

Plan de cuidados de Enfermería en un paciente con gangrena de Fournier

Elvira Hernández Juárez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª Planta. Avda Complutense s/n.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
elhernan@enf.ucm.es

Tutor
Enrique Pacheco del Cerro

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª Planta. Avda Complutense s/n.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
quique@enf.ucm.es

Resumen: La gangrena de Fournier puede definirse como una infección gangrenosa sobreaguda del revestimiento cutáneo de los órganos genitales, caracterizado por un comienzo brusco, rápida evolución y ausencia de causa aparente. Es una enfermedad poco conocida de escasa casuística y que, si no se trata correctamente, puede tener mal pronóstico y un potencial mutilante intenso con repercusiones físicas y emocionales para el paciente de alto alcance y por lo tanto constituye un reto para la enfermería. Se desarrolla un plan de cuidados de Enfermería en un paciente diagnosticado y operado de gangrena de Fournier aplicando las fases del Proceso Enfermero. La valoración se realizó en función de los Patrones Funcionales de salud de Marjory Gordon y se identificaron los problemas del paciente junto con los Resultados Esperados y las Intervenciones correspondientes. El Plan de Cuidados personalizado mejora la calidad asistencial y reduce la variabilidad de los cuidados enfermeros.

Palabras clave: Gangrena de Fournier-Cuidados. Enfermos-Cuidados-Planificación.

Abstract: Fournier gangrene is defined as an acute infection of the lining gangrenous skin of the genital organs, characterized by an abrupt onset, rapid progression and no apparent cause. It is a rare, little known disease with few cases and. If it is not properly treated it can have a bad prognosis and a considerable crippling potential with physical and mental effects for patients. It is therefore a challenge for nursing. We develop a plan of nursing care in a patient diagnosed and operated on Fournier's gangrene applying the phases of nursing process. The assessment was based on the Functional Health Patterns Marjory Gordon and identified the patient's problems with the expected results and related interventions. The personalized Care Plan improves quality of care and reduces the variability of nursing care.

Keywords: Fournier's Gangrene-Care plan. Nursing care.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo de Grado es la elaboración de un Plan de Cuidados en un paciente con Gangrena de Fournier para garantizar una prestación de cuidados de calidad fundamentada en la completa información y atención personalizada e integral acorde con esta patología, favoreciendo así la continuidad asistencial y su independencia a través de este Plan de Cuidados.

El cuidado enfermero es un método dinámico que permite al profesional de enfermería identificar las respuestas humanas del paciente para establecer un plan de cuidados oportuno de intervenciones independientes y ofrecer una atención de calidad bajo la rigurosa metodología científica ya que el paciente que padece Gangrena de Fournier necesita unos cuidados especializados y una base segura en la implementación de estos.

Justificación del trabajo

Esta patología despertó mi interés por ser una enfermedad poco conocida de escasa casuística y que, si no se trata correctamente, puede tener mal pronóstico y un potencial mutilante intenso con repercusiones físicas y emocionales para el paciente. El impacto físico, psicológico, sexual y social que tiene esta patología, hace que el paciente necesite de cuidados enfermeros especializados y de calidad y por lo tanto, la gangrena de Fournier constituye todo un reto para el personal de enfermería.

Definición

Es una infección gangrenosa sobreaguda del revestimiento cutáneo de los órganos genitales, caracterizado por un comienzo brusco, rápida evolución y ausencia de causa aparente. Bajo el término de gangrena de Fournier se incluyen dos entidades diferentes desde el punto de vista etiológico: la clásica gangrena fulminante idiopática primaria descrita por Fournier y la gangrena escrotal secundaria. La primera también llamada Gangrena estreptocócica, Gangrena esencial o Gangrena idiopática⁽¹⁾.

El primer autor que publicó un caso de Gangrena peneoescrotal fue Baunienne en 1764. Posteriormente, Fournier en 1883 publicó varios casos definiendo por primera vez la entidad como una infección gangrenosa sobreaguda del revestimiento cutáneo de los órganos genitales, de comienzo brusco y de evolución rápida hacia la gangrena.

Fisiopatología

La Gangrena de Fournier es un cuadro sobreagudo que se inicia en pene, extendiéndose a escroto y zonas adyacentes, se aíslan en la mayoría de los casos estreptococos hemolíticos, E. Coli, difteroides y B. Frágiles. La Gangrena secundaria se debe a diversos factores desencadenantes y se inicia casi siempre en escroto y raramente en pene. La infección se propaga por los tegumentos peneoescrotales sin sobrepasar la túnica albugínea por lo que afecta únicamente el revestimiento cutáneo de pene y escroto dejando indemne el resto.

Clínicamente se presenta como una placa negra, a veces sobre discretas lesiones previas, con crepitación de la piel circundante y de extensión variable según el momento evolutivo en que consulte el paciente o acuda al hospital. El estado general del paciente puede ser desde bueno hasta estado de shock séptico.

El tiempo que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas hasta el inicio del shock séptico es variable. Es frecuente que la evolución sea insidiosa en personas de edad avanzada o debilitadas y explosivo en personas jóvenes⁽²⁾.

La isquemia, el edema y la inflamación del tejido subcutáneo reducen la PO_2 y permiten el crecimiento de los anaerobios estrictos (como Bacteroides), al tiempo que estimulan el metabolismo anaerobio de organismos facultativos (como E. coli). Este metabolismo anaerobio suele producir hidrógeno y nitrógeno, gases relativamente insolubles, que se pueden acumular en los tejidos subcutáneos y hacer que crepiten o que aparezca gas en el mismo (detectable con radiología)⁽³⁾.

La Gangrena de Fournier se ve favorecida por patologías asociadas como: diabetes, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, ingesta excesiva de alcohol (enólica), trastorno de la fagocitosis, enfermedades de los pequeños vasos sanguíneos; el factor más frecuente es la diabetes y la ingestión enólica.

Síntomas y signos de la gangrena de Fournier

La zona afectada suele ser muy dolorosa y la piel que la recubre aparece roja, caliente y edematosa. Cuando la lesión progresa, se produce una pérdida de coloración violácea, con ampollas, crepitación y gangrena dérmica. La fiebre aparece casi siempre y se acompaña característicamente de toxicidad sistémica, con taquicardia y alteraciones del estado mental que oscilan desde la confusión al estupor. Con frecuencia se reconocen signos de depleción del volumen intravascular, como hipotensión^(3,4)

Epidemiología

La Gangrena de Fournier se puede ver en todas las edades pero es mas frecuente encontrarla en la edad comprendida entre 20 y 50 años de edad⁽²⁾, la mortalidad está

cifrada en torno al 40% de los casos^(5,6) y afecta sobre todo a varones con una proporción 10:1, esto es debido probablemente al mejor drenaje de la región perineal en la mujer⁽⁷⁾.

Tratamiento

En los cultivos se pueden detectar varias bacterias en cada paciente, tal vez por el gran sinergismo bacteriano en el desarrollo de la infección. El tratamiento debe ser inmediato e incluirá la estabilización hemodinámica del paciente y el inicio de antibioticoterapia sistémica de amplio espectro y efectuando resección y desbridamiento quirúrgico, los antibióticos deben cubrir aerobios y anaerobios y se ajustaran tras recibir el antibiograma.

