

134

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A UN DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE CON  
HEMICOLECTOMÍA E ILEOSTOMÍA**

Que para obtener el título de  
**LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presenta:

**CRISTINA SOTELO MUÑOZ**

No.cta. : 8628181-0



**Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicios**

DIRECTOR DE TRABAJO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carolina Solis Guzman', written over a horizontal line.

LIC. CAROLINA SOLIS GUZMAN

281700



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Por su confianza, solidaridad, apoyo y la motivación que siempre me han brindado de seguir siempre adelante, esto es una muestra de mi agradecimiento a su gran esfuerzo.

A mis hermanos:

Por el cariño e incomparable ejemplo que me han mostrado con sus propias vidas, sus múltiples cualidades y enormes capacidades las cuales admiro.

A mi esposo y maestro de la vida:

Con toda mi admiración, respeto y cariño, por su apoyo incondicional, gesto espontáneo y generoso que mucho agradezco al compartir su espacio y sapiencia con migo. (Por fin lo logramos).

Te amo como todo.

Agradezco especialmente a:

Lic. Carolina Solís Guzmán, por su orientación, apoyo y contribución para culminar el PGE.

A la Lic. Juana Baroja Cruz y Ped. Ma. Blanca Ponce Cortés por aportarme sus conocimientos y experiencias.

A la institución hospitalaria:

Por todas las facilidades que me dieron para poder realizar con éxito el Proceso Atención de Enfermería, brindándome todas las facilidades, aceptación y apoyo por parte del Director de la Institución, la Coordinación de Enseñanza, el asesor clínico y personal de enfermería, al integrarme dentro de sus instalaciones como miembro activo del servicio de Cirugía General durante mi investigación.

# INDICE

	<b>Pag.</b>
<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>JUSTIFICACION</b>	3
<b>OBJETIVOS</b>	4
<b>METODOLOGIA</b>	5
<b>1.- MARCO TEORICO</b>	6
1.1 El Proceso Atención de Enfermería	7
1.1.1 Etapas del proceso atención de enfermería	
1.2 El modelo de Virginia Henderson	10
1.2.1 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson	11
<b>2.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA</b>	22
2.1 Presentación del caso	23
2.2 Valoración de enfermería	24
2.3 Diagnósticos de enfermería	34
2.4 Planeación, ejecución y evaluación de cuidados hospitalarios	45
2.4.1 Necesidad de oxigenación	
2.4.2 Necesidad de nutrición e hidratación	50
2.4.3 Necesidad de eliminación	57

2.4.4 Necesidad de moverse y mantener una buena postura	65
2.4.5 Necesidad de descanso y sueño	68
2.4.6 Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas	72
2.4.7 Necesidad de termorregulación	74
2.4.8 Necesidad de higiene y protección de la piel	79
2.4.9 Necesidad de evitar peligros	91
2.4.10 Necesidad de comunicarse	94
2.4.11 Necesidad de vivir según sus creencias y valores	103
2.4.12 Necesidad de trabajar y realizarse	106
2.4.13 Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas	112
2.4.14 Necesidad de aprendizaje	117
<b>3.- PLAN DE ALTA</b>	<b>123</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>131</b>
<b>GLOSARIO</b>	<b>133</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>135</b>
<b>ANEXO</b>	<b>137</b>

## INTRODUCCION

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería fue realizado en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el servicio de Cirugía general 9º piso, a la paciente P.B.O. con diagnóstico de Hemicolecotomía e Ileotomía secundario a peritonitis por herida penetrante de abdomen con proyectil de arma de fuego.

Se integró de forma individual, sistematizada, organizada y con bases científicas los cuidados de enfermería que se le deben proporcionar de acuerdo a sus necesidades, basándose en el modelo de Virginia Henderson.

A través de este proceso de atención de enfermería se busca integrar toda una serie de información que sirva para estudiar el caso en una forma integral, identificando el aspecto físico, psíquico, social, psicosomático (y con su ser) y el entorno en que se mueve; o sea con una tendencia holística, con el fin de brindarle una mejor atención de enfermería.

En este proceso se muestra un panorama general de lo que consta el padecimiento actual de la paciente, tomándose en cuenta la anatomía y fisiología de los intestinos y del peritoneo; la fisiopatología de la peritonitis y los estomas intestinales. Se va aplicando paso a paso el proceso de atención de enfermería, iniciando por la presentación del caso

clínico, la valoración de enfermería, conclusión diagnóstica de enfermería, el plan de cuidados hospitalarios el cual engloba los diagnósticos de enfermería, los objetivos y las acciones de enfermería con su respectiva fundamentación y por último el paso final, la evaluación. Toda esta aplicación del método científico ayuda a evitar omisiones y duplicaciones, ya que sirve de guía para proporcionar los cuidados de enfermería, cuya finalidad es brindar una mejor atención de calidad a la persona en estado de salud y enfermedad, con la intención de que recobre su independencia de la forma más rápida posible.



## JUSTIFICACIÓN

Al elaborar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente hospitalizado con fines de titulación, el pasante de enfermería logrará incrementar sus conocimientos adquiridos durante su estancia en la escuela, ya que se fomenta el interés por la investigación, pues toda la información que se va generando debe de estar planeada y dirigida hacia metas que incrementen la creatividad, el desarrollo ético y profesional, y un pensamiento reflexivo y crítico al tratar de solucionar los problemas de salud que aquejan en ese momento al individuo enfermo hospitalizado por medio de un sistema organizado para administrar los cuidados de enfermería de acuerdo con sus necesidades básicas, logrando asegurar la calidad y cantidad de los mismos al fijar una guía para proporcionarlos, evitando omisiones y duplicaciones de acciones, garantizando un control consistente y responsable de los problemas del paciente; teniendo como resultado final de dicho proceso un plan escrito de la atención de enfermería a este paciente en particular, es por tal motivo que se decidió aplicar el PAE a un derechohabiente del ISSSTE con Hemicolectomía e Ileostomía.

## **OBJETIVO GENERAL**

Aplicar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en la etapa académica escolar, para brindar los cuidados de enfermería integrales y progresivos en el diagnóstico, tratamiento y fomento a la salud durante la estancia hospitalaria de la paciente P.B.O. con diagnóstico de Hemilectomía e Ileostomía para remediar o disminuir los problemas que se identifiquen en los diagnósticos de enfermería.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar e instrumentar el Proceso de Atención de Enfermería, desarrollando progresivamente la ejecución de procedimientos generales y específicos de Enfermería.
- Integrar conocimientos científicos relativos a la hemicolectomía e ileostomía en base a todas las complicaciones y alteraciones observadas.
- Incrementar mi grado de eficacia en las acciones de enfermería, mediante un sistema continuo de supervisión e investigación.

## METODOLOGIA

Este Proceso de Atención de Enfermería esta basado en la paciente P.B.O. con diagnóstico de hemicolectomía e ileostomía, de la cama 910 del servicio de Cirugía general 9º piso del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE.

Se realizó durante un lapso de 10 días hábiles que abarcaron del día 8 al 19 de febrero del 2000 con un horario de 8:00am a 14:00pm, haciéndome cargo por completo de todos sus cuidados de enfermería y de la papelería para enfermería propia del servicio.

Para recabar la información se utilizaron fuentes primarias como la observación, exploración física, y el interrogatorio directo apoyado de un cuestionario de preguntas abiertas bajo el modelo de Virginia Henderson.

Las fuentes secundarias de información fueron la entrevista directa a familiares, al médico tratante más toda la información obtenida del expediente clínico y de textos de referencia así como de especialistas del área quirúrgica.

## **1.- MARCO TEORICO**

## **1.1 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El Proceso atención de enfermería es un “método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales”<sup>1</sup>.

La finalidad es la de identificar las necesidades de salud reales y potenciales del paciente, estableciendo un plan de actividades con el objeto de resolver las necesidades detectadas, para actuar en la forma más específica, asegurando la calidad en los cuidados de enfermería.

Consiste en una secuencia de cinco pasos que incluye: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

### **1.1.1 Etapas del proceso atención de enfermería.**

#### **1.1.1.1 Valoración:**

Consiste en recolectar y ordenar los datos más relevantes que nos indiquen el estado de salud del paciente para poder determinar su grado de dependencia y sus necesidades.

---

<sup>1</sup> Alfaro, Rosalinda. *Aplicación del Proceso de Enfermería*. p. 6.

Para conseguir la información la fuente principal es el paciente obteniéndola a través de la observación, la exploración física (inspección, palpación, percusión y auscultación), la entrevista, y la integración de la historia clínica de enfermería. Las otras fuentes que complementan la información es por medio de los familiares, los registros médicos y de enfermería, el medico tratante junto con otros especialistas y literatura relevante.

#### **1.1.1.2 Diagnóstico:**

Es un juicio clínico que describe las respuestas humanas sobre los problemas actuales o potenciales del paciente que requiere de la intervención independiente de enfermería o en determinado momento con la colaboración de un médico u otro profesional, con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Mediante el análisis de la información obtenida por cada necesidad se establece un diagnóstico, el cual debe ser claro, confiable y basado en la realidad.

Esta formado por tres partes : el problema, la etiología y los signos y síntomas.

#### **1.1.1.3 Planeación:**

Es el momento de trazar y anotar el plan de cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y estableciendo prioridades que vayan orientadas a lograr los objetivos fijados con el fin de prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud que se han identificado.

#### **1.1.1.4 Ejecución:**

Es el momento de proceder a dar la atención como se planeo, poner en marcha el plan de cuidados.

Las actividades estarán basadas en cuidar, comunicar, educar, asesorar, actuar como agente de cambio, conducir y controlar las intervenciones basándose en principios científicos, en el modelo elegido y en la documentación aceptada.

Se debe continuar recolectando datos, pues conforme van cambiando las condiciones del paciente, los datos se deben ir revisando y actualizando según vayan variando las necesidades.

#### **1.1.1.5 Evaluación:**

La información que se obtiene, mientras se realiza la atención, puede usarse como prueba para la evaluación del logro de los objetivos del paciente y de la enfermera. Además la evaluación sirve para decidir hasta qué punto el plan ha sido efectivo, valorar los factores que pueden contribuir al éxito o al fracaso para determinar si es necesario modificar el plan de cuidados o finalizar la actuación.

## 1.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, se interesó durante la primera guerra mundial por la enfermería, por lo que en 1921 se gradúa de Enfermera en la Escuela de Enfermería de Washington, y empezó a dar clases un año más tarde en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

La principal preocupación de Virginia H. era que observaba la ausencia de la determinación de la función propia de la enfermería; ella decide describirla en la publicación del libro *The Nature of Nursing* en 1956 como: “Asistir al individuo, sano o enfermo, en la rehabilitación de aquellas actividades que constituyen a la salud o a su recuperación, o a una muerte serena, actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.

A partir de esta definición, se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson, que como marco conceptual, son perfectamente aplicables en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención de Enfermería.



## 1.2.1 Conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

### 1.2.1.1 La persona y sus 14 necesidades básicas:

La persona es el objeto de los cuidados, un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, la cual tiene 14 necesidades básicas que deben satisfacerse para lograr mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

Si se estudiaran por separada cada una de las necesidades básicas únicamente nos estaría mostrando una parte de la realidad de la persona, por eso es necesaria una estrecha interrelación entre las diferentes necesidades para poder valorar el estado del individuo como un todo, pues cualquier alteración en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en las restantes.

“Henderson considera estas necesidades comunes a todos los individuos”<sup>2</sup>:

- *Necesidad de oxigenación.*

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, alineación corporal, talla (relación talla-peso), nutrición e hidratación, sueño, reposo, ejercicio, función cardíaca, función respiratoria y estado de

---

<sup>2</sup> Fernández, Carmen. et al. *El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos.* p. 4

la red vascular (arterial y venosos).

Psicológicos: emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, entre otras) ansiedad, estrés, inquietud, irritabilidad.

Socioculturales: influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, como el estilo de vida, habito de fumar), entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación, hospital) entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

- ***Necesidad de nutrición e hidratación.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.

Psicológicos: emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida.

Socioculturales: influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), status socioeconómico, entorno físico próximo (casa, comedor, olores), entorno físico lejano (clima, temperatura), religión, trabajo (horario de tiempo disponible entre comida, comer solo o acompañado).

- ***Necesidad de eliminación.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación y ejercicio.

Psicológicos: emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.

Socioculturales: organización social (servicios públicos, cumplimiento de normas de salubridad), estilo de vida, influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, aspectos culturales condicionantes).

- ***Necesidad de moverse y mantener una buena postura.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).

Psicológicos: emociones, personalidad de base y estado de ánimo.

