



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

CPE

Comisión Permanente
de Enfermería

Plan de Cuidados de Enfermería

10

HIPERTERMIA

SICALIDAD



Vivir Mejor



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Calidad
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

INDICE

Hipertermia	133
Referencias bibliográficas y electrónicas	135
Participantes	136



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Calidad
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

HIPERTERMIA

La hipertermia es la elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.¹

Gracias a la Hipertermia se puede aumentar la temperatura interna de los tejidos en varios grados, con todas las ventajas que ello significa. También el aumento de la actividad circulatoria tiene consecuencias fisiológicas, pues esta hiperemia determina una elevación del funcionalismo de todos los órganos que se hallen dependientes de ella. Se activan los cambios nutritivos, al comprobarse que las vibraciones moleculares en los tejidos sometidos a estas condiciones producen un aumento de las funciones de asimilación y desasimilación. En consecuencia, se incrementan las oxidaciones al favorecer el aumento interno de temperatura y la aceleración de la velocidad de la reacción química.²

¹ NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008

² http://www.efisioterapia.net/hipertermia/05accion_fisiologica.php Consultada el 6 de marzo de 2011.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: HIPERTERMIA

Dominio: 11 Seguridad / protección **Clase:** 6 Termorregulación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Hipertermia

Factores relacionados (causas) (E)

Aumento de la tasa metabólica, proceso infeccioso (especificar), deshidratación, efecto secundario de medicamentos, traumatismo, efectos anestésicos, etc.

Características definitorias (signos y síntomas)

Piel enrojecida, aumento de la temperatura por encima del límite normal, calor al tacto, taquicardia, taquipnea, convulsiones.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria - Frecuencia cardiaca. - Irritabilidad. - Contractura muscular. - Dolor muscular. - Cefalea 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>
Severidad de la infección	<ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad de la temperatura. - Malestar general. - Aumento de leucocitos. - Fiebre. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	
Signos vitales.	<ul style="list-style-type: none"> - Temperatura corporal. - Presión arterial sistólica /diastólica. - Frecuencia cardiaca. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. 	

INTERVENCIONES (NIC): TRATAMIENTO DE LA FIEBRE

ACTIVIDADES

- Monitorizar la temperatura corporal y color de piel.
- Monitorizar todos los signos vitales tan frecuente como sea posible.
- Comprobar los valores de recuento de leucocitos.
- Administración de medicamentos antipiréticos y para la causa de la fiebre.
- Realizar baño tibio de esponja, sí procede.
- Favorecer la ingesta de líquidos y sí procede intravenosos.
- Aplicar bolsa de hielo en ingle y axilas, sí procede, tomando las medidas preventivas de protección a la bolsa.
- Vigilar la presencia de signos y síntomas de convulsiones.
- Monitorizar la presencia de arritmias cardiacas.
- Control de ingresos y egresos de líquidos o pérdida de los mismos.
- Monitorizar la presencia de anormalidad en los electrolitos.
- Monitorizar la presencia de desequilibrio ácido-base.
- Vigilar signos y/o síntomas de descenso o pérdida de la conciencia.
- Evitar hipotermias inducidas por el tratamiento.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 y la norma técnica institucional.

INTERVENCIONES (NIC): APLICACIÓN DE CALOR O FRÍO

ACTIVIDADES

- Revisar prescripción médica.
- Explicar al paciente el procedimiento de aplicación de calor o frío como parte del tratamiento para disminuir la fiebre.
- Elegir el método más conveniente entre: bolsas de plástico herméticas con hielo derretido, paquetes de gel congelado, sobres de hielo químico, inmersión en hielo, paños o toallas frías, etc.
- Verificar la funcionalidad y buen estado de los materiales y equipos a utilizar.
- Vigilar la integridad de la piel e identificar cualquier alteración.
- Determinar el tiempo de aplicación en función de la respuesta humana del paciente.
- Explorar la respuesta humana en forma verbal, conductual o biológica.
- Evaluar constantemente el estado general, la seguridad del paciente y la comodidad del mismo durante el tratamiento.
- Comunicar al paciente que durante la aplicación del frío puede haber entumecimiento por algunos segundos.
- Comunicar al profesional médico la respuesta humana del paciente.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 y la norma técnica institucional.

INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES

ACTIVIDADES

- Monitorizar la temperatura corporal y color de piel.
- Monitorizar periódicamente la presión sanguínea, temperatura, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.
- Monitorizar el llenado capilar.
- Mantener un dispositivo de control continuo de temperatura corporal.
- Observar la presencia de signos y síntomas de hipotermia.
- Monitorizar la presencia y calidad del pulso, ritmo y frecuencia cardiaca.
- Observar constantemente el color, temperatura y humedad de la piel.
- Observar la presencia de cianosis central o periférica.
- Identificar causas posibles de cambios en los signos vitales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

1. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Sue Moorhead, PhD, RN. Cuarta Edición. 2009.
2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. Gloria M. Bulechek. Quinta Edición. 2009.
3. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008
4. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. T. Heather Herdman, PhD, RN. Elsevier. España 2009 – 2011.
5. Kozier B. Fundamentos de enfermería Vol. 1. 5ª ed. México Distrito Federal: MC Graw Hill Interamericana; 1999
6. Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico

PARTICIPANTES:

Coordinación del proyecto:

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Lic. Enf. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

Elaboró:

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinoza.- Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM

Lic. Enf. Maribel Aguilera Rivera.- Hosp. General de Zona No. 32 Instituto Mexicano del Seguro Social