El tratamiento quirúrgico consiste en desbridamiento quirúrgico amplio de todo el tejido gangrenado y necrótico que debe incluir el tejido subcutáneo y la piel suprayacente, en la mayoría de los casos no es necesario desbridar la fascia o plano muscular con la colocación de múltiples drenajes en los mismos. Posteriormente se realizaran curas con solución de Polihexanida⁽⁸⁾ combinada con apósito de hidrofibra (aquacel Ag)⁽⁹⁾ para el control de exudado y de la infección mediante cura húmeda. Se resalta que el éxito del tratamiento está directamente relacionado al tiempo de inicio del mismo y los cuidados adaptados al paciente⁽¹⁰⁾.

Complicaciones

Las más frecuentes son la insuficiencia renal aguda y la insuficiencia respiratoria (distress respiratorio), seguido de insuficiencia cardiaca aguda, neumonía, hemorragia cerebral, coagulopatía, acidosis y extensión de la gangrena al tronco⁽¹¹⁾. La depresión psíquica puede aparecer en el curso del postoperatorio, en especial en casos graves⁽¹²⁾. Normalmente pueden producirse secuelas tales como deformación local, escrotal o peneana y algunos trastornos sexuales⁽¹³⁾.

OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS

- Mejorar la calidad de atención que se brinda a el pacientes con gangrena de Fournier a través de un plan de cuidados de cuidados utilizando la metodología NNN⁽¹⁴⁾ basándonos en sus necesidades particulares.
- Reducir significativamente la estancia media hospitalaria del paciente con gangrena de Fournier.
- Reducir la variabilidad asistencial en la práctica del cuidado de este tipo de enfermos.

- Identificar los diagnósticos enfermeros NANDA y sus factores relacionados con las características definitorias correspondientes.
- Identificar los Resultados en el paciente mediante los criterios NOC y determinar el nivel adecuado de estos Resultados esperados mediante su evaluación.
- Identificar las Intervenciones enfermeras en la gangrena de Fournier y sus actividades.

METODOLOGÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Enfermería (P.E.). Este método, permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es sistemático porque consta de cinco pasos (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) durante los cuales el profesional lleva a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos. Alfaro define el proceso de Enfermería como: "El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería"⁽¹⁵⁾. El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas puesto que trata a la persona como un todo "biopsico-social-espiritual" un individuo único, que necesita cuidados de enfermería enfocados específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

Metodológicamente, en la elaboración del Plan de cuidados se valorará al paciente con Gangrena de Fournier mediante los Patrones Funcionales de M. Gordon (1982).

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo⁽¹⁶⁾. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta para este Plan de cuidados. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, y son interactivas e independientes. Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera: Patrón 1: Percepción-manejo de la salud; Patrón 2: Nutricional-metabólico; Patrón 3: Eliminación; Patrón 4: Actividad-ejercicio; Patrón 5: Sueño-

descanso; Patrón 6: Cognitivo-perceptual; Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto; Patrón 8: Rol-relaciones; Patrón 9: Sexualidad-reproducción; Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés; Patrón 11: Valores-creencias.

Para establecer las Intervenciones de enfermería de este Plan de cuidados se han identificado en primer lugar, los Diagnósticos necesarios en cada Patrón Funcional alterado según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁽¹⁷⁾ y el juicio clínico en función de los factores relacionados y las características definitorias atendiendo también el Dominio y la Clase; se han establecido los Resultados según la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification)⁽¹⁸⁾ con los indicadores de evaluación correspondientes ya que de esta manera se pueden evidenciar los cambios de salud del paciente, a lo largo de un continuo, atribuibles a los cuidados enfermeros y se han propuesto para finalizar las Intervenciones siguiendo la taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification)⁽¹⁹⁾ con sus actividades a desarrollar en nuestra práctica clínica que son las acciones específicas que las enfermeras realizan para poner en práctica una intervención y que ayudan a los pacientes a obtener el resultado deseado. Estas taxonomías están reconocidas y aceptadas internacionalmente y son precursoras del lenguaje común enfermero estandarizado en la Alianza de las interrelaciones NANDA-NOC-NIC ya que proporcionan una terminología clínicamente útil⁽¹⁴⁾.

El plan de cuidados del paciente con gangrena de Fournier contempla dos tipos de intervenciones: las independientes y las de colaboración o interdependientes. Las primeras nacen del juicio enfermero, de la base de conocimientos y experiencia⁽²⁰⁾; las segundas son: problemas de colaboración derivadas de juicios clínicos de otros profesionales como técnicas que otros profesionales ordenan realizar o que el personal de enfermería tiene que colaborar en su realización, pruebas diagnósticas en las que se debe colaborar, coordinar y preparar al paciente y prescripciones como medicamentos, dieta, oxigenoterapia, prescripción de reposo, nutrición enteral, que ordena otro profesional y que tiene que realizar el profesional de enfermería.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

Plan de cuidados de un paciente ingresado en el servicio de cirugía general del hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” durante 10 días, diagnosticado y operado de una Gangrena de Fournier. Los cuidados que se detallan a continuación se centran precisamente en este periodo ya que con posterioridad se deriva al paciente para reconstrucción al servicio de cirugía plástica en el que evoluciona favorablemente y es dado de alta al mes de su ingreso.

SITUACIÓN CLÍNICA

Es un varón de 50 años, fumador de 40 cig/d y con antecedentes de toracotomía por herida de bala en tórax durante el Servicio Militar. Sin alergias conocidas y sin hábitos tóxicos.

Paciente diagnosticado de Gangrena de Fournier y que fue ingresado en el servicio de cirugía general después de realizarle desbridamiento de herida bajo anestesia general con apertura amplia de la lesión gangrenosa del periné y escroto, con liberalización del testículo y de la albugínea testicular izquierda, lavado con agua oxigenada y exéresis de todo el tejido necrótico.

Datos de laboratorio en el ingreso. Gases: pH: 7,35; pCO₂: 40 mmHg; pO₂ 90mmHg; CO₃H: 24mEq/l. Hematíes: 4.5/mm³, Htc: 42 %, Hg: 13 g/dl, leucocitos: 21,65/ mm³ (N/93,4, L/2.7, M/ 3.7, E/ 0.1), glucosa 100 mg/dl, urea 60mg/dl, Creatinina 1.9 mg/dl, amilasa 22 u/l, GOT 16 u/l, GPT 15 u/l, Bilirrubina T/D 0.32/0.23 mg/dl, Na 127 mEq/l, K 4.8 mEq/l, calcio 7.2 mg/dl.

Estudio de coagulación: INR 1.15, T^º cefalina 25,3 sg, T^º Protombina 68,8%, Fibrinógeno 300,6 mg/dl, Plaquetas 117 mm³.

Sistemático de Orina: Ph 7, Densidad 1013gr/cm³. Cuerpos cetónicos, bilirrubina, sangre, nitritos: negativo.

ECG en ritmo sinusal a 100Lpm y Q en III. Tensión arterial 111/70.

TAC abdominopélvico: Enfisema subcutáneo con edema de tejido celular subcutáneo sugestivo de celulitis necrotizante.

En el cultivo del líquido extraído de la herida crece S aureus y C albicans.

Rx torax: Condensación pulmonar en la base derecha.

Tratamiento

- Reposo absoluto y cama a 40°.
- O₂ a 3Lx continuo con gafas nasales.
- Cuidados y vigilancia de la herida.
- Dieta oral blanda hasta tolerancia de dieta normal.
- Cefotaxima 2 gr/6h ev.