Socioculturales: influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes, raza, valores, creencias, costumbres, rol social, organización social, tiempo, dedicado a la actividad, ejercicio, hábito óseo, trabajo, entorno físico lejano (clima, temperatura y altitud), entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

- ***Necesidad de descanso y sueño.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, ejercicio, alimentación e hidratación.

Psicológicos: estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo hipnograma (características del sueño de la persona).

Socioculturales: influencias familiares y sociales (prácticas culturales, hábitos, aprendizajes), trabajo, entorno lejano, creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo).

- ***Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, desarrollo psicomotor, talla, tipo de actividad.

Psicológicos: emociones (alegría, tristeza e ira), personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen.

Socioculturales: influencias familiares (hábitos de aprendizaje), status social, trabajo, cultura (moda, pertenencia de un determinado grupo social, actitudes de reserva o pudor), creencias (uso de color negro para expresar el duelo), religión significado personal de la ropa, entorno próximo (temperatura del hábitat) entorno lejano (clima, temperatura, medio rural-urbano).

- ***Necesidad de termorregulación.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos cardiacos.

Psicológicos: ansiedad y emociones.

Socioculturales: entorno físico próximo (casa, lugar de trabajo y habitación), entorno físico lejano (clima, altitud, temperatura), raza o procedencia étnica/geográfica, status económico.

- ***Necesidad de higiene y protección de la piel.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, desarrollo, alimentación, ejercicio/movimiento, temperatura corporal).

Psicológicos: emociones, estado de ánimo, auto imagen, psicomotricidad.

Socioculturales: cultura, educación, corrientes sociales, modas, (productos de belleza), organización social, (casa, lugar de trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizajes), ambiente lejano, (clima, temperatura ambiente).

- ***Necesidad de evitar los peligros.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, etapa de desarrollo, mecanismo de defensa fisiológicos (termo regulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.

Psicológicos: mecanismos de defensa, método de afrontamiento, competencias personales, estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.

Socioculturales: sistema de apoyo familiar y social, cultural, religión, educación. status socioeconómico, rol social y estilo de vida, organización social, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido), entorno próximo (iluminación, mobiliarios y ruidos).

- ***Necesidad de comunicarse***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa del desarrollo.

Psicológicos: inteligencia, percepción, memoria, conciencia, (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, autoconcepto y pensamiento).

Socioculturales: entorno físico próximo (personas, lugares), este entorno físico lejano(vías de acceso, vivienda aislada), status social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia o grupo social), profesión.

- ***Necesidad de vivir según sus creencias y valores.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.

Psicológicos: emociones, actitudes, estado de animo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno, (catástrofes y enfermedades).

Socioculturales: cultura, religión, creencias, (sentido de vida y muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales, (hábitos, aprendizajes, patrones de estructura de la comunidad).

- ***Necesidad de Trabajar y realizarse.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.

Psicológicos: emociones, personalidad de base, inteligencia y estado de ánimo.

Socioculturales: influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, valores, creencias, demandas sociales) cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo específico y satisfactorio.

- ***Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.

Psicológicos: madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, estado de animo y auto concepto.

Socioculturales: Cultura, rol social (trabajo / ocio), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizaje, estructura de recursos y servicios) estilo de vida.

- ***Necesidad de aprendizaje.***

Factores que influyen en esta necesidad:

Biofisiológicos: edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.

Psicológicos: emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre si mismo) carácter (activo, pasivo) estado de animo.

Socioculturales: educación, nivel socioeconómico, status según instrucción o educación, influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, ambiente, estructura social) raza, religión, creencias de salud, relacionados con el sexo masculino o femenino.

La información que se reúne durante la valoración de enfermería también se puede separar en dos categorías que son lo subjetivo y objetivo, con el propósito de comparar y ratificar lo que se observa con lo que realmente dice el paciente, así los datos que se poseen serán lo más reales y completos.

- **Datos subjetivos.** Los que el paciente expresa y siente, pudiendo ser también sus sentimientos y percepciones, obteniéndolos a través de la entrevista.
- **Datos objetivos.** Son lo que observa la enfermera mediante las técnicas del examen físico.



### 1.2.1.2 Salud:

A partir de la interrelación de las diferentes necesidades se puede determinar su grado de independencia, dependencia y la causa de la dificultad que deberá ser valorada para planificar las intervenciones de enfermería determinando si su dependencia es temporal o permanente.

*Independiente.-* La capacidad de la persona para satisfacer por ella misma sus necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y su situación.

*Dependiente.-* Incapacidad o limitaciones para realizar actividades que resultan inadecuadas o insuficientes para satisfacer las 14 necesidades básicas.

*Causas de la dificultad del problema.-* Obstáculos, limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y pueden estar dadas por la falta de fuerza ( tanto física, emocional, funciones psíquicas y su capacidad intelectual), falta de conocimientos (relativos a la propia salud, la situación de la enfermedad, el autoconocimiento y los recursos propios y ajenos disponibles) y la falta de voluntad.

### **1.2.1.3 Rol profesional:**

Los cuidados básicos de enfermería individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de sus funciones propias, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en el paciente.

Debe de haber una colaboración reciproca y sin obstaculizar el desempeño de sus funciones entre la enfermera y el equipo multidisciplinario de salud para poder planificar y ejecutar un programa global con la finalidad de mejorar la salud del paciente, su restablecimiento o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

### **1.2.1.4 Entorno:**

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y desarrollo de un organismos como pueden ser los factores socioculturales, psíquicos, psicosomáticos, y el entorno físico (la familia, grupo, cultura, aprendizaje y factores ambientales).

El modelo de Virginia Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados ya que la meta es apoyar al individuo a conseguir su independencia

máxima en la satisfacción de sus necesidades, lo más rápidamente posible por él mismo de acuerdo con sus propias capacidades y los recursos con que se dispongan.

#### **1.2.1.5 Estructura del modelo de atención de Virginia Henderson**

La estructura que se considera es el modelo de Virginia Henderson para elaborar el plan de cuidados y es el siguiente:

<b>CAUSA</b>	<b>MANIFESTA- CION</b>	<b>Dx. ENF.</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INTERVENCIONES ENF.</b>	<b>EVA- LUACION</b>
--------------	----------------------------	-----------------	-----------------	--------------------------------	-------------------------

En cada fase se considerarán las 14 necesidades propuestas, tomando en cuenta las que presenta el individuo según su estado de salud o enfermedad.

## **2.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

## 2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente P.B.O. femenina de 60 años, que ingresada al hospital el día 16-I-00 al servicio de Urgencias en donde es remitida inmediatamente al servicio de Quirófano (ya que tenía una herida penetrante por arma de fuego en epigastrio y en cara lateral del muslo izquierdo), se le practica laparotomía exploradora de urgencia, hepatorrafia por lesión hepática grado III del lóbulo izquierdo y colostomía en asa continua por perforación de colon transverso; del servicio de recuperación es ingresada a la UCI el día 17-I-00 donde se le detecta el día 18-I-00 necrosis en la pared intestinal, por lo que se programa para plastía de la colostomía, en donde se encontró zona extensa de necrosis; por lo que se decide practicar, hemicolectomía con ileostomía en mesogastrio derecho, y fistula mucosa en epigastrio izquierdo, es remitida de la UCI al servicio de Cirugía General 9º piso el día 25-I-00, en el que se encuentra cursando su 15avo día.

Actualmente se observa a la exploración consciente, orientada, con mucosas orales mal hidratadas, dolor de intensidad leve en región dorsal bilateral del tórax con episodios aislados de tos productiva, náusea y vómito., abdomen blando depresible, con peristalsis normal, no doloroso a la palpación, y sin signos de irritación peritoneal. Ileostomía con materia fecal drenando en bolsa recolectora con buena coloración de mucosa. Fistula mucosa sin datos de infección. Herida quirúrgica dehiscente hasta aponeurosis con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas con formación de tejido de

granulación. Herida de orificio de entrada por proyectil de arma de fuego en cara lateral de muslo izquierdo cicatrizando y sin datos de infección.

Se encuentra con tratamiento de nebulizaciones con fisioterapia pulmonar, curación de herida quirúrgica dos veces al día, doble esquema antibiótico (Dicloxaciclina 500mg cada 6 hrs, Amikacina 500mg cada 12hrs) , Bloqueadores H<sub>2</sub> (Ranitidina 500mg cada 12hrs), Mucolítico (Ambroxol 10cc cada 8hrs) , Dipirona (500mg cada 6hrs) y con dieta blanda sin irritantes; así como con signos vitales de: T/A : 130/90 , FC:88' , R:22' , T: 37.4°C.

## **2.2 VALORACION DE ENFERMERÍA**

O. P. B. femenina de 60 años de edad, nacida en el estado de Oaxaca el 14 de febrero de 1940, con un peso de 89kg, y una talla de 1.53 m , viuda desde hace 29 días, con ocupación al hogar, analfabeta, quien ingreso al hospital el día 16-I-00 aproximadamente a las 10:00pm. Obteniéndose la información por interrogatorio directo y con el apoyo de su hija G.C.P. con quien lleva una buena relación familiar.

## **2.2.1 Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.**

### ***a) Oxigenación.***

Refiere no haber tenido nunca el hábito por el tabaco, alcohol, toxicomanías ni otros hábitos nocivos para la salud. Presenta dolor dorsal bilateral del tórax, tos productiva con secreción mucosa amarillenta; con signos vitales de R- 22' , FC-88' , T-37.4, T/A- 120/90.

Esta consciente, orientada en tiempo, espacio y lugar; su piel, lechos ungueales y peribucales sin datos de cianosis.

### ***b) Nutrición e hidratación***

Su dieta habitual es adecuada en calidad, pero excesiva en cantidad, a base de leche y carne 7/7, frutas y verduras 7/7, cereales y leguminosas 7/7 ya que acostumbra tener 4 comidas al día, ella es quien prepara la comida en su casa y no acostumbra realizar ningún tipo de ejercicio, observándose abundante panículo adiposo en toda su espalda y abdomen.

Actualmente cursa con anorexia, náusea y vómito ( jugo gástrico, sin residuos de alimentos) cada vez que se trata de incorporar, con mucosas orales mal hidratadas. Sufre

adoncia parcial, cuenta únicamente con los dientes incisivos y caninos superiores e inferiores, los cuales se lava 1 vez al día.

Deambula de forma asistida con la ayuda de su hija, ya que se encuentra disminuida su fuerza muscular en miembros inferiores, además de presentar várices superficiales en ambas piernas y una herida de orificio de entrada por proyectil de arma de fuego en la cara lateral del muslo izquierdo, el cual esta cicatrizando y sin datos de infección.

### ***c)Eliminación***

Tiene el abdomen globoso a expensas de abundante pániculo adiposo, sin datos de irritación peritoneal, con herida quirúrgica medio supra e infraumbilical, con herida dehiscente hasta plano aponeurótico, y a la altura de la unión del tercio medio y distal de la incisión, con salida escasa de secreción seropurulenta, áreas con formación de tejido de granulación y abundantes natas de fibrina. La fistula mucosa con secreción serohemático escasa. La hemicolestomía e ileostomía drenando continuamente heces de consistencia líquida y con leve mal olor al destapar la bolsa recolectora; se observa buena coloración de la mucosa y de la piel que circunda al estoma. Ruidos peristálticos presentes sin datos de irritación peritoneal. No se observa incomodidad o apenada por su ostomía, únicamente molesta cuando se desprende por accidente el apósito hidrocoloide de la bolsa recolectora.

Su orina de característica concentrada. No hay dolor al orinar.



Actualmente cursa con amenorrea con FUM en 1985, su menarca fue a los 13 años, con un ritmo de 30 x 3, IVSA a los 18 años, con 1 compañero sexual, G-8, P-8, A-0, C-0.

#### *d) Termorregulación*

A ella le es agradable el clima cálido, actualmente por ser invierno y no poderse abrigar como ella quisiera dentro del hospital, se queja de que tiene mucho frío, sintiendo su piel fría y con pilo -erección por momentos.

Ha estado teniendo elevación de la temperatura de forma intermitente desde 48hrs atrás generalmente por las tardes.

### **2.2.2 Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.**

#### *a) Moverse y mantener una buena postura*

Dentro de la cotidianidad en su casa su principal trabajo es labores domésticas, lo que implica, lavar, cocinar, trapear, ir de compras, llevar a los nietos a la escuela y hacerse cargo de ellos mientras la mamá se va a trabajar. Tiene sus reflejos conservados, con fuerza disminuida simétricamente en miembros superiores e inferiores, pero no le impide cooperar para deambular aunque sea de forma asistida, vestirse, apoyar en las acciones de

enfermería con ciertos movimientos como pueden ser levantar la cadera, girarse, flexionar, sostener objetos, entre otros.

