercer el culto a dios, acorde con la religión.</p>	<p>Dentro del expediente clínico se halla que es religión Católica.</p>	<p>Refiere ser profesar la religión Católica.</p>
<p>12) Trabajar de forma que permita sentirse realizado.</p>	<p>No dio algún dato sobre este tema solo menciona que estudió la Licenciatura en comunicación</p>	<p>Refiere trabaja en un OXXO</p>
<p>13) Participar en todas las formas de recreación y ocio</p>	<p>Dentro de la unidad no realiza alguna actividad.</p>	<p>Refiere ser sedentario y no tener algún hobbies.</p>
<p>14) Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud</p>	<p>Al preguntar al paciente sobre su padecimiento y al compararlo con el expediente había una gran semejanza sobre su desarrollo patológico.</p>	<p>El paciente en todo momento se notó interesado en su tratamiento, así mismo, sabía detalladamente todo su proceso patológico.</p>

6.1.3. Medicamentos

Antibióticos			
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia
<i>Meropenem</i>	1 g	IV	Cada 8hrs, para 3hrs (3 días)
<i>Vancomicina</i>	1 g	IV	Cada 24 para tres horas (tomar 3 muestras para niveles de <i>vancomicina</i>)
<i>Fluconazol</i>	200mg	IV	Cada 24 horas
<i>TMP-SMX</i>	160/800 mg	IV	Una dosis Lunes, Miércoles y Viernes

Cardiovasculares			
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia
<i>Aspirina</i>	100mg	Por sonda nasogástrica	Cada 24hrs.
<i>Furosemide</i>	200mg/100cc SS 0.9%	IV	Dosis respuesta
<i>Albumina humana al 20%</i>	1 frasco 50ml	IV	Cada 6hrs

Neurológicos			
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia
Fentanilo	1mg en 100cc de SS 0.9%	IV	Dosis respuesta

Otros			
Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia
Paracetamol	1gr	IV	Cada 8hrs
Esomeprazol	40mg	IV	Cada 24hrs

Metilprednisolona en 100cc ss 0.9%	160mg	IVDU	p/1hr
Insulina regular	100IU/100cc ss. 0.9%	IV	Dosis respuesta(mantener glucosa capilar en entre 140-180mg/dl)

Esquema de insulina

- ✓ Glicemia capilar preprandial cada 8 horas.
- ✓ *Insulina* NPH 8-0-4UI subcutánea (8:00/18:00hrs)
- ✓ *Insulina regular* 4-4-4UI 30min previo a alimentos
- ✓ Esquema de Insulina regular subcutánea (EIRSC) y agregar a regular 180-220= 2UI
221-280=4UI 261-300= 6UI >300=8UI

Otras acciones

- ✓ Inspirómetro 15xhra
- ✓ Fisioterapia pulmonar 1x turno
- ✓ Cabeza 30°
- ✓ Compresión neumática intermitente
- ✓ NPH suspender 20:00hrs

6.1.4. Exámenes de Laboratorio y Electrocardiograma

Hora	Muestra de control	12:00	Valores normales	Interpretación
Eritrocitos	3.0	2.8	4.1-6cel. x 1000 0000/mm ³	Sin alteraciones
Hemoglobina	9.3	9.2	14-17g/dl	Baja.
Hematocrito	28.4	26.4	42-52%	bajo
VGM	95.3	94.7	83-98fl	Sin alteraciones
CMHC/HCM	31/32	34/32	32-34%/27-34pg	Sin alteraciones
Leucocitos	11.5	10.9	4-12 cel x 1000/mm ³	Sin alteraciones
Neutrófilos/bandas	90.2	88.3	39-89% / 0-3%	Sin alteraciones
Linfocitos/monocitos	4.1/5.2	4.4/7.1	11-54% / 1-14%	Sin alteraciones
Eosinófilos/basófilos	0/0.4	0/0.2	3-6% / 1-2%	Sin alteraciones
Plaquetas	32	31	150-450 cel x 1000/mm ³	Plaquetopenia: Lo que nos indicaría que cuenta con un proceso de perdidas hemáticas
BUN	97.7		8-22mg/dl	Azoados elevados
Creatinina	1.93		.6-1.2mg/dl	Tasa de filtrado glomerular 53.35 ml/min/1,73 m ² se encuentra por debajo de lo normal pero aun no es un parámetro para comenzar con terapia sustitutiva renal
Ácido úrico	8.1		2.9-8.9 mg/dl	Sin alteraciones
Glucosa	221		70-100mg/dl	Hiperglucemia
Sodio	141	140	135-147mEq/l	Sin alteraciones
Potasio	4.3	4.44	3.5-5 mEq/l	Sin alteraciones
Cloro	110	110	95-105 mEq/l	Elevado
CO ₂	22	25	22-28 mEq/l	Sin alteraciones
Magnesio	2.2	2.4	1.7-2.8mg/dl	Sin alteraciones
Calcio	8.2	8.6	9.5-11.2mg/dl	Bajo
Calcio ionizado	4.7	4.72	4.5-5.3mg/dl	Sin alteraciones
Fosforo	6.7	6.98	2.2-4.3mg/dl	Elevado
ATL (TGP)	12.69		12-59UI/l	Sin alteraciones
AST (TGO)	8.08		13-56UI/l	Bajo
Bilirrubina total	3.0		0.5-1.5 mg/dl	Elevado
Directa/indirecta	1.9/1.0		0.0-0.2/ 0.5-1.3mg/dl	Sin alteraciones

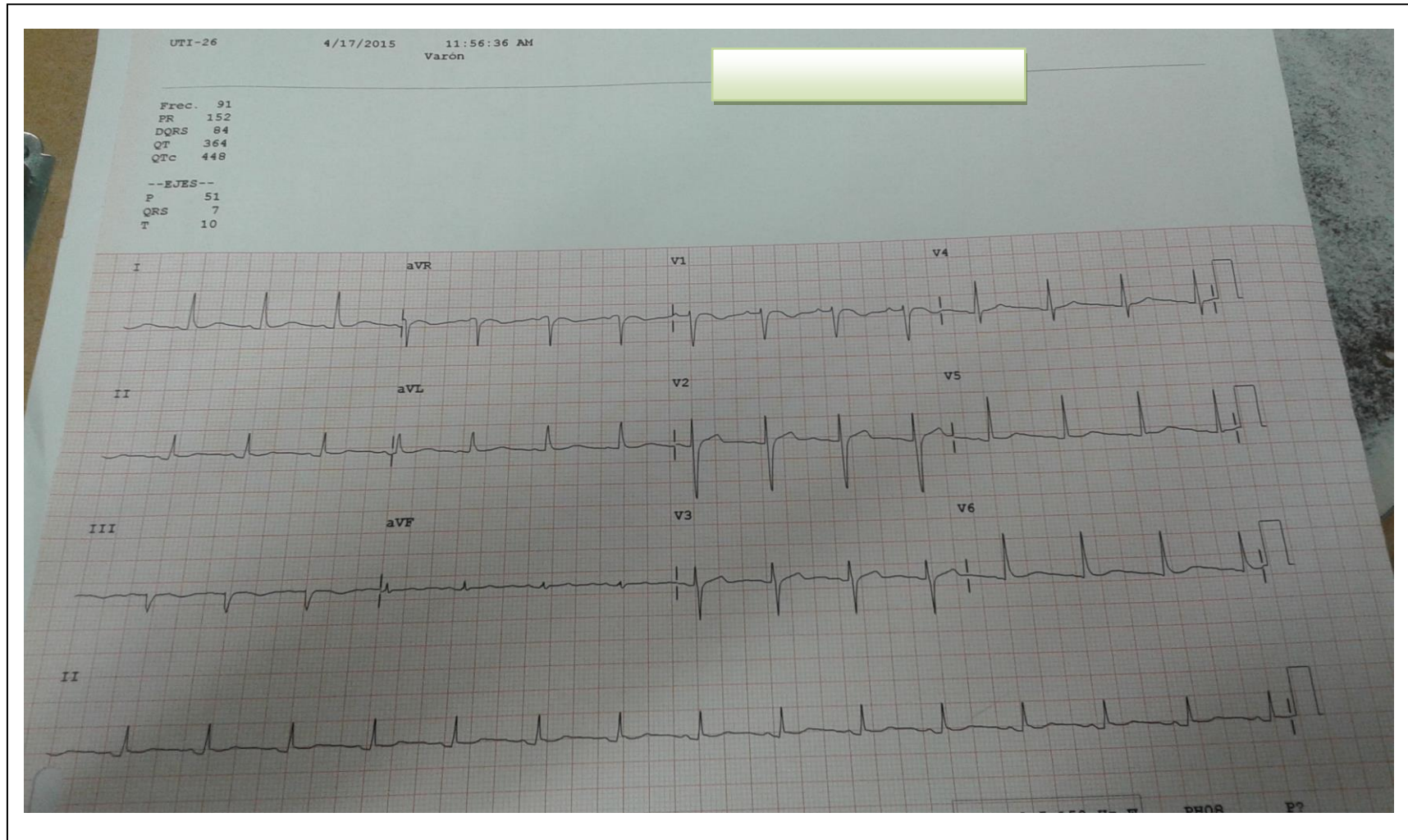
Fosfatasa alcalina	87		39-153mg/dl	Sin alteraciones
Proteínas totales	4.95		6.4-8.4g/dl	Bajo
Albumina/globulina	2.8/2.1		3.6-5/2.8-4.8g/dl	Bajo
T.pretrobina	13/10		12-15seg	Sin alteraciones
T.parcial tromboplastina	33/27		31-39seg	Sin alteraciones
INR	1.3		0.8-1.2	Sin alteraciones