- Linezolid 600 mg/12h ev.
- Metronidazol 500 mg/8h ev.
- Hibor 3500u/24h sc.
- Pantoprazol 40 mg/24h ev.
- Seguril ½ amp/12h ev.
- Perfelgan 1gr/8h ev.
- Nolotil 1 amp/8h ev alternando con anterior.
- Lexatin 1,5 Mgr/ 8h vo.
- Aerosoles/ 8h con Atrovent 250 Micgr + pulmicor 0,5 + mucosan 1 amp. en 2cc con ssf.
- Fluidos: Vamin glucosa 500 cc/8h ev.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

P 1. Percepción/manejo de la salud

Es un varón de 50 años, que vive con su esposa y dos hijos varones. Actualmente en paro después de que cerraran la empresa donde trabajaba de administrativo.

Fumador de 40 cig/d y con antecedentes de toracotomía por herida de bala en tórax durante el Servicio Militar y Leucocitosis a su ingreso diagnosticado de gangrena de Fournier. Sin alergias conocidas y sin hábitos tóxicos.

Se le realizó en quirófano desbridamiento de herida con apertura amplia de la lesión gangrenosa del periné y escroto, con liberalización del testículo y de la albugínea testicular izquierda. Herida abierta infectada con drenaje de Penrose.

Procedimientos invasivos: Portador de vía venosa central en brazo derecho, vía venosa periférica en brazo izquierdo y sonda vesical tipo Foley de 16 CH.

Paciente tratado con heparina cálcica.

El paciente cursa con cuadro de confusión mental y episodios de agitación psicomotriz a los tres días de su ingreso en la planta intentando levantarse de la cama

sin ningún fin y retirase los apósitos que cubren la herida; es visto por el psiquiatra y le añade medicación para frenar el cuadro.

P 2. Nutricional-metabólico

El apetito lo tiene muy disminuido y su esposa nos dice que aunque le insiste no quiere comer casi nada y que lo que bebe es porque le obliga constantemente.

La dieta será oral y progresiva según tolerancia y precisará de mucha hidratación debido a la herida abierta y los problemas respiratorios.

Temperatura de 38,5°C y picos febriles.

Las mucosas de la nariz y garganta están alteradas por la sequedad que le produce la oxigenoterapia y los aerosoles. Piel y mucosas pálidas.

P 3. Eliminación

Sus hábitos de evacuación eran regulares (una vez al día por la mañana) pero durante su ingreso en la planta, el paciente afirma que tiene dificultades para defecar y que se encuentra muy incómodo e hinchado. Dificultades para defecar, molestias y vientre hinchado.

P 4. Actividad-ejercicio

Dificultad respiratoria con secreciones de pequeña cantidad, turbia y espesas. Tos áspera e intermitente y disnea.

Con oxígeno con gafas nasales y aerosolterapia.

Limitaciones para el movimiento debido a herida abierta en región perineal.

Dificultades para moverse en la cama, limitación de la capacidad de movimiento y limitación de la capacidad de las habilidades motoras groseras. Capacidad percibida (0=independiente; 4=dependiente) para alimentarse 3/4, bañarse 3/4, movilidad general 3/4, movilidad en cama 3/4, arreglarse 3/4 y vestirse 3/4.

P 5. Sueño-descanso

El paciente expresa que no puede dormir bien y que no se siente descansado por ruidos que “hay en la noche en la planta” y porque le despiertan demasiadas veces para procedimientos. Sueño no reparador, insatisfecho con el sueño y sin continuidad.

P 6. Cognitivo-perceptual

El paciente cursa a los tres días de su ingreso en planta con cuadro de confusión mental con episodios de agitación psicomotriz e intranquilidad. No orientado en las tres esferas (tiempo, espacio y persona). Dificultades para tomar decisiones y dificultad para concentrarse. Capacidad de raciocinio alterada, juicio incorrecto y delirio.

También tiene mucho dolor en la zona perineal desbridada.

Malestar general.

P 7. Autopercepción-autoconcepto

Siente mucho miedo por el proceso, su evolución y los procedimientos en la realización de las curas. Está irritable, agitado y nervioso. Verbaliza el cambio sufrido en su cuerpo con tristeza, enojo y sentimientos negativos hacia su estado, dirigiendo la mirada hacia la herida con gesto contrariado y el ceño fruncido.

Refiere ansiedad con relación con la evolución de su cuadro y desconocimiento acerca de su condición actual y patología. Apoyo principal: familiar y psicológico.

P 8. Rol-relaciones

La familia vive con preocupación la enfermedad y la evolución de esta.

P 9. Sexualidad-reproducción

Patrón sin datos destacables en el periodo de ingreso.

P 10. Adaptación-tolerancia al estrés

Patrón sin datos destacables en el periodo de ingreso.

P11. Valores-creencias

Patrón sin datos destacables en el periodo de ingreso.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIO DE RESULTADOS E INTERVENCIONES

PATRÓN 1º. PERCEPCIÓN/MANEJO DE LA SALUD

Diagnóstico enfermero: Riesgo de infección (00004). aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos. (Dominio 11. Seguridad/protección).

Factores de riesgo: defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel, traumatismo tisular), procedimientos invasivos, destrucción tisular

Criterio de resultados, (1103) Curación de la herida por segunda intención: Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Granulación: de ninguna a sustancial.
- Disminución del tamaño de la herida: de ninguna a sustancial.
- Secreción purulenta: de extensa a escaso.
- Secreción serosanguinolenta: de extensa a escaso.
- Edema perilesional: de extensa a escaso.
- Necrosis: ninguna.

Intervención, (3660) Cuidados de las heridas: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

Actividades:

- Controlar las características de la herida, drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar herida y aplicar antisépticos adecuados.
- Técnicas estériles de cuidados.
- Cambio de apósito según exudado y drenaje.
- Registro de cambios, localización, tamaño y apariencia de la herida.
- Ingesta de líquidos.

- Colocación de mecanismos de alivio de presión.

Intervención, (3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico: Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

Actividades:

- Aplicar antibióticos tópicos.
- Aplicar emolientes.
- Aplicar desbridante.

Intervención, (6540) Control de infecciones: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Cambiar equipo de cuidados.
- Mantener técnicas de aislamiento.
- Limitar nº de visitas.
- Utilización de jabón antimicrobiano (familia, equipo de salud, vistas).
- Uso de guantes estériles.
- Asegurar técnica adecuada de cuidados.
- Administración de antibióticos.

Criterio de resultados, (0702) Estado inmune: Adecuada a la resistencia natural y adquirida contra antígenos internos y externos.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Estado respiratorio: gravemente comprometido a no comprometido.
- Estado genitourinario: gravemente comprometido a no comprometido.
- Temperatura corporal: gravemente comprometida a no comprometida.
- Recuento de leucocitos: gravemente comprometido a no comprometido.

- Infecciones recurrentes: Grave a ninguna

Intervención, (6550) Protección contra las infecciones: Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.

Actividades:

- Observar síntomas y signos de infección.
- Observar grado de vulnerabilidad del paciente.
- Vigilar el recuento de granulocitos y glóbulos blancos.
- Limitar nº de vistas.
- Mantener normas de asepsia.
- Obtener muestras de cultivo de exudados.
- Observar cambios de vitalidad y malestar.
- Fomentar respiraciones profundas.
- Retirar flores y plantas de la habitación.
- Habitación individual.
- Informar de las sospechas de infecciones.
- Informar de los cultivos positivos.