#### *b) Descanso y Sueño*

Sus momentos de descanso al día son de 2 a 3hrs por las tardes y las ocupa para ver la televisión o recostarse un rato. Para entretenerse escucha el radio, ocasionalmente sale a pasear con sus hijos el fin de semana. Actualmente en el hospital cuenta con un televisor y un radio los cuales están prendidos pero no le llaman la atención pues se observa triste, decaída y deprimida por todos los acontecimientos que le han sucedido desde el asalto que sufrieron.

Habitualmente en su casa acostumbra dormir 8hrs aproximadamente de las 10:00pm a las 6:00am. Refiere que hace como cuatro meses requería de medicamentos para poder dormir pero lo suspendió por que ya no lo necesitaba, no recuerda el nombre del fármaco; actualmente en el hospital no puede conciliar el sueño únicamente dormita por ratos durante la noche y en el día, ella considera que se debe a su mal estado de salud, a lo incómodo de estar en un hospital, y con otras personas en el mismo cubículo. Presta atención a lo que se le pregunta o se esta conversando, pero se muestra apática e irritable, aunque sí responde a estímulos; su estado mental es adecuado ya que recuerda cosas del pasado y del presente sin dificultad, prefiere no hablar de los malos acontecimientos que vivieron por la angustia que estos le ocasionan.

*c) Uso de prendas de vestir adecuadas*

Acostumbra que su vestimenta sea conservadora, sencilla, limpia y acorde a su edad, ella misma la elige y se la cambia cada tercer día; no tiene prejuicios religiosos, ni su estado de ánimo influye para seleccionar sus prendas.

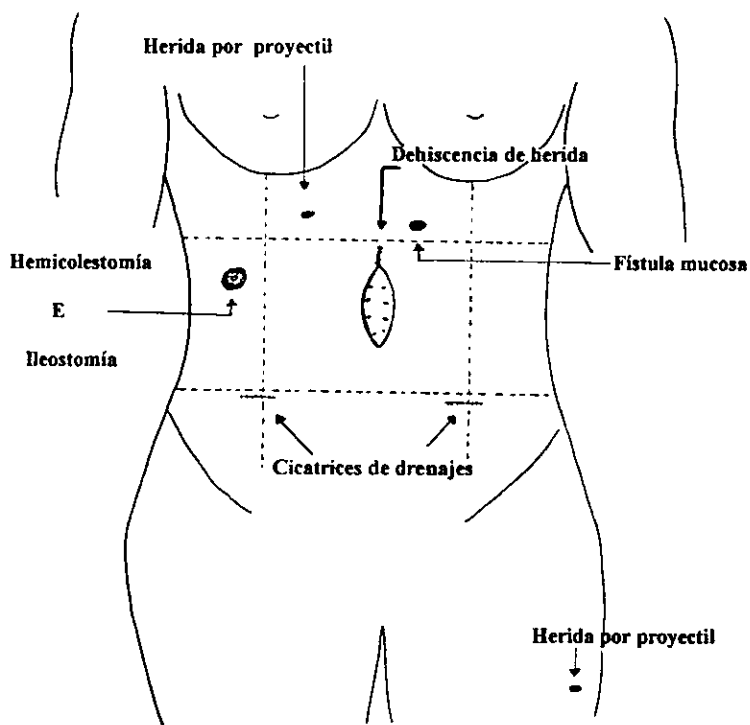
Actualmente en el hospital se pone una bata de dormir que le traen sus hijas para usarla encima de la ropa hospitalaria, pues se siente incomoda porque le queda muy chica y descubierta de toda la parte posterior, además de que tiene mucho frío.

*d) Necesidades de higiene y protección de la piel*

Sus hábitos higiénicos de baño en su casa eran de cada tercer día, pero ahora en el hospital se le exige que se bañe diariamente por la mañana, para que después se le realicen sus curaciones; usa desodorante, por lo que no se percibe mal olor de su transpiración; se lava sus dientes una vez al día pero si se percibe halitosis; su cabello esta seco y desaliñado, la piel se observa seca, agrietada y con perdida de su turgencia.

Se observan lesiones abrasivas de la piel del abdomen originadas por la fricción del vendaje abdominal y por el micropore con el que se fijan los apósitos que están cubriendo la dehiscencia de herida, la fistula mucosa y los que están sujetando la barrera protectora de piel de la bolsa recolectora para colostomía.

Las lesiones dérmicas que tiene por las incisiones y heridas que le hicieron son:



*e) Necesidad de evitar peligros*

Cuenta actualmente con seis hijos vivos: un hombre y cuatro mujeres, 6 nietos y dos yernos. Su otro hijo falleció en un accidente automovilístico hace 5 años y su esposo durante el asalto a mano armada en el que ella y su hijo resultaron heridos.

Es de un nivel socioeconómico medio bajo; vive en casa propia en el Estado de México en Ciudad Nezahualcoyolt, está construida de concreto, loza y pisos de mosaico, la cual cuenta con todos los servicios; esta dividida en dos departamentos uno con tres recamas ( en el que vive su hija la mayor con su esposo y sus cuatro hijos) y otro con cinco ( en el que vive ella, sus cuatro hijos solteros y una hija casada con su esposo y sus dos hijos), ambos departamentos tienen un baño completo y un medio baño, cocina, sala – comedor y un solo patio.

Siempre esta acompañada y en caso de urgencia generalmente siempre hay alguien que la auxilie. Ella conoce medidas de prevención de accidentes, además de que sus hijas le facilitan las cosas para evitarlos.

Realiza periódicamente sus controles de salud, y coopera en todos los tratamientos que le indica el médico.

Canalizaba las situaciones de tensión en su vida platicándolo con su esposo y sus hijas ya que se llevaban muy bien, pero actualmente esta muy deprimida y no logra

entender por qué se murió su esposo y por qué les pasan esas cosas tan horribles a su familia.

### **2.2.3 Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizar, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.**

#### *a) Necesidad de comunicarse*

Su hija considera que su mamá juega un rol muy importante en su familia ya que en sí ella dirige, hace y controla la mayor parte de las actividades en su casa pues todos tienen que salir a trabajar.

Se observa preocupada por las actividades que acostumbraba realizar en su hogar y ahora están suspendidas.

Habla pausado, pero claro. Se comunica con sus hijas muy poco, observándose apática, irritada y molesta por su estado de salud en el que se encuentra; tiene incertidumbre y preocupación de cómo estará su hijo, además de estar triste y deprimida por la pérdida de su esposo.

***b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores***

Su religión es el catolicismo, acostumbraba asistir a misa cada 8 días. Su forma de pensar es congruente con su forma de vivir, dentro de los valores que ha inculcado en su familia, los cuales practica ella misma, como es el no hacerle a otro lo que no quieras que te hagan a ti, respetar a los demás, ser honrados y trabajar para obtener todo lo que uno quiera por sí mismo.

Si permite el contacto físico, aunque no habla mucho, solo cuando uno le pregunta algo.

***c) Necesidad de trabajar y realizarse***

Nunca ha trabajado, siempre se dedicó a su hogar, actualmente sus 4 hijos solteros que viven con ella se encargan de su sustento en todos los ámbitos, por eso ella se siente comprometida con su trabajo en los quehaceres domésticos de su casa. No sufre de restricciones económicas, ya que con lo que le dan sus hijos cubre sus necesidades básicas y la de su familia aceptablemente, por lo que está satisfecha con su rol familiar.

***d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas***

No acostumbra ni le atrae tener ninguna actividad recreativa, no le gusta participar, siempre tiene muchas ocupaciones en su casa por lo que también no le da tiempo.

Aunque actualmente se encuentra su estado de ánimo es irritable, enfadada, ausente, apático.

*f) Necesidad de aprendizaje*

Es analfabeta, nunca fue a la escuela ni le interesó estudiar, creció en el rancho ( en Oaxaca), y siempre se dedicó a su hogar.

Actualmente no tiene ningún interés para realizar actividades, su estado de ánimo alterado no se lo permite.

## 2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

*Necesidad*

**1.-Necesidad de oxigenación**

*Grado de dependencia*

- (I) Independiente \_\_\_\_\_  
(PD) Parcialmente dependiente   X    
(D) Dependiente \_\_\_\_\_



### ***Diagnóstico de enfermería***

- Limpieza ineficaz de las vías respiratorias, relacionado con reposo en cama por periodos prolongados y la limitación del movimiento secundario a dolor en herida quirúrgica dehiscente, manifestado por debilidad general, dolor bilateral del tórax, tos productiva de secreción amarillenta, aumento de la frecuencia respiratoria, elevaciones intermitentes de la temperatura, náusea y vómito.

### **2.-Necesidad de nutrición e hidratación**

I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D   X  

- Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos en relación con aumento de las pérdidas insensibles de líquidos secundaria a hipertermia e ileostomía, y a la motivación disminuida para beber líquidos, manifestado por pérdidas superiores a la ingesta, membranas mucosas mal hidratadas, orina concentrada, disminución de la turgencia de la piel, náusea, vómito, anorexia.
- Déficit de la autoalimentación relacionado al trastorno emocional, la incomodidad del dolor en herida quirúrgica dehiscente y a las restricciones dietéticas al que está sometida, manifestado por inapetencia, ingestión inadecuada de alimentos con rechazo total a la comida hospitalaria, palidez de las conjuntivas y de las membranas mucosas, bajo tono muscular, debilidad, náusea, vómito.

### 3.-Necesidad de eliminación

I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D   X  

- Evacuación involuntaria de heces por el estoma, relacionado a la ileostomía manifestado por continuas y abundantes defecaciones semilíquidas, de mal olor; con filtración de heces por la barrera protectora de piel de la bolsa recolectora.
  
- Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud en relación con la ileostomía, manifestado por conocimiento insuficiente del procedimiento para colocar la bolsa de colostomía, el cuidado de la piel alrededor del estoma y el manejo del reservorio ileal.
  
- Alteración de la imagen corporal relacionado con la fistula mucosa y la ileostomía, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social por la ansiedad sobre el posible mal olor y fugas del equipo de colostomía.
  
- Dificultad para la eliminación urinaria relacionado a la dificultad para trasladarse al baño secundario a la disminución de la fuerza y la resistencia, manifestado por inmovilidad en cama por falta de interés para realizar actividades habituales.

#### 4.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura

I \_\_\_\_\_  
PD   X    
D \_\_\_\_\_

- Alto riesgo de síndrome de desuso en relación con el dolor agudo secundario a la herida dehiscente, estado de debilidad y a su depresión, manifestado por quejas de dolor con el movimiento, postración en cama, falta de interés a la actividad, fuerza y resistencia disminuida para moverse en su cama, realizar ejercicios, incorporarse, trasladarse y ambular requiriendo el apoyo de otra persona.

#### 5.-Necesidad descanso y sueño

I \_\_\_\_\_  
PD   X    
D \_\_\_\_\_

- Alteración del patrón del sueño y descanso relacionado al malestar general, al trastorno emocional depresivo y por la incomodidad de las rutinas hospitalarias, evidenciado por insomnio en las noches y duerme mucho durante el día, se siente cansada, débil e irritada porque le interrumpen el sueño a cada rato.

## 6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D   X  

- Déficit en el vestido manteniendo su aspecto en un nivel poco satisfactorio relacionado al tipo de ropa impuesto por la institución, manifestado por comentarios de incomodidad y rechazo a la ropa normativa, sustituyéndola por otros artículos del vestido proporcionados por sus familiares.
  
- Alto riesgo de alteraciones del concepto de uno mismo relacionado con no poder acicalarse satisfactoriamente, manifestado con pena e incomodidad ante los efectos de la ileostomía en la imagen corporal, no poderse colocar el equipo recolector de colostomía y la dificultad para ponerse y quitarse la ropa por ella misma.

## 7.-Necesidad de termorregulación

I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D   X  

- Alteración del bienestar en relación con hipertermia, relacionado a la infección en herida quirúrgica dehiscente y a la fistula mucosa, manifestado por elevaciones intermitentes de la temperatura por las tardes y noches (hasta de 37.8°C), deshidratación, malestar general, fatiga, debilidad, pérdida del apetito.

- Termorregulación ineficaz relacionado a ropa normativa inadecuada e insuficiente para el clima invernal, manifestado por percepción de mucho frío, piloerección, incomodidad e irritabilidad.

## 8.-Necesidad de higiene y protección

I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D     X    

- Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de animo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal , desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.
- Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehisciente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fistula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.

- Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fistula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.
  
- Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.