Gasometría

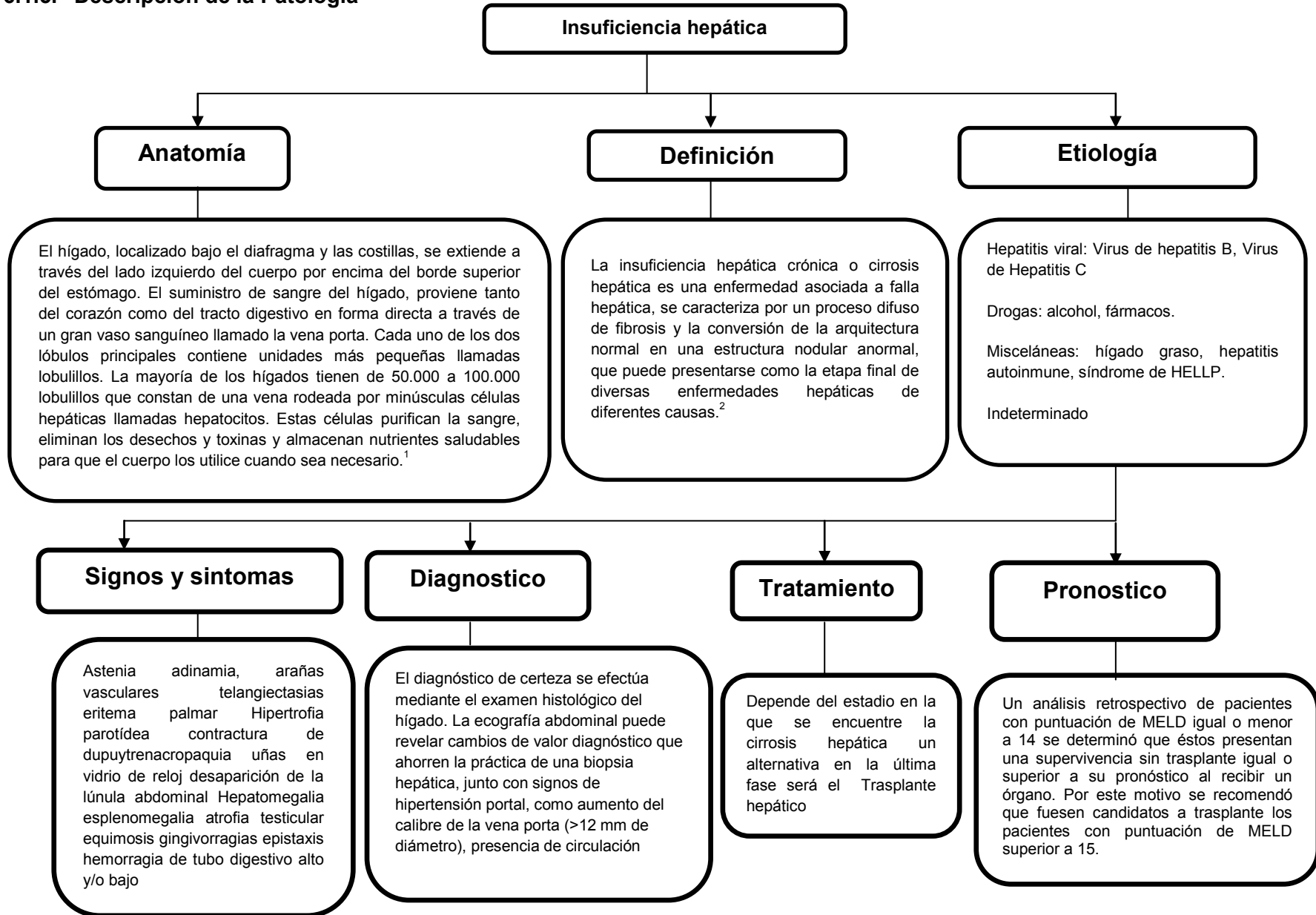
		Valores normales	Interpretación
Hg/tem	9.4/9.2		Baja
PaO ₂ / PvO ₂	43.7/40.2	31-69	Sin alteraciones
PaCO ₂ /PaVCO ₂	46/ 43.9	41- 51	Sin alteraciones
HCO ₃ /A.cap	20.7/21	18-30 mEq/l	Sin alteraciones
pHa/pHv	7.3	7.31- 7.41	Sin alteraciones
SaO ₂ /SvO ₂	73/69.9	58-81	Sin alteraciones
EB/lactato	-5.7/1.8 -4.8/1.4		Sin alteraciones

Imagen 1. Electrocardiograma.

En el Electrocardiograma se encontró lo siguiente frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, sin datos de isquemia eje normal y ondas en: PR- 152, QRS- 84, QT-364, P-51, QRS-7, T-1



6.1.5. Descripción de la Patología



6.2. Conclusion Diagnóstica de Enfermería, según la *North American Nursing Diagnosis Association*.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	D*	PD**	I***
1. Dolor agudo (00132).	✓		
2. Exceso de volumen de líquidos (00026)	✓		
3. Deterioro de la integridad cutánea (00046).	✓		
4. Intolerancia a la actividad (00092).	✓		
5. Riesgo de sangrado (00206).	✓		
6. Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)	✓		
7. Riesgo de deterioro de la función hepática (00178)	✓		
8. Riesgo de infección (00004)		✓	
9. Trastornos de la imagen corporal (00118)			✓
10. Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)			✓