Criterio de resultados, (0703) Severidad de la infección: Gravedad de infección y síntomas asociados.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Supuración fétida: Grave a ninguna.
- Supuración purulenta: grave a ninguna.
- Fiebre: Grave a ninguna.
- Malestar general: Grave a leve.
- Colonización en el hemocultivo: Grave a ninguno.

- Colonización del cultivo de la herida: Grave a ninguno.
- Colonización del urocultivo: grave a ninguno.

Intervención, (6540) control de infecciones: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Cambiar equipo de cuidados.
- Aislar a la persona y mantener técnicas de aislamiento.
- Limitar nº de vistas.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos antes y después de las actividades de cuidados.
- Usar guantes y precauciones universales.
- Mantener ambiente aséptico durante la inserción de vías en el paciente.
- Mantener ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y sueros.
- Cambiar los sitios de línea IV periférica, central y vendajes con asepsia.
- Técnicas de cuidados de heridas adecuadas.
- Administrar antibióticos.

Intervención, (1876) Cuidados del catéter urinario: Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.

Actividades:

- Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del drenaje urinario.
- Limpiar el catéter urinario por fuera del meato.
- Colocar el drenaje de forma que favorezca el drenaje.
- Colocar la bolsa al pie de la cama.

- Observar si hay distensión de vejiga.

Diagnóstico enfermero, Protección ineficaz (00043): disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones. (Dominio 11. Seguridad/protección).

Factores de riesgo: Farmacoterapia (anticoagulantes).

Criterio de resultados, (0409) Coagulación sanguínea: Alcance de los coágulos sanguíneos dentro de un periodo normal de tiempo.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Sangrado: leve o ninguno.

Intervención, (4010) Prevención de hemorragias: Disminución de los estímulos que pueden inducir hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas.

Actividades:

- Observar si hay síntomas de hemorragia.
- Realizar estudios de coagulación completos.
- Controlar signos vitales ortostáticos, incluyendo presión sanguínea.
- Vigilar de cerca en los procedimientos invasivos si hay hemorragia.

Diagnóstico enfermero, Riesgo de caídas (00155): aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico (Dominio 11. Seguridad/protección).

Factores de riesgo: disminución del estado mental.

Criterio de resultados, (1909) Conducta de prevención de caídas: acciones personales o del cuidador para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Colocación de barreras para prevenir caídas: Siempre demostrado.
- Agitación e inquietud controladas: de nunca demostrado a siempre demostrado.

Intervención, (6490) Prevención de caídas: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

- Identificar las conductas y los factores que afectan al riesgo de caídas.
- Utilizar las barandillas laterales adecuadas.

Intervención, (6486) Manejo ambiental seguridad: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Actividades:

- Identificar la seguridad según la función cognoscitiva.
- Identificar riesgos de seguridad.
- Disponer dispositivos de adaptación y de protección para limitar movilidad.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIO DE RESULTADOS E INTERVENCIONES

PATRÓN 2º. NUTRICIONAL-METABÓLICO

Diagnóstico enfermero, Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028): riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular (Dominio 2. Nutrición).

Factores de riesgo: pérdida excesiva de líquidos a través de vías anormales.

Criterio de resultados, (0600) Equilibrio electrolítico y ácido base: Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelular y extracelular.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Frecuencia cardiaca y ritmo cardiaco: no comprometido
- Frecuencia y ritmo respiratorio: : no comprometido
- Sódio, potasio, cloruro, cálcio, PH, albumina, creatinina, bicarbonato séricos: No comprometidos.

Intervención, (2080) Manejo de líquidos/electrolitos: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.

Actividades:

- Observar si los niveles de electrolitos son anormales en las analíticas.
- Observar y controlar los valores de laboratorio relevantes de equilibrio de líquidos.
- Control y registro de ingesta y eliminación.
- Vigilar signos vitales por si hubiera pérdida de líquidos.
- Administrar líquidos y electrolitos vía endovenosa a flujo constante e informar si hay síntomas de desequilibrio.

Diagnóstico enfermero, Hipertermia (00007): elevación de la Temperatura corporal por encima del rango normal (Dominio 11. Seguridad/protección).

Factores relacionados: Enfermedad.

Criterio de resultados, (0800) Termorregulación: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Temperatura cutánea aumentada: de sustancial a ninguna.
- Cefalea: de sustancial a ninguna.
- Dolor muscular: de sustancial a ninguna.
- Somnolencia: de sustancial a ninguna.
- Deshidratación: de sustancial a ninguna.

Intervención, (3740) Tratamiento de la fiebre: Actuación ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales.

Actividades:

- Tomar temperatura y observar color de la piel.
- Comprobar presión sanguínea, pulso y respiración.

- Vigilar niveles de conciencia.
- Administrar medicación antipirética y medicamentos para tratar la causa de la fiebre.
- Fomentar la toma de líquidos.
- Cubrir sólo con sábana.

Diagnóstico enfermero, Deterioro de la mucosa oral (00045): alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral (Dominio 11. Seguridad/protección).

Factores relacionados: irritantes químicos.

Criterio de resultados, (1101) Integridad tisular, piel y membranas mucosas: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Sensibilidad: de sustancialmente comprometida a no comprometida.
- Elasticidad: de sustancialmente comprometida a no comprometida.
- Piel intacta: de sustancialmente comprometida a no comprometida.
- Lesiones de las membranas mucosas: de sustancial a ninguna.

Intervención, (1730) Restablecimiento de la salud bucal: Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal.

Actividades:

- Fomentar enjuagues de boca según protocolo del centro.
- Determinar la percepción del paciente sobre cambios de gustos, deglución y comodidad.
- Ayudar a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos a temperatura ambiente.
- Observar síntomas de glositis.
- Aumentar líquidos orales.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIO DE RESULTADOS E INTERVENCIONES

PATRÓN 3º. ELIMINACIÓN

Diagnóstico enfermero, estreñimiento (00011): reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas (Dominio 3. Eliminación e intercambio).

Factores relacionados: opiáceos, sedantes y actividad física insuficiente.

Criterio de resultados, (0501) Eliminación intestinal: Capacidad del tacto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Cantidad de heces en relación con la dieta: de gravemente comprometido a no comprometido.
- Heces blandas y formadas: de gravemente comprometido a no comprometido.
- Facilidad de eliminación de heces.

Intervención, (0450) Manejo del estreñimiento/impactación: Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.

Actividades:

- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Fomentar ingesta de líquidos y dieta rica en fibra.
- Dar laxantes/ablandadores de heces o enema según indicación.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIO DE RESULTADOS E INTERVENCIONES

PATRÓN 4º. ACTIVIDAD-EJERCICIO

Diagnóstico enfermero, limpieza ineficaz de las vías respiratorias (00031): incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables (Dominio 11. Seguridad/protección).

Factores relacionados: tabaquismo y secreciones bronquiales.

Criterio de resultados, (0410) Estado respiratorio, permeabilidad de las vías respiratorias: grado en que las vías traqueobronquiales permanecen abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Facilidad respiratoria: de sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Frecuencia respiratoria: de sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Ritmo respiratorio: de sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias: de sustancialmente comprometido a no comprometido.

Intervención, (3140) Manejo de las vías aéreas: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Actividades:

- Colocación del paciente en una posición que permita un potencial de ventilación máximo y alivio de disnea.
- Realizar fisioterapia respiratoria.
- Eliminar secreciones fomentando tos eficaz o succión.
- Fomentar una respiración lenta, giros y tos.
- Auscultar ruidos respiratorios, disminución o ausencia de ventilación.
- Administrar broncodilatadores y aerosoles.