#### 9.- Necesidad de evitar peligros

I \_\_\_\_\_  
 PD   X    
 D \_\_\_\_\_

- Alto riesgo de lesión por afectación de la movilidad y marcha inestable relacionado a la fuerza limitada y al control muscular debilitado manifestado por postración en cama por periodos prolongados, necesidad de ser ayudada para moverse intencionalmente dentro del medio incluyendo la movilidad en cama, ejercicios, incorporación, traslados y ambulación.

## 10. Necesidad de comunicarse

I \_\_\_\_\_  
PD.   X    
D \_\_\_\_\_

- Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño (en períodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.
  
- Deterioro de las interacciones sociales relacionado con depresión y aislamiento social, manifestado por rechazo a establecer diálogo con cualquier persona, falta de motivación, desesperanza, relaciones superficiales, apatía.
  
- Incapacidad de adaptación, relacionado con su dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales, manifestado por cambios en los patrones normales de comunicación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, depresión por los

cambios en su integridad corporal y tristeza por la ruptura de los lazos emocionales por la muerte de su cónyuge.

**11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.**

I \_\_\_\_\_  
PD   X    
D \_\_\_\_\_

- Angustia espiritual al expresar preocupación sobre el significado de la vida, el sufrimiento y la muerte, relacionado a la pérdida de función por su enfermedad, la muerte de su cónyuge y la hospitalización de su hijo, manifestado por sentimientos de culpa, ansiedad, enojo, resentimiento.

**12.- Necesidad de trabajar y realizarse**

I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D   X  

- Alteración del desempeño del rol familiar, del concepto de uno mismo, en relación con su desempleo y los cambios en los patrones usuales de responsabilidad manifestado por sentimientos de inutilidad, fracaso, desesperanza, enojo, aumento de la dependencia con los demás.



- Conflicto en el rol de la maternidad por interrupción de las actividades rutinarias del quehacer doméstico y el cuidar de sus nietos por lo prolongado de su hospitalización manifestado por preocupación, ansiedad, enojo, hipersensibilidad ante la crítica, piensa en la desorganización familiar que deben estar teniendo en su casa.
  
- Desesperanza al considerar que su vida siempre a tenido mala suerte, relacionado con sus sentimientos de pérdida de su cónyuge, la hospitalización de su hijo, los tratamientos prolongados dolorosos e incómodos y el deterioro de sus condiciones fisiológicas, manifestado por disminución de la verbalización, falta de interés por actividades de la vida diaria, anorexia, duerme más en el día y por las noches tiene insomnio, desanimo consigo misma y con los demás, escaso contacto con la mirada, desaliento, aislamiento social, falta de implicación en el autocuidado, depresión y pensamientos negativos.

**13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas**

I \_\_\_\_\_  
 PD \_\_\_\_\_  
 D \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

- Déficit de las actividades recreativas en relación con su pérdida de interés o placer en las actividades normales y los bajos niveles de energía que tiene, manifestado por desatención, expresión facial vacía, inmovilidad en cama, falta de interés para realizar actividades habituales, favoritas o de recreo.

- Trastorno de la adaptación relacionado con el duelo incompleto por pérdida de su cónyuge y la imposibilidad física, manifestado por comentarios de no aceptación del cambio en su estado de salud y estilo de vida, capacidad desacertada para resolver sus problemas de la pérdida emocional grave.

#### 14. Necesidad de aprendizaje.

I \_\_\_\_\_  
PD \_\_\_\_\_  
D   X  

- Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud en relación con conocimiento insuficiente del problema, de las posibilidades terapéuticas y de lo conveniente de la modificación de su conducta, manifestado por aislamiento social, desinterés, enojo, desesperanza, rechazo.
- Expresa verbalmente una falta de energía abrumadora y constante desinterés para aprender a realizar su autocuidado, relacionado con los cuidados a la ileostomía, a sus trastornos nutricionales y emocionales, manifestado por aumento de los problemas físicos, inestabilidad emocional, irritable, dificultad en la capacidad para concentrarse, disminución del rendimiento y falta de interés en su entorno.

## 2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS HOSPITALARIOS

---

### 2.4.1 NECESIDAD DE OXIGENACION

(PD)

#### *DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:*

*2.4.1.1 Limpieza ineficaz de las vías respiratorias, relacionado con reposo en cama por periodos prolongados y la limitación del movimiento secundario a dolor en herida quirúrgica dehiscente, manifestado por debilidad general, dolor bilateral del tórax, tos productiva de secreción amarillenta, aumento de la frecuencia respiratoria, elevaciones intermitentes de la temperatura, náusea y vómito.*

#### **Fundamentación (F):**

La limpieza ineficaz de las vías respiratorias es el estado en el que se experimenta una amenaza real o potencial en el estado de su respiración en relación con la incapacidad para toser de forma eficaz.

Existe un alto riesgo de alteración de la función respiratoria cuando existe hipoventilación, la inhibición del reflejo tusígeno, broncoespasmo y deshidratación ya que pueden provocar una retención de las secreciones bronquiales, por lo tanto, aparecer atelectasias segmentarias y la consiguiente infección pulmonar originando dolor dorsal a nivel del tórax.

Dentro de las complicaciones postoperatorias quirúrgicas realizadas a nivel del abdomen es común la infección pulmonar como la neumonía debido a la disminución de la capacidad ventilatoria y al acumulo exagerado de secreciones; con igual frecuencia aparece después de la anestesia por inhalación, local o intravenosa; pero en un mayor porcentaje cuando hay complicaciones de fracturas costales.

*Dx. Enf. Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionado con reposo en cama por periodos prolongados y la limitación del movimiento secundario a dolor en herida quirúrgica dehiscente, manifestado por debilidad general, dolor bilateral del tórax, tos productiva de secreción amarillenta, aumento de la frecuencia respiratoria, elevaciones intermitentes de la temperatura, náusea y vómito.*

---

### **Objetivos:**

- ◆ Disminuir el dolor dorsal bilateral del tórax favoreciendo el desprendimiento y expulsión de secreciones acumuladas en bronquios.
- F. Al eliminar el tapón de exudado bronquial espeso se favorece la ventilación y se evita la proliferación de microorganismos en pulmones, por consiguiente se quitara el dolor.
- ◆ Procurar que exista una alta humedad continua conservando el nebulizador lleno de agua y la mascarilla perfectamente adaptada a la cara.
- F. Al conservar una atmósfera de alta humedad se favorece el aflojamiento de las secreciones y ayuda al paciente a expectorarlas.
- ◆ Aumentar gradualmente la actividad.
- F. La actividad mejora la función respiratoria, ejerciéndose una presión muscular eficiente en la región torácica, permitiendo el uso eficaz de pulmones y corazón con lo que mejora el intercambio gaseoso, favorece la exhalación respiratoria adicional, facilita la respiración y previene la congestión pulmonar.
- ◆ Mantener una vena permeable para facilitar la administración de medicamentos.
- F. La administración de medicamentos por vía endovenosa tiene la finalidad de que el efecto de los medicamentos se lleva en un tiempo mínimo, se mantiene una concentración constante del medicamento por periodos indefinidos, logra mantener y restituir el equilibrio hidroelectrolítico y permite administrar medicamentos que por otra vía de administración se verían destruidos antes de llegar a su sitio de acción.
- ◆ Mitigar el temor y la ansiedad de la paciente respecto a la administración de los fármacos y sus efectos por vía oral y endovenosa.

*Dx. Enf. Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionado con reposo en cama por periodos prolongados y la limitación del movimiento secundario a dolor en herida quirúrgica dehiscente, manifestado por debilidad general, dolor bilateral del tórax, tos productiva de secreción amarillenta, aumento de la frecuencia respiratoria, elevaciones intermitentes de la temperatura, náusea y vómito.*

---

F. La confianza al saber ¿qué se le esta administrando? y ¿con qué finalidad?, facilita que el paciente acepte el tratamiento y coopere para permitir que le sean ministrados.

#### **Acciones de Enfermería ( A):**

A. Aplicación del nebulizador de forma intermitente a 3lt/ x'.

F. La entrada de microesferas de agua que entran durante el aire inhalado hacen que llegue como calor húmedo, ayudando a la fluidificación de las secreciones de las vías respiratorias, por lo que pueden expectorarse más fácilmente, así como combaten la inflamación y la irritación de las mucosas.

A. Administrar fisioterapia pulmonar e indicarle que respire profundo y trate de expulsar las secreciones tosiendo.

F. La percusión se realiza para aflojar y expectorar las secreciones espesas; se realiza aplicando golpecitos suaves y firmes en la región dorsal del tórax sobre el segmento pulmonar, con la mano ahuecada y en forma rítmica sin causarle daño. Se le indica que la respiración la realice en forma profunda a intervalos frecuentes, o sea que expanda por completo los pulmones, reteniendo el aliento durante un segundo o dos y luego espire, y enseguida tosa lo más prolongado posible; lo que facilita la expulsión de secreciones y previene la congestión pulmonar, aumenta el intercambio gaseoso en los pulmones mejorando la función respiratoria.

A. Favorecer gradualmente su movilización en su entorno físico, incluyendo moverse en la cama, realizar ejercicios, trasladarse y ambular, sola o con ayuda.

F. La actividad corporal como son los cambios de posición influyen en el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono en los pulmones para que funciones en mejor forma, con lo que se evita el entorpecimiento nutricional y la eliminación de productos de desecho desde las células, impidiendo complicaciones como la neumonitis hipostática por congestión de secreciones en las partes de declive del pulmón, lo cual favorecería la infección.

*Dx. Enf. Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionado con reposo en cama por periodos prolongados y la limitación del movimiento secundario a dolor en herida quirúrgica dehiscente, manifestado por debilidad general, dolor bilateral del tórax, tos productiva de secreción amarillenta, aumento de la frecuencia respiratoria, elevaciones intermitentes de la temperatura, náusea y vómito.*

---

A. Colocación en posición semifowler.

F. La posición semifowler o fowler favorece cuando hay problemas de dificultad para respirar, ya que esta posición hace que descendan los órganos abdominales, ejerciéndose menos presión en la región torácica, permitiendo el uso eficiente de pulmones y corazón, ya que disminuye la tensión muscular abdominal y lumbar con lo que favorece la exhalación respiratoria adicional, facilita la respiración y previene la congestión pulmonar.

A. Canalizar una vena y mantenerla permeable, manteniendo una hidratación adecuada.

F. La vía parenteral intravenosa ofrece exactitud y rapidez al penetrar directamente en la sangre ya que se llega en pocos minutos al órgano blanco y se pueden administrar varios fármacos por el mismo sitio, ayuda también a mantener hidratada a la paciente con lo que se fluidifican las secreciones y mejora la ventilación; pero también tiene las desventajas de que se pueden producir reacciones desfavorables en pocos minutos sin poderlas detener como puede ser una reacción alérgica al medicamento o choque, una sobredosis o incluso una bacterémia por mala técnica en el manejo de la asepsia. Por lo que se deben administrar en forma segura y eficiente con respecto al tipo de medicamento, presentación, conservación, dosis, vida media, vía de administración, efectos, interacciones farmacológicas.

A. Indicarle al paciente los medicamentos que se le van a administrar y los efectos esperados, los efectos secundarios que se puedan presentar.

F. El paciente espera que la enfermera explique las medidas asistenciales a que lo someterá, sobretodo si ha tenido malas experiencias, pues a pesar de que conoce con anticipación algunos procedimientos del hospital, espera que se hagan excepciones razonables y justas, cuando sea necesario, para atender satisfactoriamente sus necesidades.

A. Administrar Metamizol 1gr. IV cada 8hrs.

F. El Metamizol (Dipirona) es un derivado de las pirazolonas su efecto analgésico está originado por que actúa a nivel de las terminaciones nerviosas periféricas bloqueando los impulsos dolorosos y su efecto antipirético es porque actúa a nivel del sistema nervioso central originando vasodilatación periférica y sudoración; está indicado para dolores

*Dx. Enf. Limpieza ineficaz de las vías respiratorias relacionado con reposo en cama por periodos prolongados y la limitación del movimiento secundario a dolor en herida quirúrgica dehiscente, manifestado por debilidad general, dolor bilateral del tórax, tos productiva de secreción amarillenta, aumento de la frecuencia respiratoria, elevaciones intermitentes de la temperatura, náusea y vómito.*

---

agudos y crónicos, se debe tener precaución cuando se administre por que tiende a bajar la presión arterial.

A. Administrar Ambroxol 10cc VO c/8hrs.

F. El Ambroxol es un mucolítico, expectorante con acción surfactante. Por lo que esta indicado en procesos broncopulmonares que cursen con aumento de la viscosidad y adherencia del moco, en los que es necesario mantener libre de secreciones las vías respiratorias.