*Dependiente

**parcialmente

dependiente

***independiente

6.3. PLAN DE CUIDADOS

Nombre: JDLJ

Fecha: 17 de abril de 2015

Unidad: Unidad de Terapia Intensiva

Etiqueta diagnóstica: <u>Dolor agudo (00132)</u>			
Domino 12: Confort Clase 1: Confort físico.		Relacionado con: Agentes lesivos físicos.	Manifestado por: Expresión facial, conducta expresiva (gemidos, irritabilidad al cambio postural) y EVA 8 puntos
Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	Justificación científica	Evaluación (NOC)
Control del dolor EVA 8 (1)	Manejo del dolor: (Realizar una valoración que incluya la localización, características aparición, duración, factores de desencadenamiento. administración de analgésicos, si procede).	La persona o el paciente que padece dolor lo manifiesta como algo desagradable, a veces como un sufrimiento enorme con el que es difícil convivir, y no siempre estando relacionado con una lesión o enfermedad. Esta subjetividad puede dificultar el manejo del dolor y el alcance de la analgesia. No obstante, se acepta la presencia de dolor como un sufrimiento innecesario e inútil, ya que en general puede controlarse eficazmente mediante los fármacos y las técnicas disponibles actualmente. En consecuencia, el adecuado tratamiento del dolor ha sido considerado como un indicador relevante de buena práctica clínica y calidad asistencial ²³ .	Control del dolor (4): Infusión de Fentanilo 1mg en 100cc Solución Salina 0.9% Dosis respuesta. <i>Expresa EVA de 2 puntos.</i>

²³Bolívar, Català E., Cadena R., El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2005; 52: 131-140 <http://db.sedar.es/restringido/2005/3/131.pdf> consultado el 2 de mayo de 2015

Etiqueta diagnóstica: Exceso de volumen de líquidos (00026)

Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación	Relacionado con Compromiso de los mecanismos reguladores y exceso de aporte de líquidos.	Manifestado por: Azoemia (BUN: 97.7mg/dl creatinina: 1.93mg/dl y ácido úrico de 8.1mg/dl), disminución del hematocrito (26.4%).
--	---	--

Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	Justificación científica	Evaluación (NOC)
Estado cardiopulmonar (2)	Cuidados cardiacos: agudos. (Vigilar la función renal niveles de BUN y Creatinina; obtener ECG de 12 derivaciones)	<p>En principio las características seguras, inocuas, sencillas, no invasivas y poco costosas de esta prueba hacen que, en el peor de los casos, su realización haya sido una labor poco fructífera, pero nunca se puede considerar un fallo realmente grave. Lo peor que podría pasar es que se haya realizado un ECG de más a un paciente, de tal modo que, ante la duda, es recomendable hacer siempre un ECG²⁴</p> <p>Los análisis de sangre pueden medir los cambios en los niveles de sustancias en el torrente sanguíneo. Los resultados de estas pruebas pueden ayudar a estimar la eficacia con la que están trabajando los riñones. Una prueba de creatinina mide el nivel de residuos en la sangre de un producto llamado creatinina. A medida que la enfermedad renal empeora, el nivel de creatinina en la sangre se eleva. Es posible utilizar los resultados de la prueba de creatinina para estimar su tasa de filtración glomerular (GFR, por sus siglas en inglés).²⁵</p>	Estado cardiopulmonar (4) En el ECG (anexo 3) se encontró lo siguiente: eje no hay problema está dentro de lo normal, no se observan datos de isquemia se encuentra en ritmo sinusal con frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto. Se continúa en vigilancia los datos sobre los laboratorios.

²⁴ Ignacio García Bolao. Introducción a la electrocardiografía clínica. 1ª Edición. Ariel Ciencias Médicas. 2002

²⁵ Healthwise, Incorporated. Healthwise. (2007). Enfermedad renal: Pruebas de la función renal. *cardio smart*, pag 1.

Equilibrio hídrico (2)	Manejo de líquidos (Vigilar ingresos y egresos, realizar registro preciso de ingesta y eliminación.)	Se recomienda una sobrecarga líquida inicial en pacientes con hipoperfusión tisular inducida por sepsis con sospecha de hipovolemia para alcanzar un mínimo de 30 ml/kg de cristaloides (una porción de esto puede ser un equivalente de albúmina). En algunos pacientes, pueden ser necesarias una administración más rápida y cantidades mayores de fluidos. ² Las pruebas dinámicas para evaluar el grado de respuesta de los pacientes al reemplazo de fluidos han adquirido una popularidad notable en los últimos años en la UCI. Estas pruebas se basan en la supervisión de cambios en el volumen sistólico durante la ventilación mecánica o después de la elevación pasiva de la pierna en pacientes que respiran de manera espontánea. ²	Equilibrio hídrico (2) Fecha: 15 04 15 Ingreso 3171 Egreso 3356 Fecha: 16 04 15 Ingreso 2502 Egreso 1265 Balance acumulado +2052 por lo que se deduce que está acumulando líquidos,
Signos vitales (5)	Monitorización signos vitales (Anotar tendencias y fluctuaciones de los signos vitales)	Durante las primeras 6 horas de reanimación, los objetivos de la reanimación inicial de hipoperfusión inducida por sepsis deben incluir todos los puntos siguientes como parte del protocolo de tratamiento ²⁶ : a) PVC 8–12 mm Hg b) PAM ≥ 65 mm Hg c) Diuresis ≥ 0,5 ml/kg/hr d) Saturación de oxígeno de la vena cava superior (ScvO ₂) o saturación de oxígeno venosa mixta (SvO ₂) 70 % o 65 %, respectivamente.	Signos vitales (5) Se registran sin obtener datos anormales.

²⁶Dellinger, D. R., M. Levy, D. M., Rhodes, D. A., & Annane, D. D. (2012). Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis y choque septicémico 2012. *artículos especiales* .

Etiqueta diagnóstica: <u>Deterioro de la integridad cutánea (00046)</u>			
Dominio 11: Seguridad/ Protección Clase 2: Lesión física		Relacionado con Factores mecánicos (herida quirúrgica pos trasplante hepático), hidratación, inmovilidad física y escala de BRADEN de 10 puntos	Manifestado por Alteraciones en la superficie de la piel e invasión de las estructuras corporales.
Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	Justificación científica	Evaluación (NOC)
Autocuidados: higiene. (1)	<p>Ayuda al autocuidado baño e higiene (Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados, determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesitada, colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado, y demás accesorios necesarios a pie de cama, proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida relajante privada y personalizada.</p> <p>Mantenimiento de la salud bucal (Establecer una rutina de cuidados bucales, aplicar lubricante para humectar los labios y la mucosa oral y procede, animar y ayudar al paciente a</p>	La descontaminación oral selectiva y la descontaminación digestiva selectiva deben presentarse e investigarse como métodos para reducir la incidencia de neumonía asociada al respirador; esta medida de control de infección puede establecerse en entornos de asistencia sanitaria y en regiones donde esta metodología resulte ser efectiva. El Gluconato de clorhexidina oral (chlorhexidinegluconate, CHG) sea utilizado como forma de descontaminación orofaríngea para reducir el riesgo. ¹⁷	Autocuidado higiene (5). Se le brindan cuidados como baño en cama, higiene bucal se aplica spread de Clorhexidina bucal tres veces al día, se realiza aseo con toallas con Clorhexidina al .2% todos los días, no se notan datos de suciedad o infección.

	lavarse la boca)		
Curación de la herida: por primera intención. (4)	Cuidados de las heridas y Cuidados del drenaje Blake (Despegar los apósitos y el esparadrapo, monitorizar las características de la herida, incluyendo drenajes, color tamaño y olor, medir el lecho de la herida limpiar con solución salina normal o un limpiador no toxico cuidar el sitio de inserción, enseñar al paciente signos y síntomas de infección.)	Después de una cirugía la piel inicia inmediatamente el proceso de cicatrización. Durante este tiempo es importante que se realicen los cuidados especiales para evitar infecciones en las incisiones (heridas quirúrgicas) y así evolucionen adecuadamente. ²⁷	Curación de la herida: por primera intención. (4). No se observan datos de infección los drenajes continúan en vigilancia, drenando secreción serohemática.
Estado nutricional. (1)	Ayuda con los autocuidados: alimentación. (Controlar la capacidad de deglutir del paciente, identificar la dieta prescrita, poner la bandeja y la mesa de forma atractiva, crear un ambiente agradable durante la comida colocar al paciente en una posición cómoda.)	El hígado es la primera "estación" que se encuentran los alimentos tras ser absorbidos; por tanto, este órgano se transforma en el gran regulador de la nutrición en cualquier sujeto. La desnutrición acompaña a casi un 70% de los pacientes con cirrosis, influyendo esta situación en la morbimortalidad post trasplante. La utilidad del soporte nutricional pretrasplante ha sido escasamente investigada. Se ha demostrado que la utilización de preparados enriquecidos en aminoácidos ramificados disminuye la estancia hospitalaria. ²⁸	Estado nutricional. (3) Inicia dieta líquida con buena tolerancia de la misma.