- Administrar oxígeno.

Diagnóstico enfermero, Patrón respiratorio ineficaz (00032): la inspiración o espiración no proporciona una ventilación apropiada (Dominio 4. Actividad/reposo).

Factores relacionados: síndrome de hipoventilación.

Criterio de resultados, (0403) Estado respiratorio ventilación: Movimiento de entrada y salida de aire en los pulmones.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Facilidad de la inspiración: de sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Expulsión de aire: de sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Broncofonía: de sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Auscultación de ruidos respiratorios: de sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Respiración con labios apretados: de sustancial a ninguno.
- Disnea de reposo: de sustancial a ninguno.
- Ortopnea: de sustancial a ninguno.

Intervención, (3390) Ayuda a la ventilación: Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Actividades:

- Mantener la vía permeable.
- Colocación adecuada para alivio de disnea, ventilación/perfusión.
- Observar fatiga respiratoria.
- Monitorizar oxigenación con pulxiosímetro.
- Mantener oxígeno según prescripción.
- Administrar medicación contra el dolor para evitar hipoventilación.

- Administrar medicamentos que favorezcan la permeabilidad de la vía aérea.

Diagnóstico enfermero, Deterioro de la movilidad en la cama (00091): limitación de movimiento independiente para cambiar de postura en la cama. (Dominio 4. Actividad/reposo).

Factores relacionados: deterioro del estado físico y dolor.

Criterio de resultados, (0204) Consecuencias de la inmovilidad, fisiológicas: Grado de compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Úlceras por presión: Ninguno.
- Fuerza muscular: No comprometido.
- Tono muscular: No comprometido.

Intervención, (0740) Cuidados del paciente encamado: Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

Actividades:

- Utilizar colchón terapéutico.
- No utilizar ropa áspera.
- Cama limpia, seca libre de arrugas.
- Utilizar base de apoyo para los pies.
- Vigilar estado de la piel.
- Enseñar ejercicios en la cama y facilitar cambios de peso corporal.
- Ejercicios de movimientos pasivos.

Diagnóstico enfermero, Déficit autocuidado: alimentación (00102): deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación (Dominio 4. Actividad/reposo).

Factores relacionados: debilidad y malestar.

Criterio de resultados, (0303) Autocuidados comer: capacidad para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Corta la comida y la coge con utensilios: sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Bebe de la taza: sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Finaliza la comida: sustancialmente comprometido a no comprometido.

Intervención, (1803) Ayuda con los autocuidados, alimentación: Ayudar a una persona a comer.

Actividades:

- Poner la bandeja y la mesa.
- Proporcionar alivio del dolor antes de la comida.
- Arreglar la comida en la bandeja y abrir alimentos empaquetados.
- Colocar al paciente en posición cómoda y ayudarlo a beber.

Diagnóstico enfermero, Déficit autocuidado, baño/higiene (00108): deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/higiene (Dominio 4. Actividad/reposo).

Factores relacionados: debilidad.

Criterio de resultados, (0301) Autocuidados, baño: Capacidad para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Se lava la cara: sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Se lava la parte superior del cuerpo: sustancialmente comprometido a no comprometido.

Criterio de resultados, (0305) Autocuidados, higiene: Capacidad para mantener la higiene corporal y un buen aspecto independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Se lava las manos, los oídos: sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Mantiene higiene bucal: sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Se afeita: sustancialmente comprometido a no comprometido.

Intervención, (1801) Ayuda con los autocuidados, baño/higiene: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado al pie de cama.
- Proporcionar los objetos personales.
- Proporcionar ayuda para que sea capaz de asumir los autocuidados.

Diagnóstico enfermero, Déficit autocuidado, uso del WC (00110): deterioro de la habilidad para realizar o completar por si mismo las actividades de uso del orinal o WC (Dominio 4. Actividad/reposo).

Factores relacionados: debilidad.

Criterio de resultados, (0310) Autocuidados uso del inodoro: Capacidad para utilizar el inodoro independientemente con o sin mecanismos.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Reconoce y responde a la urgencia de defecar: sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Se coloca en la cuña: sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Evacua y se limpia después de defecar: sustancialmente comprometido a no comprometido.

Intervención, (1804) Ayuda con los autocuidados, aseo: Ayudar a otra persona en la eliminación.

Actividades:

- Ayudar con la cuña y quitar la ropa esencial para la eliminación.

- Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.
- Disponer intimidad.
- Facilitar el aseo después de la eliminación y cambiar de ropa.

Diagnóstico enfermero, Déficit autocuidado, vestido/acicalamiento (00109): deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal (Dominio 4. Actividad/reposo).

Factores relacionados: debilidad y malestar.

Criterio de resultados, (0302) Autocuidados, vestir: Capacidad para vestirse independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Se pone y se quita la ropa en la parte superior del cuerpo: sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Se abrocha: sustancialmente comprometido a no comprometido.

Intervención, (1802) Ayuda con los autocuidados, vestir/arreglo personal: ayudar a un paciente con las ropas y el maquillaje.

Actividades:

- Disponer las prendas en una zona accesible.
- Ayudar a vestirle, si lo necesita.
- Facilitar el peinado del cabello.
- Facilitar que se afeite.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIO DE RESULTADOS E INTERVENCIONES

PATRÓN 5º. SUEÑO-DESCANSO

Diagnóstico enfermero, Trastorno del patrón del sueño (00198): interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos (Dominio 4. Actividad/reposo).

Factores relacionados: interrupciones y ruidos.

Criterio de resultados, (0004) Sueño: suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Cinco horas de sueño al día como mínimo: sustancialmente comprometido a no comprometido.
- Sueño eficiente: sustancialmente comprometido a no comprometido.

Intervención, (1850) Mejorar el sueño: facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia

Actividades:

- Comprobar el esquema de sueño del paciente y las circunstancias físicas por las que no duerme (dolor, disnea) o psicológicas (miedo o ansiedad).
- Ajustar el ambiente (luz, ruido,) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar el estrés.
- No tomar bebidas que interrumpan el sueño.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño.
- Ajustar la administración de las medicaciones fuera del horario nocturno.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIO DE RESULTADOS E INTERVENCIONES

PATRÓN 6º. COGNITIVO-PERCEPTUAL

Diagnóstico enfermero, Confusión aguda (00128): inicio brusco de trastorno reversible de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo. (Dominio 5. Percepción/cognición).

Factores relacionados: delirio.

Criterio de resultados, (0901) Orientación cognitiva: Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Se autoidentifica: Gravemente comprometido a no comprometido.
- Identifica a los seres queridos: Gravemente comprometido a no comprometido.
- Identifica el lugar donde está y el día presente: Gravemente comprometido a no comprometido.
- El año y mes actual: Gravemente comprometido a no comprometido.
- Identifica los eventos actuales: Gravemente comprometido a no comprometido.

Intervención, (4820) Orientación de la realidad: Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente.

Actividades:

- Enfocar la situación con amable firmeza, amistad activa, hechos concretos.
- Informar acerca de las personas, lugares y tiempo.
- Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente.
- Proporcionar objetos que simbolicen identidad y establecer un ambiente de baja estimulación.
- Dirigirse al paciente por su nombre de forma calmada, calmada y sin prisas.
- Estimular memoria y dar ordenes de una a una.

Intervención, (6440) Manejo del delirio: Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confuso agudo.