#### **Evaluación:**

Los objetivos se lograron en su totalidad, gracias a la cooperación de la paciente y de sus familiares ya que al entender la finalidad de cada acción, apoyaban realizando todo lo que se les indicaba lo que facilitó el tratamiento y su más rápida recuperación.

Los resultados de la Radiografía de Tórax del día 9 - II - 2000 fue de probable neumonía, este diagnóstico nunca se confirmó por su medico tratante, el manejo que se dio fue que se le aplicó diariamente nebulizaciones , fisioterapia pulmonar, mucolíticos, analgésicos, que cambiara de posiciones y ambulara por los pasillos; lo cual funcionó ya que el dolor dorsal empezó a ceder hasta desaparecer; la expectoración de ser abundante y amarillenta se volvió progresivamente transparente y escasa, el último día ya no expectoró, lo que ayudó a desaparecer paulatinamente las náuseas y el vómito ya que la mayoría de las veces era porque le daba asco sentir las en la boca y esto desencadenaba emesis y la otra era que no le gustaba la comida del hospital.

Aunque el antibiótico se le estaba dando principalmente por la dehiscencia de herida , probablemente de forma indirecta también tuvo cierta participación en prevenir la probable infección en pulmón.

## 2.4.2 NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

(D)

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

**2.4.2.1** *Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos en relación con aumento de las pérdidas insensibles de líquidos secundaria a hipertermia e ileostomía, y a la motivación disminuida para beber líquidos, manifestado por pérdidas superiores a la ingesta, membranas mucosas semihidratadas, orina concentrada, disminución de la turgencia de la piel, náusea, vómito, anorexia.*

F. El Déficit de líquidos corresponde a cuando no se esta a dieta absoluta y se experimenta o está en riesgo de deshidratación vascular, intersticial o intracelular.

Las complicaciones del vómito persistente que impide la administración oral incluyen: alteraciones de líquidos, electrólitos y desnutrición.

Por la ileostomía se pierden de 500 a 800ml por día, pudiendo dar un desequilibrio electrolítico y de líquidos debido a que es un intestino no funcional.

**2.4.2.2** *Déficit de la autoalimentación relacionado al trastorno emocional, la incomodidad del dolor en herida quirúrgica dehiscente y a las restricciones dietéticas al que está sometida, manifestado por inapetencia, ingestión inadecuada de alimentos con rechazo total a la comida hospitalaria, palidez de las conjuntivas y de las membranas mucosas, bajo tono muscular, debilidad, náusea, vómito.*

F. La ingesta de alimentos es un acto voluntario que depende de las sensaciones conscientes de hambre y saciedad, las cuales se modifican con la conducta aprendida. Es considerado un déficit de la autoalimentación cuando se experimenta una ingestión de nutrientes deficiente para cubrir las necesidades metabólicas en relación a la afectación en la capacidad para efectuar o finalizar por sí misma las actividades de alimentación.

La falta de apetito puede estar dado por diversos factores como son enfermedades, falta de interés por los alimentos, tensión y preocupación, si el síntoma se perpetúa la persona puede llegar a un grado de inanición grave; si además se agrega la náusea y el vómito cuyo centro regulador (suelo del cuarto ventrículo) puede recibir estímulos del aparato



*Dx.Enf.: Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos en relación con aumento de las pérdidas insensibles de líquidos secundaria a hipertermia e ileostomía, y a la motivación disminuida para beber líquidos, manifestado por pérdidas superiores a la ingesta, membranas mucosas mal hidratadas, orina concentrada, disminución de la turgencia de la piel, náusea, vómito, anorexia.*

- *Déficit de la autoalimentación relacionado al trastorno emocional, la incomodidad del dolor en herida quirúrgica dehiscente y a las restricciones dietéticas al que está sometida, manifestado por inapetencia, ingestión inadecuada de alimentos con rechazo total a la comida hospitalaria, palidez de las conjuntivas y de las membranas mucosas, bajo tono muscular, debilidad, náusea, vómito.*
- 

gastrointestinal por irritación o alteraciones mecánicas en cualquier nivel del aparato digestivo, alguna infección sistémica aguda, por reacción a dolor intenso, y por temor o desagrado.

### Objetivos:

- ◆ Participar en el restablecimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos del paciente para prevenir complicaciones.

F. Los desequilibrios incluyen cambios en el volumen de líquidos extracelulares y por piel y pulmones; en la composición de los principales electrolitos ( cationes: sodio, potasio, calcio y magnesio; aniones: cloruros, bicarbonato y fosfato) y en su estado ácido-básico. Las complicaciones más frecuentes son hipovolemia, hiponatremia, hipopotasemia, hipocalcemia e hipomagnesemia.

Cuando hay una deshidratación se requiere administrar líquidos por vía oral y soluciones endovenosas de reposición con una composición parecida a la del líquido corporal perdido para contribuir a la homeostasia corporal.

- ◆ Favorecer la mayor ingesta de nutrientes que sean adecuados para paciente con ileostomía.
- ◆ Contribuir y fomentar buenos hábitos alimenticios en relación a sus requerimientos nutricionales e hídricos actuales.

F. A fin de llevar a cabo sus funciones, todas las células del cuerpo requieren nutrimentos, que deben derivarse de la ingestión de alimentos que contengan proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, así como celulosa y otras sustancias vegetales que no tienen valor nutricional. Una dieta que contenga tales sustancias satisface las necesidades de energía del cuerpo y mantiene el peso aproximadamente constante.

*Dx. Enf.: Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos en relación con aumento de las pérdidas insensibles de líquidos secundaria a hipertermia e ileostomía, y a la motivación disminuida para beber líquidos, manifestado por pérdidas superiores a la ingesta, membranas mucosas semihidratadas, orina concentrada, disminución de la turgencia de la piel, náusea, vómito, anorexia.*

- *Déficit de la autoalimentación relacionado al trastorno emocional, la incomodidad del dolor en herida quirúrgica dehisciente y a las restricciones dietéticas al que está sometida, manifestado por inapetencia, ingestión inadecuada de alimentos con rechazo total a la comida hospitalaria, palidez de las conjuntivas y de las membranas mucosas, bajo tono muscular, debilidad, náusea, vómito.*
- 

- ◆ Asegurar que el paciente esté tan cómodo y tranquilo como sea posible.

F. Un ambiente social y emotivo favorece la nutrición.

La alineación cercana a la posición anatómica impide el esfuerzo o la tensión muscular innecesaria dando comodidad.

- ◆ Darle facilidades al paciente para que seleccione los alimentos si su estado general y los reglamentos de la institución lo permite.
- ◆ Enseñar al paciente y a la familia las precauciones necesarias en el tipo de alimentos permisibles para su dieta.
- ◆ Impedir la aparición de infecciones gastrointestinales o complicaciones.

F. La enseñanza en relación al buen funcionamiento del aparato gastrointestinal, tiene como base una dieta equilibrada, nutritiva y variada que sea compatible con los gustos del paciente.

- ◆ Vigilar que la dieta del paciente sea la indicada, además de considerar el aroma, temperatura y aspecto.

F. La identificación y relación paciente – dieta, evita problemas o complicaciones. Si la enfermera identifica y comprende los sentimientos, actitudes, costumbres familiares, las opiniones personales del paciente, pueden impedir, limitar e influir en la aceptación o el rechazo de algunos alimentos, así como los estímulos físicos y emocionales alteran el funcionamiento digestivo.

- ◆ Tratar de controlar e inhibir la náusea y el vómito por medio de antieméticos.

F. Los fármacos antieméticos actúan sobre la zona quimiorreceptora desencadenante, la corteza cerebral, el aparato vestibular y el centro del vómito.

*Dx. Enf.: Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos en relación con aumento de las pérdidas insensibles de líquidos secundaria a hipertermia e ileostomía, y a la motivación disminuida para beber líquidos, manifestado por pérdidas superiores a la ingesta, membranas mucosas malhidratadas, orina concentrada, disminución de la turgencia de la piel, náusea, vómito, anorexia.*

- *Déficit de la autoalimentación relacionado al trastorno emocional, la incomodidad del dolor en herida quirúrgica dehisciente y a las restricciones dietéticas al que está sometida, manifestado por inapetencia, ingestión inadecuada de alimentos con rechazo total a la comida hospitalaria, palidez de las conjuntivas y de las membranas mucosas, bajo tono muscular, debilidad, náusea, vómito.*
- 

### **Acciones de enfermería:**

- A.** Corregir el déficit volumétrico proporcionándole los líquidos favoritos para la paciente dentro de las restricciones dietéticas y administrar sustancias endovenosas como solución Mixta de 1000cc para 8hrs.

- Valorar la comprensión de la paciente sobre las razones para mantener una hidratación y alimentación suficiente explicándole la importancia de consumir cantidades adecuadas.

**F.** Generalmente la ingestión mínima, necesaria para mantener el equilibrio hídrico es de 700 a 1000ml al día. Por lo general, la sed sirve para que se conserve la ingestión de agua por encima del nivel basal; pero se producirá deshidratación si por debilitación o incapacidad se restringe de manera continua la ingesta de líquidos.

Las necesidades nutricionales de las personas cuyo aparato digestivo no acepta los alimentos suelen satisfacerse por vía endovenosa. La administración parenteral puede incluir concentraciones altas de glucosa, proteínas o grasas, para satisfacer las necesidades nutricionales.

La infusión de líquidos, electrolitos y sustancias por vía intravenosa tiene la ventaja de que su absorción es muy rápida, pues pasan directamente al líquido extracelular y los mecanismos homeostáticos corporales, actúan rápidamente impidiendo que el líquido introducido produzca cambios excesivos en el volumen o la concentración de electrolitos del líquido extracelular.

- A.** Proporcionarle primero una dieta de líquidos claros a tolerancia, y dependiendo de su favorable aceptación cambiarla por una dieta blanda con líquidos abundantes y después por una dieta blanda sin irritantes, astringente.

*Dx. Enf.: Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos en relación con aumento de las pérdidas insensibles de líquidos secundaria a hipertermia e ileostomía, y a la motivación disminuida para beber líquidos, manifestado por pérdidas superiores a la ingesta, membranas mucosas semihidratadas, orina concentrada, disminución de la turgencia de la piel, náusea, vómito, anorexia.*

- *Déficit de la autoalimentación relacionado al trastorno emocional, la incomodidad del dolor en herida quirúrgica dehisciente y a las restricciones dietéticas al que está sometida, manifestado por inapetencia, ingestión inadecuada de alimentos con rechazo total a la comida hospitalaria, palidez de las conjuntivas y de las membranas mucosas, bajo tono muscular, debilidad, náusea, vómito.*
- 

- Enseñarle a la paciente y a sus familiares el régimen dietético adecuado para paciente con ileostomía.

F. En las etapas iniciales de la rehabilitación, la administración de alimentos debe limitarse hasta que la función GI se haya restablecido, para evitar diarrea, náusea y vómito y gradualmente debe irse incrementando la ingesta. Los trastornos psíquicos y el dolor alteran las secreciones gástricas, afectando la nutrición.

La dieta de líquidos consiste en alimentos que puedan ser bebidos o ingeridos, fundamentalmente consisten en jugos de frutas y verduras, gelatina, jaleas, flanes y las bebidas usuales como el té, agua de frutas, caldos (de carne o vegetales). Los líquidos son necesarios para mantener la homeostasia, disipar el calor generado por la actividad metabólica y secretar los solutos derivados del metabolismo celular.

La dieta blanda con líquidos abundantes debe de ser de textura suave ( todo debe de estar hervido), que estimule poco el aparato digestivo, siendo de digestión fácil, los principales alimentos consisten en Yogur, arroz perlado, pasta, patatas, pollo, carnes magras, manzana hervida, puré de verduras, pan de molde.

La dieta blanda astringente es favorable en pacientes con ileostomía, pues también es denominada antidiarreica, ya que se deben evitar las fibras vegetales; es administrada en pequeños volúmenes por ingesta, se evita la leche, guisados fritos, embutidos, salados, grasas e irritantes.

- A. Cerciorarse a través de la paciente y de los familiares qué comidas le gustan, a cuales tiene intolerancia, a que temperatura le gustan, así como valorar la capacidad de masticar, tragar, saborear, la dentadura y la consistencia de los alimentos.

F. Al detectar los factores que puedan impedir la ingestión y /o la digestión de nutrientes, ya sea por intolerancia, aversiones a los alimentos, por factores psicológicos, deseos o influencias culturales se puede corregir el régimen dietético y controlar de esta forma los factores causantes de la anorexia en un paciente hospitalizado.