²⁷ Hospital San José Tec de Monterrey., Cuidados de la Herida en Pacientes Post- Quirúrgicos (consultado en: <http://www.hsj.com.mx/Content/Images/Herida%20Paciente%20Post%20Quir%C3%BArgico%20v2.pdf> fecha de consulta 21 de septiembre de 2015)

²⁸ DA De Luis, R Aller., Nutrición en el trasplante hepático. ELSEVIER, Vol. 50. Núm. 02. Febrero 2003

Etiqueta diagnóstica: Intolerancia a la actividad. (00092)

Dominio 4: Actividad/ Reposo		Relacionado con: Reposo en cama, debilidad generalizada, desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno e inmovilidad.	Manifestado por: Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad, disconfort por esfuerzo, expresa fatiga, expresa debilidad.
Clase 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares			
Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	Justificación científica	Evaluación (NOC)
Movilidad. (1)	Cambios de posición (Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición y el porqué de esa acción.)	Los cambios posturales son las múltiples actividades que se han de realizar para movilizar al paciente encamado, que no se puede mover por sí mismo. Son también llamadas posiciones básicas del paciente encamado, aquellas posturas que el paciente puede adoptar en la cama las cuales son importantes para el manejo del paciente ya sea para su higiene, para realizarle alguna cura, para hacer su cama y así lograr su comodidad y que el trabajo del personal sea menos costoso. ²⁹	Movilidad. (2) El paciente continúa sin tolerar la movilidad sin dolor.
Nivel del malestar (1)	Manejo ambiental: confort. (Crear un ambiente tranquilo y de apoyo)	El proceso de hospitalización genera alteraciones en el confort relacionadas directa e indirectamente con la enfermedad diagnosticada, este confort traspasa la dimensión física y afecta el aspecto, psico-espiritual, ambiental y social. La hospitalización origina en la persona un gran estrés, además del ya existente por causa de la enfermedad, que también se extiende a los	Nivel del malestar (3). Al colocar la paciente en la en posición supina mejora el malestar.

²⁹ Navarro Patrón, A., Cambios posturales en pacientes encamados CS Illes Columbretes 2010

		miembros de la familia. Ve limitada su capacidad para adaptarse a la nueva situación realizando los cambios en su estilo de vida que puedan necesitarse ³⁰ .	
--	--	---	--

³⁰Uribe Meneses, A., Catherine Torrado Acevedo, I., Jenessa Acevedo Duran, Y., Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía, revista ciencia y cuidado num 2 diciembre de 2012

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de sangrado (00206)

Domino 11: Seguridad/ Protección Clase 2: Lesión física		Relacionado con: Efectos secundarios al tratamiento (post trasplante hepático)	
Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	Justificación científica	Evaluación (NOC)
Severidad de la pérdida de sangre (2).	Prevención del shock. (Comprobar las respuestas tempranas de compensación de shock, controlar los signos tempranos de compromiso cardiaco, vigilar posibles fuentes de pérdida de líquido, monitorización de los parámetros hemodinámicos invasivos)	El sangrado pos-operatorio es multifactorial. Las transfusiones múltiples y la pobre función hepática secundaria a daño isquémico del hígado conducen a un trastorno severo de la coagulación. En la medida que la función hepática mejora, los parámetros de la coagulación mejoran. Las pérdidas sanguíneas deben monitorizarse a través de los drenes abdominales, determinaciones seriadas de hemoglobina y parámetros hemodinámicos. Si el sangrado persiste a pesar de la corrección de deficiencias en la coagulación el paciente debe ser relaparatomizado; hasta el 15% de los receptores pueden requerir esta intervención, a pesar de que el sitio de sangrado no es siempre identificado. ³¹	Severidad de la pérdida de sangre (3). Los drenajes continúan en vigilancia el contenido de estos son más serosos que sanguinolentos, continua con hemoglobina de 9.2 y hematocrito de 26.4 (bajos)

³¹Dr. Valencia M. Dr. Luis Díaz G, María Marín A., Trasplante hepático Manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos Una Opinión de dos Continentes. Revista Colombiana de Anestesiología ISSN: 0120-3347 Bogotá, Colombia 2001.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)

Dominio 2: Nutrición Clase 4: Metabolismo		Relacionado con: Estado de salud física.	Manifestado por
Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	Justificación científica	Evaluación (NOC)
Nivel de glucemia (2)	Terapia de sustitución hormonal. (Determinar la razón para escoger la terapia de sustitución hormonal, controlar los efectos terapéuticos en el paciente, controlar los efectos adversos)	Recomendamos que los valores de glucemia se controlen cada 1 o 2 horas hasta que los valores de glucosa y la perfusión de insulina sean estables, luego, a partir de ahí, cada 4 horas (grado 1C). ² Varios factores pueden afectar a la precisión y la reproducibilidad de la prueba de puntos de atención de glucemia de sangre capilar, entre otros, el tipo y el modelo de dispositivo utilizado, la experiencia del usuario y los factores del paciente, que incluyen hematocrito (falsa elevación con anemia), PaO ₂ y fármacos ²	Nivel de glucemia (4). Se mantiene en cifras normales de glucemia capilar según la guía de sepsis.
Respuesta a la medicación (3)	Control de la medicación.	Recomendamos un enfoque protocolarizado sobre el manejo de glucemia en pacientes de UTI con sepsis grave, que comienzan con la dosis de insulina cuando dos niveles consecutivos de glucemia son > 180 mg/dl. Este enfoque debería tener como objetivo un nivel de glucemia superior ≤ 180 mg/dl en lugar de un objetivo superior de glucemia ≤ 110 mg/dl. La causa para comenzar un protocolo de insulina para los niveles de glucemia > 180 mg/dl con un objetivo de nivel de glucemia < 180 mg/dl deriva del	Respuesta a la medicación (4) Paciente se mantiene en dentro de parámetros aceptables debido a su estado de salud.

		estudio NICE-SUGAR, que utilizó estos valores para iniciar e interrumpir el tratamiento. El ensayo NICE-SUGAR es el más extenso, el estudio más convincente hasta la fecha sobre el control de glucosa en pacientes de UCI dada su inclusión de múltiples UCI y hospitales y una población general de pacientes. ²⁴	
--	--	--	--

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la función hepática (00178)

Dominio 2: nutrición. Clase 4: metabolismo		Relacionado con: Medicamentos hepatotóxicos (Paracetamol) infecciones víricas (Hepatitis C)	Manifestado por
Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	Justificación científica	Evaluación (NOC)
Perfusión tisular órganos abdominales (2)	Prevención de hemorragia. (Vigilar de cerca al paciente si se produce una hemorragia, anotar los niveles de hemoglobina/ hematocrito antes y después de la pérdida de sangre)	Cualquier proceso patológico que interfiera con el flujo sanguíneo en el territorio venoso portal puede provocar hipertensión portal. Según la localización anatómica de estos procesos distinguimos hipertensiones portales de origen prehepático, intrahepático y posthepático. La causa más frecuente de hipertensión portal es la cirrosis hepática posthepática y alcohólica (que ocasionan más del 90% de los casos de hipertensión portal en España), seguida por la esquistosomiasis, que tiene una alta incidencia en el norte de África y gran parte de Iberoamérica. ³²	Perfusión tisular órganos abdominales (2). Continúa con el riesgo ya que el paciente es pos operado de trasplante hepático mantiene hemoglobina de 9.2 g/dl y recordemos que es paciente post RCP por perdidas hemáticas.