Actividades:

- Identificar la etiología y eliminar las causas.
- Ayudar a reconocer los miedos y sentimientos del paciente.
- Proporcionar información sobre lo que sucede y dar seguridad.
- Administrar medicación para ansiedad y agitación.
- Crear un ambiente sin peligros y disponer un nivel adecuado de supervisión.

Diagnóstico enfermero, Dolor agudo (00132): experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses (Dominio 12. Confort).

Factores relacionados: agentes lesivos.

Criterio de resultados, (2102) Nivel del dolor: Intensidad del dolor referido o manifestado.

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Dolor referido: de grave a leve.
- Duración de los episodios del dolor: de grave a leve.
- Expresiones faciales del dolor: de grave a leve.
- Inquietud: de grave a leve.
- Pérdida de apetito: de grave a leve.

Intervención, (1400) Manejo del dolor: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Valoración exhaustiva del dolor con características, aparición/duración, frecuencia, calidad y severidad.
- Dar cuidados analgésicos y explorar los factores que alivia o empeora el dolor como las curas y desbridación de herida.
- Proporcionar información acerca del dolor, sus causas y los principios del dolor.
- Establecer estrategias de alivio del dolor no farmacológicas.
- Control del dolor antes de que sea severo.
- Utilizar enfoques multidisciplinarios.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIO DE RESULTADOS E INTERVENCIONES

PATRÓN 7º. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Diagnóstico enfermero, Ansiedad (00146): sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza (Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés).

Factores relacionados: el estado de salud y estrés.

Criterio de resultados, (1211) Nivel de ansiedad: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

- Indicadores y puntuación diana del resultado.
- Desasosiego, impaciencia, inquietud, tensión facial, irritabilidad: de grave a leve.
- Aprensión y ansiedad verbalizada: de grave a leve.
- Aumento de la presión sanguínea, frecuencia respiratoria, velocidad de pulsos: de grave a leve.
- Sudoración y cambio en las pautas de alimentación.

Intervención, (5820) Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Enfoque sereno y seguro de la situación estresante para reducir miedo y ansiedad
- Informar del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- Escuchar activamente sentimientos, percepciones y miedos creando ambientes de confianza.
- Identificar las situaciones que precipitan ansiedad y realizar una descripción realista.

- Administrar medicación para reducir ansiedad.

Diagnóstico enfermero, Temor (00148): respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro (Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés).

Factores relacionados: Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante.

Criterio de resultados, (1210) Nivel de miedo: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada y surgida de una fuente identificable

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Falta de confianza: de nunca demostrado a frecuentemente demostrado.
- Irritabilidad e inquietud: de nunca demostrado a frecuentemente demostrado.
- Preocupación de la fuente del miedo: de nunca demostrado a frecuentemente demostrado.
- Tensión facial y muscular: de nunca demostrado a frecuentemente demostrado.
- Temor verbalizado: de nunca demostrado a frecuentemente demostrado.

Intervención, (5618) Enseñanza procedimiento/tratamiento: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades:

- Informar del momento en que se realizará el procedimiento, del tiempo de duración y de la persona que lo realizará.
- Reforzar confianza y explicar propósito del procedimiento/tratamiento y sus actividades.
- Enseñar como cooperar.
- Enseñar equipo necesario y lo que sentirá, verá y olerá durante el procedimiento/tratamiento.
- Enseñar al paciente a utilizar técnicas de relajación.

- Corregir expectativas irreales del procedimiento/tratamiento.
- Dar tiempo para que haga preguntas y discuta inquietudes.

Intervención, (5230) Aumentar el afrontamiento: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades:

- Valorar la situación vital que vive el paciente y la comprensión del proceso de enfermedad.
- Utilizar un enfoque sereno.
- Ayudar a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Proporcionar información realista del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Alentar actitudes de esperanza.

Diagnóstico enfermero, Trastorno de la imagen corporal (00118): Confusión en la imagen mental del yo físico. (Dominio 6. Autopercepción).

Factores relacionados: lesión, cirugía.

Criterio de resultados, (1200) Imagen corporal: Percepción positiva de la imagen y de las funciones corporales

Indicadores y puntuación diana del resultado:

- Adaptación a cambios en el aspecto físico: Nunca positivo a veces positivo.
- Adaptación a cambios de las funciones corporales: Nunca positivo a veces positivo.
- Adaptación a cambios en el estado de salud: Nunca positivo a veces positivo.
- Adaptación a cambios corporales por cirugía: Nunca positivo a veces positivo.

Intervención, (5220) Potenciación de la imagen corporal: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

Actividades:

- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad y cirugía.
- Ayudar a determinar el alcance real de los cambios.
- Ayudar a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal y las percepciones que tienen de la enfermedad el paciente y la familia.

INTERVENCIONES DERIVADAS DEL JUICIO CLÍNICO DE OTROS PROFESIONALES

Técnicas:

(4190) Punción intravenosa: inserción de una aguja en una vena periférica al efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos.

Actividades:

- Instruir del procedimiento y realizar técnica aséptica.
- Seleccionar la vena apropiada y tipo de abocath.
- Poner torniquete, limpiar zona según protocolo, insertar abocath y fijarlo también según protocolo.

(2440) Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV): manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados.

Actividades:

- Mantener técnica aséptica siempre que se manipule el catéter.
- Mantener precauciones Universales.
- Determinar frecuencia de flujo, capacidad de depósito y colocación bombas de infusión.
- Cambiar sistemas, vendajes y tapones según protocolo.
- Utilizar agentes fibrinolíticos para permeabilizar catéter ocluidos y observar signos de oclusión.
- Llevar un registro y observar si hay signos y síntomas de infección local.

(4220) Cuidados del catéter central insertado periféricamente: inserción y mantenimiento de un catéter central insertado periféricamente.

Actividades:

- Identificar los fármacos irritantes que deben administrarse centralmente.
- Explicar el propósito del catéter.
- Seleccionar vena adecuada y determinar por Rx la punta del catéter.
- Colocar al paciente de forma supina y medir la distancia para la inserción del catéter.
- Indicar que gire la cabeza hacia el brazo que ha de canalizarse y que deje caer la barbilla sobre el pecho.
- Insertar catéter, conectar sistema, fijar catéter estéril transparente y poner fecha y hora.
- Observar signos de flebitis y utilizar técnica estéril para cambiar el vendaje en el sitio de la inserción.

(0580) Sondaje vesical: inserción de un catéter en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.

Actividades:

- Explicar procedimiento y reunir el equipo adecuado.
- Mantener técnica aséptica e insertar el catéter urinario.
- Utilizar un catéter pequeño y conectarlo a bolsa.
- Controlar ingesta y eliminación.

Pruebas diagnósticas:

(4238) Flebotomía, muestras de sangre venosa: extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.

Actividades:

- Revisar orden del médico y verificar la correcta identificación del paciente.

- Minimizar ansiedad del apaciente explicando procedimiento y crear intimidad.
- Seleccionar la vena y tipo de aguja.
- Seleccionar el tubo de muestra sanguínea.
- Mantener técnica aséptica y precauciones Universales.
- Insertar aguja a un ángulo de 20 a 30º y retirar muestra de sangre.
- Seguir protocolo del centro para enviar muestra a laboratorio de sangre.

(4232) Flebotomía, muestras de sangre arterial: extracción de una muestra sanguínea arterial de una vena sin canalizar.