*Dx. Enf.: Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos en relación con aumento de las pérdidas insensibles de líquidos secundaria a hipertermia e ileostomía, y a la motivación disminuida para beber líquidos, manifestado por pérdidas superiores a la ingesta, membranas mucosas semihidratadas, orina concentrada, disminución de la turgencia de la piel, náusea, vómito, anorexia.*

- *Déficit de la autoalimentación relacionado al trastorno emocional, la incomodidad del dolor en herida quirúrgica dehisciente y a las restricciones dietéticas al que está sometida, manifestado por inapetencia, ingestión inadecuada de alimentos con rechazo total a la comida hospitalaria, palidez de las conjuntivas y de las membranas mucosas, bajo tono muscular, debilidad, náusea, vómito.*
- 

A. Tener en cuenta las pérdidas adicionales asociadas a los vómitos y la fiebre y si es necesario administrar antieméticos como Metoclopramina (10mg IV c/8hrs) y Difenidol (2ml IV c/24hrs).

F. Los fármacos antieméticos previenen o mejoran las náuseas y los vómitos.

La Metoclopramina su acción antiemética se relaciona con sus efectos gastrocinéticos y con las acciones antagonistas de la dopamina, puede producir efectos adversos como son inquietud, lasitud, somnolencia y fatiga.

El Difenidol actúa sobre el aparato vestibular aural. Solo deberá usarse después del fracaso de fármacos más seguros. El tratamiento debe supervisarse cuidadosamente y detenerlo si hay alucinaciones auditivas o visuales, desorientación o confusión. También puede aparecer somnolencia, vértigo y sequedad de boca; esta contraindicado en enfermos con disfunción renal grave.

A. Administrar un antiulceroso como el betabloqueador de los H<sub>2</sub> (Ranitidina 50mg IV cada 8hrs) para prevenir la formación de una gastritis o úlcera gástrica.

F. El mecanismo de acción de la Ranitidina es a través de ser un antagonista de los receptores H<sub>2</sub> con lo que inhibe la secreción gástrica basal, al prohibir por competencia la acción de la histamina en los receptores H<sub>2</sub> de las células parietales; por eso esta indicada como profilaxis del sangrado gástrico por estrés, hipersecreción gástrica, reflujo, úlcera gástrica y duodenal activa benigna.

### **Evaluación:**

Se logro mantenerla hidratada por medio de las soluciones parenterales que le pasaban en un promedio de 875ml durante las 7hrs que yo pasaba con ella, más los líquidos que ingería de su dieta y los que le llevan su hijas, tomando por la mañana aproximadamente ½ litro de agua; pero no probó alimento durante los primeros 6 días que estuve con ella, mostraba desagrado para comerse toda su dieta, debido a que apenas probaba los alimentos más sólidos empezaba con la náusea y el vómito. En un principio se pensó que era por la fluidificación de las secreciones al ingerir líquidos empezaba con

*Dx. Enf.: Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos en relación con aumento de las pérdidas insensibles de líquidos secundaria a hipertermia e ileostomía, y a la motivación disminuida para beber líquidos, manifestado por pérdidas superiores a la ingesta, membranas mucosas semihidratadas, orina concentrada, disminución de la turgencia de la piel, náusea, vómito, anorexia.*

- *Déficit de la autoalimentación relacionado al trastorno emocional, la incomodidad del dolor en herida quirúrgica dehisciente y a las restricciones dietéticas al que está sometida, manifestado por inapetencia, ingestión inadecuada de alimentos con rechazo total a la comida hospitalaria, palidez de las conjuntivas y de las membranas mucosas, bajo tono muscular, debilidad, náusea, vómito.*
- 

la expectoración de secreciones lo que le daba náusea sentir las en la boca y empezaba el vómito; pero se observó que cuando empezaron a desaparecer las secreciones y a tolerar bien los líquidos continuaba con la náusea y el vómito; se detectó que el principal problema era que no tolera el sabor de la comida del hospital pues no era de su agrado, sobretodo porque no tenía sal y le daban alimentos que ella no está acostumbrada a comer en su casa, además se le dificultaba triturar los alimentos por la falta de piezas dentales, más cuando le llevaban pollo y carne de res. Por el otro lado su trastorno afectivos de depresión se manifestaba con anorexia.

Al ver el desagrado por la comida del hospital se les sugirió a los familiares que hablaran con su médico tratante y le expusieran la situación; el médico autorizó que le podían llevar únicamente líquidos. En los últimos 4 días que estuve con ella sus hijas le empezaron a llevar variados líquidos, pero además alimentos que no había autorizado el médico, pero si tenían las características adecuadas de dieta para paciente con ileostomía como fue Yakult, frutas cocidas con azúcar, verduras cocidas con muy poca sal y solamente así la paciente aceptó los alimentos y afortunadamente su organismo también los toleró bien; conforme fue mejorando su estado anímico fue aumentando la ingesta. Se vigiló que no hubiera diarrea, molestias, ni complicación de obstrucción del estoma y nunca se presentaron por lo que continuo comiendo lo que le llevaban sus hijas, observándose una mejoría impresionante de la debilidad general que tenía en un principio, sus movimientos se volvieron más firmes y dinámicos.

Se planificaron los procedimientos dolorosos como la curación de la herida dehisciente y otros desagradables como el cambio o lavado de la bolsa recolectora de colostomía, evitándole así molestias, olores nauseabundos y visiones desagradables en las horas próximas a las comidas.

Por lo que se puede considerar que se cumplieron los objetivos aunque con ciertas modificaciones del planteamiento original.

## **2.4.3 NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

(D)

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

**2.4.3.1 Evacuación involuntaria de heces por el estoma, relacionado a la ileostomía manifestado por continuas y abundantes defecaciones semilíquidas, de mal olor; con filtración de heces por la barrera protectora de piel de la bolsa recolectora.**

F. En la ileostomía generalmente drenan las evacuaciones desde el extremo distal del intestino delgado a través del estoma, experimentándose un cambio en los hábitos intestinales normales, caracterizado por la emisión involuntaria de heces líquidas que drenan constantemente ( 1 a 2 lt de liquido/ día inicialmente y disminuye a entre 500 y 800ml/día después de uno o dos meses) y no puede ser controlado por lo que se pierden electrólitos y agua.

**2.4.3.2 Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud en relación con la ileostomía, manifestado por conocimiento insuficiente del procedimiento para colocar la bolsa de colostomía, el cuidado de la piel alrededor del estoma y el manejo del reservorio ileal.**

F. La ileostomía se realiza con el objeto de hacer un ano artificial en la pared anterior del abdomen (estoma), determinándose la localización de la abertura por el tipo de lesión del colon. La ileostomía generalmente drena desde el extremo distal del intestino delgado.

**2.4.3.3 Alteración de la imagen corporal relacionado con la fístula mucosa y la ileostomía, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social por la ansiedad sobre el posible mal olor y fugas del equipo de colostomía.**

*Dx. Enf.: -Evacuación involuntaria de heces por el estoma, relacionado a la ileostomía manifestado por continuas y abundantes defecaciones semilíquidas, de mal olor; con filtración de heces por la barrera protectora de piel de la bolsa recolectora.*

*-Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud en relación con la ileostomía, manifestado por conocimiento insuficiente del procedimiento para colocar la bolsa de colostomía, el cuidado de la piel alrededor del estoma y el manejo del reservorio ileal.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la fistula mucosa y la ileostomía, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social por la ansiedad sobre el posible mal olor y fugas del equipo de colostomía.*

---

F. La hemicolectomía consistió en extirpar el tramo de colon que estaba necrosado, y después se formó un estoma con la porción distal del íleon y la porción distal del colon se cierra, permaneciendo el proceso fistuloso.

Las fistulas externas suelen ser espontáneas tras abscesificación yuxtaentérica y drenaje, o bien tras dehiscencia de una anastomosis quirúrgica en la cual lo principal es asegurar un drenaje eficaz. La aparición de esta complicación en un estoma puede ser debida a la técnica quirúrgica, a los cuidados ulteriores del mismo, o a la recidiva de la enfermedad causal.

#### ***2.4.3.4 Dificultad para la eliminación urinaria relacionado a la dificultad para trasladarse al baño secundario a la disminución de la fuerza y la resistencia, manifestado por inmovilidad en cama por falta de interés para realizar actividades habituales.***

F. La alteración de la diuresis es el estado en el cual se experimenta o está en riesgo de experimentar un trastorno en la eliminación urinaria.

#### **Objetivos:**

- ◆ Evaluar el estoma para descartar alteraciones que lleven a complicaciones.

F. El estoma deberá aparecer rojo, similar al color de la mucosa del interior del carrillo; su tamaño deberá de ser de 2.25cm en la ileostomía y de 1 a 1.5cm en la colostomía, protuyente ligeramente del abdomen y sin sangrado.



*Dx. Enf.: -Evacuación involuntaria de heces por el estoma, relacionado a la ileostomía manifestado por continuas y abundantes defecaciones semilíquidas, de mal olor; con filtración de heces por la barrera protectora de piel de la bolsa recolectora.*

*-Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud en relación con la ileostomía, manifestado por conocimiento insuficiente del procedimiento para colocar la bolsa de colostomía, el cuidado de la piel alrededor del estoma y el manejo del reservorio ileal.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la fístula mucosa y la ileostomía, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social por la ansiedad sobre el posible mal olor y fugas del equipo de colostomía.*

*-Dificultad para la eliminación urinaria relacionado a la dificultad para trasladarse al baño secundario a la disminución de la fuerza y la resistencia, manifestado por inmovilidad en cama por falta de interés para realizar actividades habituales.*

---

- ◆ Asegurarse de que la piel alrededor del estoma este siempre seca y limpia de materia fecal.

F. Una ileostomía produce líquido fecal que drena constantemente y no puede ser controlado; contiene enzimas digestivas que son lesivas a la piel. El olor del drenaje es mínimo porque contiene pocas bacterias.

- ◆ Alentar la participación del enfermo y su familia en los cuidados de la colostomía.

F. Esta alteración drástica del aspecto físico es una experiencia temida y atemorizante, que generalmente causa hostilidad; la mejor disposición a escuchar y a contestar preguntas es el mejor instrumento de la enfermera para ayudar al individuo a enfrentarse a este período difícil.

- ◆ Mitigar la turbación y el sentimiento de culpa que sufre el paciente por depender de los demás para atender el proceso de la micción tan básica y privada.

F. Las funciones normales de eliminación pueden ser inhibidas por la dependencia hacia los demás, por lo cual la enfermera debe proporcionar sin demoras el cómodo cuando se le solicite, respetar el deseo de aislamiento y el pudor del paciente.

- ◆ Evitarle al paciente uropatías por estasis urinaria de muchas horas.

*Dx. Enf.: -Evacuación involuntaria de heces por el estoma, relacionado a la ileostomía manifestado por continuas y abundantes defecaciones semilíquidas, de mal olor; con filtración de heces por la barrera protectora de piel de la bolsa recolectora.*

*-Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud en relación con la ileostomía, manifestado por conocimiento insuficiente del procedimiento para colocar la bolsa de colostomía, el cuidado de la piel alrededor del estoma y el manejo del reservorio ileal.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la fístula mucosa y la ileostomía, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social por la ansiedad sobre el posible mal olor y fugas del equipo de colostomía.*

*-Dificultad para la eliminación urinaria relacionado a la dificultad para trasladarse al baño secundario a la disminución de la fuerza y la resistencia, manifestado por inmovilidad en cama por falta de interés para realizar actividades habituales.*

---

F. Las concentraciones elevadas de urea, el pH bajo, la heperosmolaridad y los productos de ácidos orgánicos dietéticos suelen ser medios desfavorables para las bacterias. Además la dinámica del flujo de orina y las propiedades antibacterianas de la membrana de revestimiento de las vías urinarias parecen constituir importantes mecanismos de defensa.

#### **Acciones de enfermería:**

A. Orientar al paciente y a su familiar en que consiste el tratamiento de la Hemicolectomía e Ileostomía y enseñarles los cuidados y manejos del equipo, proporcionándoles todo el apoyo emocional ya que el tratamiento y su recuperación será de larga duración.

F. Para facilitar que el individuo acepte y coopere en su tratamiento la enfermera siempre debe contemplar los aspectos de orientación, enseñanza y apoyo emocional con lo que se crea una relación de óptima calidad con el paciente, el cual espera que la enfermera tenga muchos conocimientos y habilidad en su trabajo.

A. Enseñar a la persona más cercana el proceso que ha llevado la enfermedad de su familiar, en que consiste el tratamiento de la ileostomía y como lo puede apoyar.