³²García-Pagán JC, Feu F, Bosch J. Profilaxis de la hemorragia por hipertensión portal. *Gastrum* 1994; 104: 54-60.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección (00004).

<p>Dominio 11: Seguridad/ Protección Clase 1: Infección</p>	<p>Relacionado con: Defensas primarias inadecuadas: ruptura de la piel: (Catéter intravenoso doble lumen y arterial, procedimientos invasivos: Cirugía pos trasplante) retención de líquidos corporales (Sondas Blake). Defensas secundarias inadecuadas, disminución de hemoglobina (9.2mg/dl), inmunosupresión, ayuno prolongado.</p>		
<p>Objetivo (NOC)</p>	<p>Intervención (NIC)</p>	<p>Justificación científica</p>	<p>Evaluación (NOC)</p>
<p>Estado inmune (1)</p>	<p>Control del riesgo de infección (Aislamiento). Cuidados del catéter central (Identificar el uso deseado del catéter para determinar el tipo necesario, observar si hay signos de flebitis, realizar curación.) Cuidado del catéter urinario. Mantener un sistema de</p>	<p>La descontaminación oral selectiva y la descontaminación digestiva selectiva deben presentarse e investigarse como métodos para reducir la incidencia de neumonía asociada al respirador; esta medida de control de infección puede establecerse en entornos de asistencia sanitaria y en regiones donde esta metodología resulte ser efectiva. El Gluconato de clorhexidina oral (Chlorhexidinegluconate, CHG) sea utilizado como forma de descontaminación orofaríngea para reducir el riesgo de VAP en pacientes de UTI con sepsis severa.¹⁷ La incidencia de la bacteriemia relacionada con catéter oscila entre 2 -12%, con una media del 5%, y la densidad de incidencia entre 2,05 y 10 episodios por 1000 días de CVC,</p>	<p>Estado inmune (3). Se encuentra comprometido debido al estado de salud del paciente se mantiene con Precauciones basadas en la transmisión tipo estándar y de contacto dentro de su unidad.</p>

	<p>drenaje urinario cerrado, mantener la permeabilidad del sistema, limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares, limpiar el catéter urinario por fuera en el meato, anotar las características del líquido drenado,</p>	<p>dependiendo de las características de los pacientes y la función del catéter.³³</p> <p>En EUA el costo de cada episodio de bacteriuria asociada a sonda o catéter cuesta 589 dólares, cada infección asociada a sonda se ha estimado 676 dólares, pero las bacteriemias asociadas al uso de sondas por bacteriuria se estima que costara al menos 2,836 dólares. Dada la alta frecuencia de uso al año en EU se gastaran 500 millones de dólares. Desafortunadamente en México no hay informes sobre el costo por episodio.³⁴</p>	
--	--	--	--

³³ Guías para el tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares de corta permanencia en adultos: conferencia de consenso SEIMC-SEMICYUC. *Enf Infec Microbiol Clin* 2004; 22:92-101.

³⁴Infecciones Urinarias Asociadas a una Sonda Vesical Guía práctica clínica IMSS 472-11 (consultado en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/472_GPC_IVUsondaVesicalMujer/GER_INFECION_URINARIA_FORMA_SEPTIE.pdf fecha de consulta 26 de septiembre de 2015)

Etiqueta diagnóstica Trastorno de la imagen corporal (00118)

Dominio 6: Autopercepción Clase 3: Imagen corporal.		Relacionado con: Cirugía (Labio leporino y paladar hendido) y tratamiento de la enfermedad	Manifestado por: Respuestas no verbal a cambios corporales reales (reconstrucción facial labio leporino)
Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	Justificación científica	Evaluación (NOC)
Habilidades de interacción social (2)	Imagen corporal. (Contacto terapéutico)	El contacto terapéutico es un proceso mediante el cual se transmite o transfiere energía de una persona a otra. Con el propósito de potenciar el proceso de duración de un individuo enfermo o lesionado. Procede de "imposición de manos" asociada a la filosofía oriental, europea y religiosa, pero no es equivalente a ella Dolores Krieger (1979), que acuñó el término contacto terapéutico, dice que es una meditación, curativa puesto que el acto principal de la enfermera (la que cura) es "centrar" el yo y mantener ese centro en concentración mental durante todo el proceso. ³⁵	Habilidades de interacción social (2). Al inicio del interrogatorio se notaba inseguro conforme a la valoración fue más fluida la comunicación.

³⁵ García de Herrera L., Técnicas de control del estrés: capítulo 10 contacto terapéutico. (Consultado en <http://www.mailxmail.com/curso-tecnicas-control-estres/contacto-terapeutico> fecha de consulta 26 de septiembre de 2015)

Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar el afrontamiento (00158).

Domino 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	Justificación científica	Evaluación (NOC)
Aceptación estado de salud (3)	Reconoce de la realidad de la situación de salud. (Apoyo emocional)	Conocer a un paciente significa que la enfermera evita suposiciones, se centra en él y pone en marcha una relación de cuidados que le proporcione información e indicios que facilitan el pensamiento crítico y los juicios clínicos que va a realizar. Durante la formación de enfermería se hace hincapié en el apoyo emocional al paciente, destacando su importancia en el cuidado integral, sin embargo se carece de definición clara sobre este concepto y en muchas ocasiones, éste no se brinda. ³⁶	Aceptación estado de salud (3)

³⁶ Mtra. Martínez Garduño M., Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 6. Año. 6 No. 3 Julio-Sep 2009

6.4. Plan de Alta

El siguiente plan de alta, esta diseñado como una propuesta para que se lleve acabo en la unidad hospitalaria a la que sera traslado el paciente, ya que, despues de su estancia en la UTI, pasara al area de hospitalizacion para continuar con el tratamiento y cuidados post trasplante, por lo tanto este trabajo tiene un enfoque preventivo

Nombre: JDLJ El paciente egreso de la UTI el día 18 de abril de 2015 en el primer turno, el cual fue trasladado al área de hospitalización de segundo piso cama 232 del INCMNSZ.		
Necesidad/ problema	Intervención de Enfermería	Observaciones
Seguridad del paciente.	Identificación del paciente: Utilizar sistemas de identificación de pacientes tipo pulsera con nombre y apellidos del paciente, fecha de nacimiento y Número Único de Historia de Salud. Verificar la identidad del paciente y hacer coincidir el paciente correcto con la intervención correcta previa a la realización de la misma. Identificar al paciente por su nombre y apellidos y fecha de nacimiento en el momento de la transferencia.	Por seguridad del paciente requiere siempre de la identificación correcta.
Prevención de infecciones.	Se debe de establecer una cultura de higiene de manos siguiendo las recomendaciones institucionales.	Paciente por su estado inmunológico requiere de precauciones de prevención de infecciones.