Actividades:

- Palpar arteria braquial o radial para observar pulso y realizar test de Allen.
- Limpiar zona con solución adecuada.
- Poner heparina en la jeringa si precisa y extraer burbujas de aire.
- Insertar aguja en ángulo de 45º y extraer 2cc de sangre.
- Aplicar presión de 5 a 15 minutos.
- Mandar a laboratorio según protocolo del centro.

(7820) Manejo de muestras: obtener, preparar y preservar una muestra para un análisis de laboratorio.

Actividades:

- Obtener muestra según protocolo.
- Enseñar al paciente a recoger y presentar la muestra.
- Proporcionar recipiente y ayudar con la biopsia de un tejido u órgano.
- Ayudar con la aspiración de líquido de una cavidad corporal.
- Mandar a laboratorio según protocolo.

(7680) Ayuda en la exploración: proporcionar ayuda al paciente y al cuidador durante un procedimiento o examen.

Actividades:

- Asegurarnos de que se tiene el consentimiento y explicar procedimiento.
- Asegurar disponibilidad de equipos y crear intimidad.
- Preparar el sitio del procedimiento con precauciones Universales y técnica estricta.
- Vigilar estado del paciente durante el procedimiento y proporcionar apoyo emocional.
- Ayudar a mantener posición adecuada.
- Instruir sobre los cuidados posteriores al procedimiento.
- Prescripciones, medicamentos y otros.

(2304) Administración de medicación, oral: preparación y administración de medicamentos por la boca y seguimiento de la respuesta del paciente.

Actividades:

- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Determinar contraindicaciones y alergias del paciente.
- Comprobar las posibles interacciones y contraindicaciones.
- Observar fecha de caducidad del envase.
- Observar efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.
- Registrar los medicamentos administrados.

(2314) Administración de medicación, intravenosa (IV): preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.

Actividades:

- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.

- Determinar contraindicaciones y alergias del paciente.
- Comprobar incompatibilidades entre fármacos y fecha de caducidad.
- Preparar equipo para la administración de medicación y concentración adecuada.
- Verificar la permeabilidad del catéter y administrar medicación con velocidad adecuada.
- Limpiar la llave según protocolo.
- Valorar en el paciente la respuesta de la medicación.
- Documentar la administración de la medicación y respuesta del paciente.

(2311) Administración de medicación, subcutánea: preparación y administración de medicaciones por vía subcutánea.

Actividades:

- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Determinar contraindicaciones y alergias del paciente.
- Comprobar fechas de caducidad y elegir aguja correcta.
- Preparar dosis correctamente y elegir el lugar de la inyección.
- Alternar sistemáticamente los lugares de la inyección.
- Utilizar lugares abdominales al administrar heparina subcutánea.
- Administrar la inyección utilizando técnicas asépticas.
- Introducir la aguja en un ángulo entre 45 y 90°.
- Controlar efectos adversos de la medicación y documentar la administración y las respuestas del paciente.

(2311) Administración de medicación, inhalatoria: preparación y administración de medicamentos por inhalación

Actividades:

- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Determinar contraindicaciones y alergias del paciente.
- Determinar conocimientos de la medicación y comprensión del método de administración.
- Ayudar al paciente a utilizar el inhalador.
- Controlar las respiraciones del paciente y realizar auscultación pulmonar.
- Documentar la administración y las respuestas del paciente.

(4200) Terapia intravenosa: administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.

Actividades:

- Verificar orden de tratamiento, instruir al paciente y utilizar técnica aséptica.
- Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad de la solución y que el envase esté intacto.
- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Pinchar el envase con el equipo de administración y administrar los líquidos.
- Determinar incompatibilidad de la medicación.
- Administrar medicamentos según prescripción y observar resultados.
- Vigilar frecuencia de flujo, sitio de punción intravenosa y permeabilidad de vía.
- Realizar cuidados del sitio y mantener apósito.
- Registrar ingresos y pérdidas.
- Observar si hay flebitis y documentar terapia prescrita.

(1020) Etapas de la dieta: instruir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según tolerancia.

Actividades:

- Determinar la presencia de sonidos intestinales.
- Comprobar tolerancia.
- Hacer avanzar la dieta desde la ingestión de líquidos, dieta blanda, regular o especial según tolerancia.
- Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.

(5602) Enseñanza proceso de enfermedad: ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Evaluar nivel de conocimientos.
- Explicar fisiopatología de la enfermedad y revisar conocimientos sobre su estado.
- Describir signos y síntomas y proceso de la enfermedad.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente y dar seguridad.
- Comentar cambios en el estilo de vida y las complicaciones crónicas.
- Describir las recomendaciones de la terapia y tratamiento.
- Instruir para minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- Enseñar medidas para controlar y minimizar los síntomas.

(3320) Oxigenoterapia: administración de oxígeno y control de su eficacia.

Actividades:

- Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales.
- Restringir el fumar.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Administrar oxígeno a través de un sistema humidificado.

- Vigilar el flujo y la posición del dispositivo periódicamente.
- Comprobar eficacia de oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría).
- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno o ansiedad por la necesidad de él.
- Evitar lesiones de la piel.

EVALUACIÓN

El paciente desde que ingresó en la planta hace 10 días ha mejorado progresivamente en su situación clínica y hemodinámica. No se han infectado las vías: central o periférica, tampoco ha existido signos de infección urinaria.

Se han prevenido las caídas después de su cuadro de agitación psicomotriz.

El apetito ha mejorado y no existen signos ni síntomas de deshidratación. Se ha controlado la fiebre, y las mucosas de la nariz y la garganta las tiene más hidratadas.

La eliminación intestinal se ha regulado y en la actualidad realiza una deposición cada 2 días.

Los problemas respiratorios también han tenido una buena evolución y en la actualidad no existe disnea ni tos.

Sigue dependiente para los autocuidados debido a que la herida está abierta y le imposibilita moverse mínimamente, no obstante se encuentra animado y desea comenzar a levantarse después de la reconstrucción perineal. No tiene enrojecimiento en talones o espalda debido a los cuidados como paciente encamado.

El sueño puede decirse que es más reparador y se encuentra algo más descansado.

El cuadro de desorientación mental y agitación ha remitido encontrándose más sereno. Se acuerda con el paciente que antes de que se realicen los cuidados de la herida, se pone medicación para evitar el dolor y para que se tranquilice.

El aspecto de la zona desbridada ha mejorado ostensiblemente y no ha sangrado. Los parámetros analíticos se han normalizado y se deriva al paciente al servicio de cirugía plástica para la reconstrucción y reparación de la zona perineal desbridada hace 10 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams JR, Mata JA. Fournier's gangrene in children. Urology. 1999;35:439.
2. Blasco M, Llerena R, Acha M. Gangrena de Fournier. Presentación de 11 casos y revisión de la literatura. Arch Esp Urol. 1993;46:181.
3. Berkow R, Fletcher A, editores. El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica. 10ª ed. Barcelona: Doyma; 1999.
4. García San Miguel J. Infecciones por Anaerobios. En: Rozman C, director. Medicina interna. 16ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 23-42.
5. Cohen M, Tmir E, The diagnosis and treatment of Fournier's gangrene. Harefuac. 1998 Nov 1;135(9):360-3.
6. Flanigan RC, Kursh ED, McDougal WS, Persky L. Synergistic gangrene of the scrotum and penis secondary to colorectal disease. J Urol. 1978;119:367.
7. Navarro Mira M, Pérez-Pastor M, Sánchez Carazo JL. Gangrena de Fournier a propósito de un caso. Revista Internacional de dermatología y dermatocósmica clínica. 2001 Oct;4(7):458-60.
8. Rodríguez Cancio MC, Moresco Verdú A, Fernández Lorente G. Gangrena de Fournier: una batalla ganada. Curas tradicionales versus solución de Polihexanida. Rev Rol Enferm. 2008;31(11): 39-43.
9. Gago Ferrero MC, Rodríguez Montes ML, Díez Lage R, Fernández Nieto E. Cura húmeda sobre pérdida de sustância em gangrena de Fournier. Enfuro. 2010; 114: 20-24.
10. Mendoça Gondim K. Cuidado de un paciente con síndrome de Fournier. Educare21. [Internet] 2007; [citado 23 Dic 2010]; 37:(aprox.6 p) Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/>
11. Capelli-Schellpfeffer M, Gerber GS. The use of hyperbaric oxygen in urology. J Urol. 1999;162:647-54.
12. López Moya A, Montero Sánchez D, Navarro del Amo V. Utilización del proceso de atención en Enfermería: a propósito de dos casos de gangrena de Fournier. Enfuro. 1992;42:70-77.
13. Aranda JL, Aranda M. La gangrena de Fournier cuidados de enfermería. Revista de la Asociación Española de ATS en Urología. 1986;21:45-48.

14. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, editores. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: Elsevier; 2007.
15. Alfaro-LeFevre R, Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Barcelona: Doyma; 1988.
16. Gordon M. Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1996.
17. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
18. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
19. Bulechek GM, Butcher H, McCloskey J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ªed. Barcelona: Elsevier; 2009.
20. Reyes Gómez E. Fundamentos de Enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México D.F.: El Manual Moderno; 2009.

ANEXO I. PATRONES FUNCIONALES DE SALUD MAJORI GORDON (1988)

Patrón 1. MANTENIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD

- ☐ Motivo de ingreso.
- ☐ Información que tiene de su enfermedad y percepción de la misma.
- ☐ Historia de enfermedades y antecedentes quirúrgicos.
- ☐ Alergias.
- ☐ Hábitos: consumo de alcohol, tabaco, drogas.
- ☐ Consumo de fármacos: medicación habitual.

Patrón 2. NUTRICIONAL METABÓLICO

- ☐ Valoración del modelo de ingesta de sólidos y líquidos: (si come sólo o necesita ayuda, si tiene prescrita alguna dieta especial, apetito y preferencias, modelo habitual de alimentación en su domicilio, ganancias y/o pérdidas de peso, disfagia creciente, deglución dolorosa, dolor subesternal, dolor de garganta, sensación de plenitud, pirosis, regurgitación después de las comidas, náuseas y / o vómitos, halitosis, dentición, anorexia, etc).
- ☐ Hábitos: comidas calientes, frías, alteración del sentido del gusto.
- ☐ Medición y valoración de datos antropométricos.
- ☐ Valoración de la piel y mucosas.
- ☐ Necesidad de ayuda para higiene: Frecuencia y hábitos de ducha y/o baño, pliegue cutáneo, hidratación general y sequedad de la piel palidez, sensación de sed, malestar generalizado, presencia de signos y síntomas de alteraciones de piel y mucosas.

Patrón 3. ELIMINACIÓN

Este patrón permite valorar la eliminación a través de las diferentes vías renal, digestiva, piel y respiratoria. Incluye la valoración de cantidad y calidad de orina, heces, sudor.

- ☐ Valoración del Patrón habitual de evacuación urinaria e intestinal: frecuencia, características, sudoración, menstruación, hemorroides, deposiciones involuntarias, control de esfínteres, etc.
- ☐ Presencia o no de signos y / o síntomas de alteraciones.

Patrón 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

- ☐ Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardíaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.
- ☐ Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente ecológico laboral, tabaquismo, disnea o molestias de esfuerzo, tos nocturna asociada a regurgitaciones, Expectoración, indicación

verbal de fatiga, etc.

☐ Valoración de la movilidad y actividades cotidianas: Debilidad generalizada, cansancio, estilo de vida (sedentario, activo), actividades de la vida diaria (AVD) que realiza, encamamiento, etc.

Patrón 5. DESCANSO–SUEÑO

☐ Valoración de signos y síntomas de sueño insuficiente: Nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente, letargia, apatía, bostezos frecuentes, cambios posturales, etc.

☐ Valoración del modelo habitual de sueño/descanso.

Factores que afectan el sueño:

☐ Internos: Síntomas de la enfermedad; despertar por la noche debido al dolor, tos o regurgitaciones, estrés psicológico, etc.

☐ Externos: Cambios ambientales, estímulos sociales, etc.

☐ Antecedentes de trastorno del sueño

Patrón 6. COGNITIVO–PERCEPTIVO

☐ **Valoración de la presencia de indicadores no verbales de dolor como:** expresión facial agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa.

☐ Valoración del dolor: Comunicación verbal, intensidad, (utilizar una escala), descripción del dolor, localización, carácter, frecuencia y signos y síntomas asociados: Náuseas, insuficiencia respiratoria etc.

☐ Medidas de alivio utilizadas.

☐ Fármacos utilizados.

☐ Valoración sensorial y reflejos: déficit sensorial, cognitivo, dificultades de aprendizaje, desorientación, alteración del proceso de pensamiento, conflicto de decisiones.

Patrón 7. AUTOPERCEPCIÓN–AUTOCONCEPTO

☐ Ansiedad.

☐ Temor.

☐ Alteración de la autoestima.

☐ Valoración del grado de ansiedad: Observar la aparición de signos de ansiedad, angustia y temor, nerviosismo, cefaleas, tensión muscular, movimientos inquietos, mareos, hipoventilación, insomnio, somnolencia, cansancio, etc.

☐ Valoración del conocimiento y percepción de su enfermedad, solicitud de información.

Patrón 8. FUNCIÓN Y RELACIÓN

- ☐ Valoración de la comunicación y patrón de interacción social: Ambiente familiar, ambiente laboral, etc.
- ☐ Valoración de cambios de conducta: dependiente, retraída, exigente, manipuladora, etc.

Patrón 9. SEXUALIDAD–REPRODUCCIÓN

- ☐ Número de hijos, abortos, etc.; Preguntar, si procede y en el momento adecuado, por algún trastorno en las relaciones sexuales.
- ☐ Mujer: Uso de anticonceptivos, menarquia, última menstruación, menopausia, revisiones periódicas, autoexamen de mama, etc.
- ☐ Hombre: Problemas de próstata.

Patrón 10. AFRONTAMIENTO–TOLERANCIA AL ESTRÉS

- ☐ Afrontamiento de la enfermedad: Verbalización de la incapacidad de afrontamiento o de pedir ayuda.
- ☐ Alteración en la participación social.
- ☐ Cansancio.
- ☐ Cambio de los patrones de comunicación.
- ☐ Manipulación verbal.
- ☐ Tabaquismo excesivo.
- ☐ Consumo excesivo de bebida.
- ☐ Falta de apetito.
- ☐ Uso excesivo de tranquilizantes prescritos.
- ☐ Alteración de las conductas de adaptación.
- ☐ Grupos de apoyo: familia, amigos.

Patrón 11. CREENCIAS Y VALORES

- ☐ Interferencias de la enfermedad o de la hospitalización en: Prácticas religiosas habituales, prácticas o creencias habituales, tradiciones familiares, etc.
- ☐ Deseo de contactar con el capellán del hospital o con sacerdotes de su religión.

Recibido: 1 febrero 2012.
Aceptado: 14 febrero 2012.