F. Un familiar comprometido con el tratamiento de su pariente es de gran ayuda para su pronta recuperación, ya que será capaz de detectar, auxiliar en ciertas actividades y reportar de inmediato alteraciones, que por exceso de trabajo la enfermera no se de cuenta en el momento que estén suscitándose.

*Dx. Enf.: -Evacuación involuntaria de heces por el estoma, relacionado a la ileostomía manifestado por continuas y abundantes defecaciones semilíquidas, de mal olor; con filtración de heces por la barrera protectora de piel de la bolsa recolectora.*

*-Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud en relación con la ileostomía, manifestado por conocimiento insuficiente del procedimiento para colocar la bolsa de colostomía, el cuidado de la piel alrededor del estoma y el manejo del reservorio ileal.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la fistula mucosa y la ileostomía, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social por la ansiedad sobre el posible mal olor y fugas del equipo de colostomía.*

*-Dificultad para la eliminación urinaria relacionado a la dificultad para trasladarse al baño secundario a la disminución de la fuerza y la resistencia, manifestado por inmovilidad en cama por falta de interés para realizar actividades habituales.*

---

La paciente espera que la enfermera sea amable, con buena disposición para auxiliario y seriedad en las labores que le practica, respetando y asegurando su intimidad.

Si la actitud es positiva y paciente por parte de la enfermera, se puede lograr que la paciente acepte la realidad de su situación, esto permitirá que se comprometa y empiece a participar en los cuidados a su ileostomía tan pronto como sea posible.

A. Realizar cambio de bolsa recolectora cuando se detecte mal sellado y salida de heces, aplicando adecuadamente la técnica de cambio de equipo para paciente con ileostomía.

F. Las evacuaciones de la ileostomía contienen enzimas digestivas con un pH alcalino (6.5 a 7.5) y pocas bacterias, por lo que son lesivas a la piel y el olor del drenaje es mínimo.

A. Valorar el olor, color, consistencia, cantidad y frecuencia de las evacuaciones. Asear la bolsa recolectora para colostomías cada vez que se llene un poco antes de la mitad.

F. El drenaje a través de una ileostomía es considerado como una pérdida anormal continua difícil de calcular, por lo que se tiene que realizar su cuantificación si se sospecha de una disminución del volumen del líquido extra celular en los pacientes con antecedentes de ingesta inadecuada de líquidos, vómito, diarrea o pérdidas gastrointestinales por la ileostomía.

Al lavar la bolsa recolectora para colostomías se evita el mal olor y la probabilidad de que se reviente la bolsa o se desprenda el parche, saliéndose las heces, lo que lesionaría la piel. Esta medida higiénica también favorece la comodidad y aceptación del tratamiento por parte del paciente y sus familiares.

*Dx. Enf.: -Evacuación involuntaria de heces por el estoma, relacionado a la ileostomía manifestado por continuas y abundantes defecaciones semilíquidas, de mal olor; con filtración de heces por la barrera protectora de piel de la bolsa recolectora.*

*-Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud en relación con la ileostomía, manifestado por conocimiento insuficiente del procedimiento para colocar la bolsa de colostomía, el cuidado de la piel alrededor del estoma y el manejo del reservorio ileal.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la fístula mucosa y la ileostomía, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social por la ansiedad sobre el posible mal olor y fugas del equipo de colostomía.*

*-Dificultad para la eliminación urinaria relacionado a la dificultad para trasladarse al baño secundario a la disminución de la fuerza y la resistencia, manifestado por inmovilidad en cama por falta de interés para realizar actividades habituales.*

---

A. Colocarle dos cinturones especiales para la bolsa recolectora de colostomía.

F. Los cinturones para la bolsa recolectora son medidas especiales muy útiles cuando el estoma esta retraído, facilita que la bolsa permanezca mejor adosada al estoma al tratar de evertirlo por la presión y tracción que ejerce el cinturón sobre el abdomen.

A. Indicarle la importancia de que limpie la piel perianal aunque no este evacuando por ano.

F. En la hemicolectomía la parte restante y terminal del colon y recto aunque no están pasando materia fecal, sigue con vitalidad produciéndose salida de escasa secreción mucosa y que junto con el sudor de la piel perianal se pueden acumular causando infecciones o mal olor.

A. Facilitar el cómodo en el momento que la paciente lo solicite y cuantificar la orina.

F. Al realizar el vaciamiento regular de la vejiga se evitan complicaciones de infecciones por rebosamiento.

Cuando los enfermos no pueden cuidarse por sí mismos, esperan que la enfermera los ayude, que sea consciente, comprensiva, que los acepte como son, tomando en consideración sus limitaciones físicas y sus peticiones.

Al cuantificar las micciones se puede detectar las pérdidas sensibles de líquidos.

*Dx. Enf.: -Evacuación involuntaria de heces por el estoma, relacionado a la ileostomía manifestado por continuas y abundantes defecaciones semilíquidas, de mal olor; con filtración de heces por la barrera protectora de piel de la bolsa recolectora.*

*-Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud en relación con la ileostomía, manifestado por conocimiento insuficiente del procedimiento para colocar la bolsa de colostomía, el cuidado de la piel alrededor del estoma y el manejo del reservorio ileal.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la fístula mucosa y la ileostomía, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social por la ansiedad sobre el posible mal olor y fugas del equipo de colostomía.*

*-Dificultad para la eliminación urinaria relacionado a la dificultad para trasladarse al baño secundario a la disminución de la fuerza y la resistencia, manifestado por inmovilidad en cama por falta de interés para realizar actividades habituales.*

---

## **Evaluación:**

Se tuvieron muchos problemas para lograr que la barrera protectora de piel del equipo para colostomía lograra permanecer pegado por más de tres días, incluso llegó a realizarse dos cambios durante el turno, a pesar de que la técnica en la instalación era la adecuada; una de las causas era que su estoma se encuentra retraído y la otra que el sobrepeso le dificulta cambiar de posición; en algunas ocasiones al sobre estirarse para poder incorporarse hacia que se desprendiera el equipo filtrándose heces hacia la piel pero como se corregía inmediatamente, nunca tuvo lesiones en la piel. Durante el turno sus pérdidas en las evacuaciones por la ileostomía eran de 500ml aproximadamente, siempre estuvo filtrando continuamente el estoma, sus heces tienen leve mal olor y generalmente son casi líquidas porque tienen muy poco residuo pastoso.

Se adiestró por medio de las enfermeras especialistas en terapia esterostomal y por mí, a las hijas de la paciente para que aprendieran a cambiar el equipo para la colostomía, logrando que lo hiciera adecuadamente y con todas las precauciones, ya que ellas serán las encargadas de ayudarla colocándole el equipo una vez que se de alta.

En los primeros días cada vez que quería miccionar, se le llevó el cómodo a su cama ya que ella lo solicitaba, debido a su debilidad corporal, por la molestia que sentía de la dehiscencia cuando ejercía presión abdominal al incorporarse y por su falta de ánimo para realizar actividad; por lo que se le trató de colocar en una posición lo más cómoda posible y con el mayor respeto a su privacidad, y aproximadamente orinaba 250 a 300ml durante el turno. En los últimos tres días cuando su estado físico y anímico mejoró, empezó a ir al baño aprovechando el momento cuando se paraba a ambular por los pasillos.

*Dx. Enf.: -Evacuación involuntaria de heces por el estoma, relacionado a la ileostomía manifestado por continuas y abundantes defecaciones semilíquidas, de mal olor; con filtración de heces por la barrera protectora de piel de la bolsa recolectora.*

*-Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud en relación con la ileostomía, manifestado por conocimiento insuficiente del procedimiento para colocar la bolsa de colostomía, el cuidado de la piel alrededor del estoma y el manejo del reservorio ileal.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la fístula mucosa y la ileostomía, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social por la ansiedad sobre el posible mal olor y fugas del equipo de colostomía.*

*-Dificultad para la eliminación urinaria relacionado a la dificultad para trasladarse al baño secundario a la disminución de la fuerza y la resistencia, manifestado por inmovilidad en cama por falta de interés para realizar actividades habituales.*

---

La fistula mucosa tenía escasa salida de sustancia líquida amarillenta gelatinosa, pero si se le realizaba aseo diariamente con jabón y agua, se secaba perfectamente y se sellaba con un apósito, ya que no era necesario colocarle bolsa recolectora. Se trató de manipular lo menos posible para evitarle dolor.

Se observó que la paciente ya aceptó su tratamiento de la ileostomía, pero no puede realizarlo ella sola el cambio de equipo o el vaciado de las evacuaciones, debido al nivel tan incomodo en el que se encuentra el estoma y por el abundante tejido adiposo del abdomen que no le permite el acceso fácil. Se observa por parte de sus familiares la aceptación y el apoyo para ayudarla en el cambio de equipo y vaciado de la bolsa, solamente que se detectaron deficiencias en la técnica, fracasando muchos cambios en un principio, pero se fueron corrigiendo en su momento, hasta que aprendieron a hacerlo bien y como se tenían las precauciones necesarias se evitó irritación de la piel periestomal, la cual se le protegió únicamente limpiando el área con agua y jabón, dejándola perfectamente seca, libre de heces y bien colocado el equipo.

Por lo que los objetivos se cumplieron en su totalidad.

## **2.4.4 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA (PD)**

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:**

**2.4.4.1 Alto riesgo de síndrome de desuso en relación con el dolor agudo secundario a la herida dehiscente, estado de debilidad y a su depresión, manifestado por quejas de dolor con el movimiento, postración en cama, falta de interés a la actividad, fuerza y resistencia disminuida para moverse en su cama, realizar ejercicios, incorporarse, trasladarse y ambular requiriendo el apoyo de otra persona.**

F. La inactividad para movilizarse y deambular puede producir lesión del aparato musculoesquelético, y con ello, surgir rápidamente debilidad muscular. En enfermedades que llevan tratamientos prolongados de hospitalización puede no haber la suficiente energía física o psíquica para soportar o completar las actividades diarias necesarias o deseadas, limitándose el movimiento y las funciones regulares del cuerpo pudiendo trastornarse las funciones de esas zonas por la inmovilización y complicarse en atrofia muscular, disminución de la resistencia física para la actividad, deformidades, falta de coordinación, úlceras por presión, tromboflebitis y contracturas.

### **Objetivos:**

- ◆ Fomentar la función motora óptima al establecer la alineación corporal apropiada y un régimen de ejercicio regular considerando su capacidad y tolerancia a la movilidad.

F. Al realizar ejercicio se puede prevenir la pérdida de la función debida a la inactividad duradera de cualquier articulación o músculo, siempre y cuando no haya patologías presentes que impidan el movimiento como puede ser la artrosis.

- ◆ Alentar a la paciente a afrontar los factores que contribuyen a la fatiga y a organizarlos dentro de los límites de su capacidad.

*Dx. Enf.: -Alto riesgo de síndrome de desuso en relación con el dolor agudo secundario a la herida dehiscente, estado de debilidad y a su depresión, manifestado por quejas de dolor con el movimiento, postración en cama, falta de interés a la actividad, fuerza y resistencia disminuida para moverse en su cama, realizar ejercicios, incorporarse, trasladarse y ambular requiriendo el apoyo de otra persona.*

---

F. Si se logra determinar los factores psicológicos, fisiológicos y físicos que están contribuyendo a su falta de movilidad, permitirá planificar el cuidado con los periodos de descanso entre las actividades para reducir la fatiga.

◆ Realizar ejercicios activos.

F. Los ejercicios activos son los que puede realizar el paciente solo bajo las indicaciones que le de la enfermera . Los ejercicios pasivos son los que dirige moviéndoselos directamente la enfermera en el cuerpo del paciente.

#### **Acciones de enfermería:**

A. Estimular la participación del paciente y el familiar en la realización de la planeación de actividades en la medida de sus posibilidades y capacidad.

- Indicarle sobre el control de la respuesta a la actividad, los signos y síntomas que indican la necesidad del nivel de actividad y las medidas de seguridad para evitar lesiones.

F. Al realizar un plan de máxima actividad dentro de la capacidad del paciente, se previene el esfuerzo intenso, fatiga innecesaria, y lesiones musculoesqueléticas.

A. Favorecer gradualmente su movilización en su entorno físico, incluyendo moverse en la cama, realizar ejercicios, trasladarse y ambular, ayudándole en las actividades y proporcionándole los dispositivos que requiera para su seguridad.

F. La actividad corporal influye acelerando el metabolismo, mejora la irrigación a todos los órganos, provee una mejor oxigenación cerebral, aumenta la síntesis de proteínas y acelera el desecho de productos tóxicos, así mismo previene la pérdida de la función debida a la inactividad duradera de cualquier articulación o músculo siempre y cuando no haya patologías presentes que impidan el movimiento como puede ser la artrosis.