	<p>Utilizar las recomendaciones de las tarjetas de prevención de infecciones comenzando por la estándar.</p> <p>Realizar asepsia cutánea en piel sana y heridas con clorhexidina 2% (en caso de hipersensibilidad con alcohol 70° o povidona yodada).</p> <p>Garantizar la asepsia en la realización de procedimientos invasivos.</p> <p>Utilizar un manual visual de procedimientos para asegurar la realización de técnicas invasivas en las mejores condiciones de asepsia, evitando empeñar un miembro del equipo asistencial en el chequeo de cada paso.</p>	
<p>Cuidados de la herida quirúrgica</p>	<p>Sólo deberá lavarse con agua y jabón, no colocar antisépticos y deberá permanecer limpia y cubierta, en caso necesario de cambiar el apósito se realizará con técnica seca.</p> <p>No lavar ni aplicar antiséptico en una herida con el mismo apósito con el que se haya limpiado otra parte corporal del paciente, ni en la misma herida en distintas zonas.</p>	<p>El paciente no puede realizar cuidados de la herida quirúrgica debido a su estado de salud pero se le puede dar orientación sobre su cuidado.</p>

<p>Cuidados de la piel</p>	<p>Hidratación: debe de tomar suficiente agua todos los días para darle al cuerpo los fluidos que necesita. La cantidad de agua puede variar de acuerdo a la rutina que sigue para controlar la vejiga. Así mismo se debe de utilizar emolientes de la piel para hidratar la piel seca y así reducir el riesgo de daños en la piel.</p> <p>Movilización: Los cambios posturales deberían llevarse a cabo para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las zonas vulnerables del cuerpo. El cambio de postura del paciente como estrategia de prevención debe tener en cuenta el estado del paciente y la superficie de apoyo que se esté utilizando.</p> <p>Baño: Se realizará en cama o en regadera, se debe de explicar la importancia de mantener la piel seca y lubricada así como realizar valoración continua para evitar la formación de úlceras por presión en caso de que existan factores de riesgo.</p>	<p>El propósito de estas recomendaciones es prevenir UPP.</p>
-----------------------------------	--	---

Prevención de caídas.	<p>Valorar siempre el riesgo de caídas del paciente durante la asistencia en función de su patología, procedimientos efectuados, tratamiento administrado y estado general del paciente.</p> <p>Reevaluar el riesgo de caídas en cada paso del proceso asistencial, y tras cambios y/o intervenciones sobre el paciente.</p> <p>Fomentar la comunicación con el paciente y la aclaración de dudas para disminuir la ansiedad.</p> <p>Informar al paciente acerca de la sistemática de movilización y transporte durante toda la asistencia.</p>	<p>Debido a presentar una escala de CRICHTON de 9 puntos se deben de prevenir caídas</p>
Cuidados nutricionales	<p>Vigilancia de las necesidades de los aportes dietéticos de acuerdo al peso y talla y de los valores séricos.</p>	<p>Dentro de la UTI por prescripción médica contaba con dieta líquida de acuerdo a su evolución su aporte dietético debe de ir incrementando.</p>
Cuidados de la eliminación	<p>Vigilancia de la eliminación.</p>	<p>Existe una disminución de la capacidad de excreción y reabsorción renal. La vejiga se vuelve hipotónica por reducción de la elasticidad de su tejido. También padecen más infecciones.</p>

VII. Conclusiones.

Al finalizar este PAE, de acuerdo a la literatura consultada y analizada, confirmo que la Cirrosis Hepatica es un grave problema de Salud Pública a nivel mundial, con un panorama epidemiológico con prevalencia sumamente alta y que va en aumento día a día; en México, la Cirrosis de Hígado es la segunda enfermedad que causa años de vida asociados a muerte prematura (APMP) en hombres y mujeres de 25 a 49 años de edad, y es la tercer principal causa de años de vida saludables (AVISA) perdidos, en hombres y mujeres del mismo rango de edad, esto es debido principalmente a carencia en las estrategias preventivas.

Considerando que el paciente de 34 años es portador de esta patología se diseñó este PAE, y con la intención de mejorar la Calidad de su Cuidado, con intervenciones terapeuticas, preventivas y oportunas.

Debo resaltar que como Diagnóstico médico se encuentra la Cirrosis hepática, Post Trasplante Hepático Ortotópico, post Sx RCP y que se evidencia como Diagnóstico de Enfermería prioritario el “Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos como lo son post Cirugía y compresiones torácicas post RCP”, es importante mencionar que las intervenciones del Cuidado enfermero, consideran las Metas internacionales para la seguridad del paciente contenidas en los Estándares para Certificar Hospitales del 2015, involucrando la calidad como uno de los pilares fundamentales en la prestación de los servicios de salud, y que además estas intervenciones, fueron individualizadas de acuerdo a los hallazgos obtenidos principalmente en la valoración de enfermería y a lo largo de las etapas del PAE.

Además, el realizar este PAE me permitió operacionalizar y desarrollar nuevas competencias profesionales y personales obtenidas durante mi formación profesional como Licenciada en Enfermería y Obstetricia, así mismo tuve la oportunidad de realizar el Servicio Social en el INCMNSZ, en especial en el servicio de la UTI.

He de citar, que recibí el acompañamiento de colegas que con su experiencia enriquecieron este PAE, dentro de los que hago un especial reconocimiento al Enfermero Jhonatan Zepeda León, quién me ayudó en la valoración del paciente y en los inicios de este proyecto.

Es importante comentar que existieron algunas limitantes en la construcción de este PAE, como la limitada comunicación verbal con el paciente ya que debido a la hipernasalidad que presentaba en momentos de la entrevista no se comprendía con total claridad lo que hablaba.

Por último espero que este trabajo sea de gran utilidad para futuros profesionales de la salud que se encuentren en formación y se interesen por la mejora del cuidado a pacientes con estos Diagnósticos de Enfermería.

VIII. Referencias bibliográficas

- ❖ Herdman, T. H. (2010). NANDA Diagnósticos Enfermeros: definiciones y Clasificaciones 2012-2014. España: ELSEVIER.
- ❖ M. Bulechek, G., K. Butcher, H., & McCloskey Dochterman, J. (2011). Clasificación. de Intervenciones de Enfermería (NIC), quinta edición. México: ELSEVIER.
- ❖ Moorhead, S., Johnson, M., L. Maas, M., & Swanson, E. (2011). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). México: ELSEVIER.
- ❖ Organización Mundial de la salud (OMS), ¿Qué es la Hepatitis? Preguntas y respuestas 24 de junio de 2014 (Consultado en <http://www.who.int/features/qa/76/es/> fecha de consulta 28 de agosto de 2015)
- ❖ OMS, CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator, 2003.
- ❖ Secretaria de salud y subsecretaria de Prevención y Promocion de la salud Dirección General de Epidemiología ISBN “Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las hepatitis virales” 2012, (Consultado en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/12_2012_Manual_HepVirales_1novt12.pdf fecha de consulta 29 de agosto de 2015)
- ❖ OPS/OMS., La OPS/OMS pide acciones urgentes para frenar la hepatitis, 3 de agosto de 2015. (Consultado en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11125%3Aoms-frenar-la-hepatitis&Itemid=1926&lang=es fecha de consulta 29 de agosto de 2015)
- ❖ OPS/OMS., Día mundial de la hepatitis 2015: Prevenir la hepatitis, actuar ya., 28 de julio 2015. (consultado en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11100&Itemid=41526&lang=es fecha de consulta 29 de agosto de 2015)
- ❖ Panduro A., Escobedo Meléndez G, Ruiz-Madrigal E, Epidemiología de las hepatitis virales en México, Salud Pública de México, 2011.
- ❖ Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) (consultado en: <http://www.gobierno.com.mx/cenatra.html> fecha de consulta 1 de septiembre de 2015)
- ❖ Arrollo Lucas S., “Nacimiento, limitaciones y propuesta epistemológica de la aplicación del PAE en el INCMNSZ”, Revista Mexicana de Enfermería, primera edición México 2013.
- ❖ Francoise Colliere; Promover la Vida. Ed. Interamericana Mc Graw Hill, España, 1993.

- ❖ Bertha A., Rodríguez S., “Proceso Enfermero Aplicación Actual”. Segunda edición Ediciones Cuellar. México, junio 2002.
- ❖ Esp. Asociación Americana de Enfermeras (ANA)
- ❖ Reyes Gómez, E., fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. Editorial Manual Moderno México, 2009
- ❖ Arribas Cachá A., Valoración Enfermería Estandarizada: Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. FUNDEN. Observatorio de Metodología de Enfermera, Madrid 2006 pág. 10
- ❖ Bárbara J., Taptich R., “Diagnósticos de Enfermería y Planeación de Cuidados” editorial Interamericana Mc Graw-Hill México, 1997
- ❖ Patricia W. Iyer., Bárbara J., Taptich R., Donna Bernocchi- Losey., “Procesos y Diagnósticos de Enfermería” tercera edición. Editorial Mc Graw-Hill México, octubre 2003
- ❖ Reyna G., Nadia Carolina “El Proceso de Enfermería: Instrumento para el Cuidado Umbral Científico”, núm. 17, pp. 18-23 Universidad Manuela Beltrán Bogotá, Colombia diciembre de 2010
- ❖ Arroyo Lucas S., M.C.E. López García, Jiménez Méndez A., Martínez Becerril M.P. Nájera Ortiz, Cano García M.A., Estado del arte del proceso enfermero en revistas mexicanas. Revista mexicana de enfermería. México D.F. Octubre de 2013
- ❖ Raile Alligood M., Marriner Tomey A., “Modelos y teorías de enfermería” séptima edición, Editorial Elsevier S.L., Barcelona España, 2011.
- ❖ Bolívar, Català E., Cadena R., El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2005; 52: 131-140 <http://db.sedar.es/restringido/2005/3/131.pdf> consultado el 2 de mayo de 2015
- ❖ Ignacio García Bolao. Introducción a la electrocardiografía clínica. 1ª Edición. Ariel Ciencias Médicas. 2002
- ❖ Healthwise, Incorporated. Healthwise. (2007). Enfermedad renal: Pruebas de la función renal. cardio smart, pag 1.
- ❖ Dellinger, D. R., M.Levy, D. M., Rhodes, D. A., & Annane, D. D. (2012). Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis y choque septicémico 2012. artículos especiales.
- ❖ Hospital San José Tec de Monterrey., Cuidados de la Herida en Pacientes Post-Quirúrgicos (consultado en: <http://www.hsj.com.mx/Content/Images/Herida%20Paciente%20Post%20Quir%C3%BArgico%20v2.pdf> fecha de consulta 21 de septiembre de 2015)
- ❖ DA De Luis, R Aller., Nutrición en el trasplante hepático. ELSEVIER, Vol. 50. Núm. 02. Febrero 2003.
- ❖ Navarro Patrón, A., Cambios posturales en pacientes encamados CS Illes Columbretes 2010.

- ❖ Uribe Meneses, A., Catherine Torrado Acevedo, I., Jenessa Acevedo Duran, Y., Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía, revista ciencia y cuidado num 2 diciembre de 2012.
- ❖ Dr. Valencia M. Dr. Luis Díaz G, María Marín A., Trasplante hepático Manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos Una Opinión de dos Continentes. Revista Colombiana de Anestesiología ISSN: 0120-3347 Bogotá, Colombia 2001.
- ❖ García-Pagán JC, Feu F, Bosch J. Profilaxis de la hemorragia por hipertensión portal. *Gastrum* 1994; 104: 54-60.
- ❖ Guías para el tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares de corta permanencia en adultos: conferencia de consenso SEIMC-SEMICYUC. *Enf Infec Microbiol Clin* 2004; 22:92-101.
- ❖ Infecciones Urinarias Asociadas a una Sonda Vesical Guía práctica clínica IMSS 472-11 (consultado en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/472_GPC_IV_UsondaVesicalMujer/GER_INFECCION_URINARIA_FORMA_SEPTIE.pdf fecha de consulta 26 de septiembre de 2015)
- ❖ García de Herrera L., Técnicas de control del estrés: capítulo 10 contacto terapéutico. (Consultado en <http://www.mailxmail.com/curso-tecnicas-control-estres/contacto-terapeutico> fecha de consulta 26 de septiembre de 2015)
- ❖ Mtra. Martínez Garduño M., Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno, *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Vol 6. Año. 6 No. 3 Julio-Sep 2009

IX. Glosario.

A

Alucinación: Percepción de una imagen, un objeto o un estímulo exterior inexistentes que son considerados como reales.

Amígdala: Órgano rojizo formado por acumulación de tejido linfático que está situado, junto con otro, a ambos lados de la abertura limitada por el velo del paladar, en el hombre y otros animales

Aminérgico: Se segregan aminas biogenas, catecolaminas (adrenalina, noradrenalina y dopamina) e indolaminas (serotonina, melatonina e histamina), para posteriormente ser captadas por receptores aminérgicos.

Amplexión: Medio de investigación que consiste en abrazar la caja torácica con las dos manos colocadas, una por delante y otra por detrás, y comparar el desarrollo relativo de cada uno de los lados del tórax. Palpación torácica.

Anasarca: Es un término médico que describe una forma de edema o acumulación de líquidos masiva y generalizada en todo el cuerpo.

Artralgia: Es un dolor en una o más articulaciones. Puede ser causada por muchos tipos de lesiones o condiciones y, sin importar la causa, puede ser muy molesta. Aunque hay quienes dicen que es algo similar a la artritis, no es así, pues mientras la artritis es la inflamación, la altragia solo es el dolor.

Ascitis: Hidropesía de la cavidad abdominal; acumulación de líquido en la cavidad peritoneal por exsudación o trasudación. Puede ser causada por hepatopatía, síndrome nefrótico, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) hidroperitoneo.

Astenia: Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente.

Atípico: Que se aparta de los tipos conocidos por sus características peculiares

Autoinmune (Enfermedad): inflamación y destrucción de tejidos por anticuerpos propios (autoanticuerpos). Entre estas enfermedades se incluyen -entre otras- Anemia Hemolítica, Anemia Perniciosa, Fiebre Reumática (FR), Artritis Reumatoidea (AR), Glomerulonefritis y Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

B

Braden escala: Valoración de riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de Ulceras Por Presion (UPP)

C

Cancer: Enfermedad que se caracteriza por el crecimiento masivo y la deseminación no controlada de las células epiteliales anormales, y que lleva al hospedero a una serie de fenómenos adversos. Las cánceres se dividen en dos grandes categorías: carcinoma y sacoma. Neoplasia maligna.

Cirrosis: Nombre dado por Laennec. Etapa final de múltiples procesos inflamatorios que atacan al Hígado en forma crónica y cambian su estructura anatómica normal por material fibroso, dando al órgano un aspecto granuloso de color amarillo.

Clorhexidina: Es una sustancia antiséptica de acción bactericida y fungicida. Pertenece al grupo de las biguanidas y se encuentra en el listado de Medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud, una lista que contiene los medicamentos mas importantes que se requieren en un sistema sanitario.

Colecistitis alitiásica: En la que no se forman cálculos/piedras en el interior de la vesícula pero sí tiene lugar la inflamación de la misma.

Compresion neumatica intermitente: La aplicación de la compresión externa inicia diversos efectos fisiológicos y bioquímicos complejos que afectan a los sistemas venoso, arterial y linfático. Siempre que el nivel de compresión no afecte adversamente al flujo arterial y se apliquen lastécnicas y materiales correctos, los efectos de la compresión pueden ser drásticos, reduciendo el edema y el dolor a la vez que favorecen la curación de úlceras causadaspor insuficiencia venosa.

Crichton escala: Permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo, los problemas de idioma o socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes. Considera la funcionalidad en todas sus esferas y por tanto esos rubros también los expresan en evaluación de movilidad, orientación, comunicación, cooperación, vestido, alimentación, agitación, incontinencia, sueño y estado de ánimo. Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud.

Crioprecipitados: Es la parte insoluble en frio del plasma que resulta de la descongelación entre 1 y 6° C del Plasma fresco congelado.

Creatinina: Producto final del metabolismo de la creatina que se encuentra en el tejido muscular y en la sangre de los vertebrados y que se excreta por la orina.

Cronido degenerativo: Son enfermedades crónicas porque acompañarán al paciente toda su vida. Y son degenerativas porque conllevan una degeneración o daño de los tejidos y órganos afectados provocando un deterioro en la salud.

E

Edema: Presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo que, en ocasiones, puede ofrecer el aspecto de una hinchazón blanda.

Electrocardiograma: Gráfico en el que se registran los movimientos del corazón y es obtenido por un electrocardiógrafo.

Encefalopatía: Término que abarca las enfermedades del encéfalo.

Endoscopia: Examinar, observar dentro de una cavidad por medio del endoscopio.

Epidemiología: Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.

Espirometría incentiva: La espirometría incentiva es un componente de la terapia de limpieza bronquial. La espirometría incentiva está diseñada para estimular al paciente a realizar inspiraciones prolongadas, lentas y profundas, mediante la utilización de dispositivos que proporcionan al paciente un feedback visual (retroalimentación visual) sobre su ejecución. El dispositivo proporcionara información del flujo o del volumen de aire.

Esplenomegalia: Aumento del volumen o hipertrofia del bazo.

Estreñimiento: Alteración del intestino que consiste en una excesiva retención de agua en el intestino grueso y el consiguiente endurecimiento de las heces, por lo cual se hace muy difícil su expulsión.

Exostosis: Es un tumor benigno del hueso que aparece como una nueva formación en la superficie de un hueso normal. Puede ser aislado y aparece sólo una única ubicación de un solo hueso, o afectar a muchos huesos: se le conoce entonces como enfermedad osteogénica o exostosis múltiples hereditarias.

Extrasístole: Es una anomalía del ritmo cardíaco que se caracteriza por contracciones prematuras del miocardio. Las extrasístoles pueden ser un auricular o supraventricular. Las extrasístoles

auriculares proceden de una contracción prematura de una aurícula. Las extrasístoles ventriculares la contracción precoz proceden de un ventrículo. Las extrasístoles a menudo son asintomáticas, pero a veces pueden provocar una sensación de palpitaciones.

Exudado: Líquido o sustancia que resulta de la exudación

E

Fibrosis: Formación patológica de tejido fibroso en un órgano del cuerpo

Fiebre: Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de la normal, que va acompañado por un aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, y manifiesta la reacción del organismo frente a alguna enfermedad.

Fisioterapia pulmonar: Es el término que se utiliza para denominar un grupo de tratamientos diseñados para mejorar la eficiencia respiratoria, promover la expansión de los pulmones, fortalecer los músculos respiratorios y eliminar las secreciones de las vías respiratorias.

G

Gasometría: Método de análisis químico que consiste en la medición de los gases desprendidos en las reacciones.

Glasgow escala: La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

H

Hemático: De la sangre o relacionado con ella.

Hematoquecia: Salida de sangre líquida a través del recto. Puede ser resultado de una hemorragia en el recto, en el colon o en los tramos superiores del tracto digestivo. Las causas más frecuentes son una úlcera, la colitis y el cáncer.

Hemodinámico: Que se relaciona con las condiciones mecánicas de la circulación de la sangre: presión, volumen, velocidad, vasomotricidad, resistencia vascular. Estudio de las leyes que regulan la circulación y el volumen de la sangre en los vasos.

Hepatitis: Inflamación del hígado.

Hepatopatía: Cualquier enfermedad que afecte al hígado

Hiperemia: Aumento de sangre en un órgano o en una parte de este.

Hipernasalidad: Resonancia perceptible de la cavidad nasal que se produce por acoplamiento acústico de la nasofaringe y orofaringe a través de un esfínter velo-faríngeo incompetente para todos los sonidos que no sean m, n y ñ.

Hiperpotasemia: La hiperpotasemia o hiperkalemia (del latín hiper, alto, y kalium, potasio) es un trastorno hidroelectrolítico que se define como un nivel elevado de potasio plasmático, por encima de 5.5 mmol/L. Sus causas pueden ser debido a un aumento del aporte, redistribución o disminución de la excreción renal. Niveles muy altos de potasio constituyen una urgencia médica debido al riesgo de arritmias cardíacas.

Hipocondrio: Cada una de las dos partes, izquierda y derecha, del epigastrio situadas debajo de las costillas falsas.

!

Ictericia: Inadecuada eliminación de la bilis, que provoca coloración amarilla de la piel, mucosas y secreciones.

Inmunodepresión: Ocurren cuando se presenta disminución o ausencia de la respuesta inmunitaria del cuerpo.

In situ: Es una expresión proveniente del vocablo latín la cual significa "En el Sitio" "En el lugar" o simplemente "Aquí mismo", *In Situ* se refiere a una connotación que se refiere a la aplicación de una acción en un sitio determinado y señalado, tanto por quien la ejecuta como por el que la requiere.

Isquemia: Detención de la circulación arterial y venosa en forma programada, y planeada para realizar algún procedimiento o causada por alguna patología o accidente. Término que engloba las manifestaciones clínicas consecuentes a la isquemia de cualquier tramo intestinal.

L

Labio leporino: El labio leporino es una deformación en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal. El grado del labio leporino puede variar enormemente, desde leve (corte del labio) hasta severo (gran abertura desde el labio hasta la nariz)..

Lactato: El lactato es un ácido fuerte y se encuentra casi en su totalidad disociado en forma de lactato e ión hidrógeno.

M

Melena: Presencia de sangre en las heces fecales.

Mesogastrio: Meso que une el estómago a la pared abdominal. El estómago posee dos mesos, uno posterior y otro anterior. El posterior crece considerablemente y forma el epiplón mayor. El mesogastrio anterior une el estómago al hígado y se denomina epiplón menor y, también, ligamento gastrohepático.

Metaparadigma: Es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

Murmullo Vesicular: Es un sonido suave y de tonalidad relativamente baja, que se ausculta en el torax de un paciente sano. Este sonido es el resultado de las vibraciones producidas por el movimiento del aire al pasar por las vías aéreas.

N

Neumonía: La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Se transmite generalmente por contacto directo con personas infectadas.

Normolineo: En medicina es referente a la conformacion del cuerpo, en proporcion la talla y el peso.

O

Operacionalización: Es un proceso que consiste en definir estrictamente variables en factores medibles. El proceso define conceptos difusos y les permite ser medidos empírica y cuantitativamente.

P

Paladar hendido: El paladar hendido se produce cuando el paladar no se cierra completamente, dejando una abertura que puede extenderse dentro de la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar. Puede extenderse desde la parte frontal de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando).

Paro cardiorespiratorio: Es la interrupción repentina y simultánea de la respiración y del funcionamiento del corazón debido a la relación que existe en el sistema respiratorio y circulatorio.

Pericardio: Membrana que envuelve al corazón. Forma una bolsa que recubre completamente el corazón y el inicio de los grandes vasos. Sirve para separarlo de los órganos vecinos y para protegerlo de lesiones.

Pericardiocentesis: La pericardiocentesis consiste en la extracción de líquido del saco pericárdico mediante un catéter.

Praxis: Práctica, en oposición a teoría o teórica.

R

Rinoplastia: Operación quirúrgica para restaurar la nariz

Retroesternal: Retroesternal es una palabra que se utiliza para una locación del cuerpo, sería la parte del tórax por encima del diafragma. El dolor retroesternal es uno de los más comunes que llevan al infarto de miocardio, se les llama de esta manera porque está situado en la zona del pecho.

S

Serohemático: Dícese de algo referente al suero y a la sangre.

Sibilancias: Son un signo de que una persona puede estar presentando problemas respiratorios. El sonido de las sibilancias es más evidente cuando se exhala (expulsar el aire), pero también se puede escuchar al inhalar (tomar aire).

T

Trasplante hepático ortotópico: Es la sustitución del Hígado enfermo del paciente por otro procedente de un donante cadáver.

Turgencia cutánea: Es un signo comúnmente utilizado por los trabajadores en el campo de la salud para evaluar el grado de pérdida de líquidos o deshidratación.

U

Ultrasonido: Consiste en el uso de ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes de órganos y sistemas dentro del cuerpo.

V

Varices: Son dilataciones venosas que se caracterizan por impedir que la sangre retorne de forma eficaz al corazón (insuficiencia venosa). Se producen por una alteración de las válvulas venosas, que al no cerrarse como es debido, hacen que la sangre se acumule en las venas, haciendo que se dilaten.

Ventana cardíaca subxifoidea: Método de detección de lesiones cardíacas ocultas.