*Dx. Enf.: -Alto riesgo de síndrome de desuso en relación con el dolor agudo secundario a la herida dehiscente, estado de debilidad y a su depresión, manifestado por quejas de dolor con el movimiento, postración en cama, falta de interés a la actividad, fuerza y resistencia disminuida para moverse en su cama, realizar ejercicios, incorporarse, trasladarse y ambular requiriendo el apoyo de otra persona.*

---

A. Protegerla frente a lesiones indicándole los movimientos que va a realizar por ella misma: rotación, flexión, extensión e hiperextensión de cuello y extremidades superiores e inferiores.

F. Se fomenta la “calidad corporal” óptima proporcionando ejercicios regulares, aplicándolos a todos los aparatos y sistemas del cuerpo.

Los ejercicios activos son preferibles a los pasivos y deben ser adaptados según la edad, constitución corporal, estado físico y proceso patológico.

A. Dar masaje en las zonas vulnerables en cada cambio de posición.

F. Las zonas donde se esta ejerciendo presión por periodos prolongados son vulnerable a la aparición de eritema y palidez, al aplicar masaje en ese lugar se favorece una mejor circulación evitando la formación de escaras.

### **Evaluación:**

El objetivo se cumplió en su totalidad pues se reconocieron en fase temprana las limitaciones de las funciones del cuerpo, implementándose los ejercicios activos con los que la paciente cooperó realizándolos. En los primeros días los movimientos eran lentos y con poca coordinación, y en los últimos tres días que estuve con ella, su estado de ánimo mejoró teniendo más interés por la actividad, observándose que sus movimientos eran más dinámicos dentro de sus limitaciones.

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

**2.4.5.1 Alteración del patrón del sueño y descanso relacionado al malestar general, al trastorno emocional depresivo y por la incomodidad de las rutinas hospitalarias, evidenciado por insomnio en las noches y duerme mucho durante el día, se siente cansada, débil e irritada porque le interrumpen el sueño a cada rato.**

F. La alteración del sueño es el estado en el que se experimenta o está en riesgo de experimentar un cambio en la cantidad o calidad del patrón de reposo que corresponde a sus necesidades biológicas y emocionales.

El sueño es el estado fisiológico de inconsciencia, el cual puede verse alterado u ocurrir dificultad para conciliarlo (insomnio). El **insomnio** puede ser **inicial** (dificultad para dormirse) relacionado frecuentemente a trastornos emocionales, como la ansiedad, un estado fóbico o una depresión, que se traducirá también por otros síntomas. El **insomnio de primera hora de la mañana**, en el que el paciente se duerme normalmente pero despierta varias horas antes de la hora habitual y no puede volver a dormirse o bien tiene un sueño inquieto y poco satisfactorio, y es muy frecuente en el envejecimiento, pero a veces se asocia a la depresión. **Insomnio por inversión en el ritmo del sueño** el cual se presenta somnolencia por la mañana, duermen o dormitan durante gran parte del día y tienen un sueño intermitente y con interrupciones durante la noche.

### Objetivo:

◆ Implementar medidas asistenciales para mejorar el reposo y el sueño.

F. Se debe evitar interrumpir el reposo y el sueño, pues las características y calidad del sueño influyen en el bienestar de una persona hospitalizada y al evitar interrupciones frecuentes previene que se trastorne esa sensación de comodidad, con lo que se ofrecerá asistencia de calidad.

◆ Determinar sus patrones del sueño habitual.

*Dx. Enf.: -Alteración del patrón del sueño y descanso relacionado al malestar general, al trastorno emocional depresivo y por la incomodidad de las rutinas hospitalarias, evidenciado por insomnio en las noches y duerme mucho durante el día, se siente cansada, débil e irritada porque le interrumpen el sueño a cada rato.*

---

F. Cada individuo generalmente establece un ritual o rutina para cuando llega el momento de dormir o de conciliar el sueño, establece un número de horas de sueño, una hora para levantarse y propicia un cierto ambiente tranquilo, agradable y confortable; de hay que si se altera alguna o varias de ellas por la hospitalización se alterara el patrón de sueño y muy dificilmente logrará adaptarse de un día para otro.

#### **Acciones de enfermería:**

A. Escuchar al paciente sobre que le esta ocasionando el insomnio, así como explicarle lo que puede estar originando la falta de sueño.

F. Los trastornos del sueño pueden ser a consecuencia de las ansiedades normales o de un trastorno fisico tratable, en su caso el proceso de duelo no resuelto por la pérdida de su cónyuge, todo el proceso traumático del accidente, su incertidumbre sobre la salud de su hijo hospitalizado, y el malestar general por su estado actual de salud.

Proporcionarle al paciente la oportunidad para exteriorizar su ansiedad alivia a menudo la preocupación y ayuda a restablecer un patrón de sueño normal. Muchas personas hospitalizadas además del temor que tienen sobre su enfermedad, sufren el desconcierto de estar en un lugar monótono, con equipo complicado y ruidoso, sufren interrupciones frecuentes en los lapsos de reposo y sueño, tanto por las medidas médicas y de enfermería que se les practican, así como por el ruido de voces y movimiento continuo de pacientes y familiares contiguos, interfiriendo en el bienestar del individuo.

A. Organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias y ruido durante el periodo de sueño.

F. Un ambiente tranquilo y confortable favorece a que la persona se relaje y pueda conciliar más fácil el sueño.

*Dx. Enf.: Alteración del patrón del sueño y descanso relacionado al malestar general, al trastorno emocional depresivo y por la incomodidad de las rutinas hospitalarias, evidenciado por insomnio en las noches y duerme mucho durante el día, se siente cansada, débil e irritada porque le interrumpen el sueño a cada rato.*

---

A. Eliminar las causas del insomnio, aliviar la tensión y ayudar al paciente a relajarse a través de masaje dorsal.

F. El reposo y el sueño suelen ocurrir mejor si la persona está relajada y no sufre tensiones ni preocupaciones. El relajarse indica que el cuerpo esta menos tenso y rígido, y que no ejecuta esfuerzos conscientes o inconscientes.

Las técnicas de relajación dan un efecto sedante si los movimientos de frotamiento sobre el dorso del paciente son lentos, firmes y amplios; debe empezar en la zona de la base de la espalda y ascender en dirección de los dos hombros; también debe comenzar cerca de la espina dorsal, para después moverse hacia fuera a fin de abarcar toda la espalda. Con el pulgar y los tres primeros dedos de la mano, puede frotarse la nuca. El proceso se continúa durante tres a cinco días. La presión que se aplique dependerá de la estructura corporal pues debe producirse traumatismo y el masaje debe de ser eficaz.

A. Sugerir o facilitar actividades que normalmente realiza en su casa, que satisfacen sus hábitos cotidianos al prepararse para el sueño.

F. La mayoría de las personas tienen un horario para acostarse y una rutina de actividades que le facilitan conciliar el sueño y por ser hábitos es muy difícil que se puedan modificar de un día para otro; algunas de estas actividades pueden ser: tomar una taza de té o café, leer, escuchar el radio, ver la televisión, orinar, lavarse los dientes o darse un baño.

A. Favorecer un ambiente propicio para que tome una siesta por la mañana.

F. La siesta, especialmente en la tarde, puede interrumpir los patrones normales de sueño por la noche, favoreciendo al insomnio.

*Dx. Enf.: Alteración del patrón del sueño y descanso relacionado al malestar general, al trastorno emocional depresivo y por la incomodidad de las rutinas hospitalarias, evidenciado por insomnio en las noches y duerme mucho durante el día, se siente cansada, débil e irritada porque le interrumpen el sueño a cada rato.*

---

### **Evaluacion:**

Se trataba de evitar interrumpir su sueño, dejando las acciones de enfermería para cuando despertara. Después de dormirse un rato despertaba con mejor ánimo; ya que durante los primeros 4 días expresaba su molestia contra casi todo, como por ejemplo por su enfermedad, por no poder irse a su casa, por la incomodidad de utilizar el nebulizador, por el dolor en su mano durante la aplicación de los medicamentos, cuando le hacen las curaciones de su herida, cuando le tienen que cambiar el equipo para la ileostomía por mala adhesión, porque la mandan ambular y ella no tiene ganas de hacerlo, por la presión para que comiera sus alimentos y a ella no le agradaban. Pero poco a poco esta irritabilidad hostil contra todo se fue desvaneciendo hasta observarse receptiva, amable y cooperadora.

Durante los primeros 4 días se observó que el sueño de la paciente estaba invertido, ya que se dormía una o dos horas durante toda la mañana, y sus hijas comentaban que si había dormido durante la noche nada más que con muchas interrupciones por la actividad normal de un hospital, por lo que la paciente sentía que no había dormido ni descansado. Pero también se observó cierta tendencia depresiva al querer estar nada más durmiendo o permaneciendo con los ojos cerrados durante gran parte de la mañana, y parte de la tarde comentaron sus hijas. Conforme fueron pasando los días y su estado de ánimo fue mejorándose empezó a dormir mejor por las noches y ya no se dormía por las mañanas viéndose más descansada y relajada.

Se le enseñó a sus familiares como realizarle el masaje dorsal al final del día, el cual fue realizado diariamente, con el fin de lograr que se relajara y de alguna manera mejorara la circulación en las prominencias óseas evitando las posibles lesiones dérmicas. Con lo que se logro mejorar la comunicación con la paciente y su familia.

Los objetivos se cumplieron pues a pesar de su alteración del estado de ánimo y sus comentarios renuentes que tuvo durante los primeros días siempre coopero realizando todo lo que se le indicaba ayudando a que paulatinamente mejorara su estado de ánimo logrando paralelamente que se sintiera descansada y que mejorara su sueño.

## **2.4.6 NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

(D)

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:**

**2.4.6.1 Déficit en el vestido manteniendo su aspecto en un nivel poco satisfactorio relacionado al tipo de ropa impuesto por la institución, manifestado por comentarios de incomodidad y rechazo a la ropa normativa, sustituyéndola por otros artículos del vestido proporcionados por sus familiares.**

F. La dificultad para vestirse y acicalarse es el estado en el que se experimenta una afectación de la capacidad para realizarlo completamente por sí misma .

**2.4.6.2 Alto riesgo de alteraciones del concepto de uno mismo relacionado con no poder acicalarse satisfactoriamente, manifestado con pena e incomodidad ante los efectos de la ileostomía en la imagen corporal, no poderse colocar el equipo recolector de colostomía y la dificultad para ponerse y quitarse la ropa por ella misma.**

F. El paciente espera de la enfermera que sea consciente, comprensiva, que lo acepte como es, y que tome en consideración sus sugerencias respecto a las prendas de vestir que le agradan, así como el que le ayude para arreglarse satisfactoriamente.

### **Objetivo:**

♦ Que el paciente sea capaz de ejercer su derecho a la individualidad e intimidad por medio de ropa de vestir adecuada y de su preferencia.

F. Las personas adultas prefieren ropa conservadora, que les ofrezca, abrigo, comodidad, soltura y sobretodo que no deje ver ninguna parte íntimas de su cuerpo.

*Dx. Enf.: -Déficit en el vestido manteniendo su aspecto en un nivel poco satisfactorio relacionado al tipo de ropa impuesto por la institución, manifestado por comentarios de incomodidad y rechazo a la ropa normativa, sustituyéndola por otros artículos del vestido proporcionados por sus familiares.  
-Alto riesgo de alteraciones del concepto de uno mismo relacionado con no poder acicalarse satisfactoriamente, manifestado con pena e incomodidad ante los efectos de la ileostomía en la imagen corporal, no poderse colocar el equipo recolector de colostomía y la dificultad para ponerse y quitarse la ropa por ella misma.*

---

### **Acciones de Enfermería:**

A. Cuidar su intimidad durante el acto de vestirse y proporcionarle batas adecuadas a su talla , tratando de que permanezcan bien afrontadas para que no dejen ver ninguna parte íntima del cuerpo de la paciente.

F. La comodidad que le pueda ofrecer la ropa de vestir ayuda a conservar un mejor estado de ánimo, sensación de bienestar y una mayor cooperación para deambular evitando así agredir su derecho a la intimidad.

A. Fomentar la independencia en el vestido mediante la práctica continua ayudándole según se necesite, facilitándole el uso de batas y chalecos que le proporcionan sus familiares, siempre y cuando no dificulten las acciones de enfermería.

F. La individualidad se ve conservada al permitir usar ropa que el paciente elija según sus creencias y valores.

Las ropas que ofrecen más comodidad y seguridad a la intimidad son las batas sueltas, con mangas muy cortas o sin ellas, que se abrochan por adelante, no transparentes ni escotadas y sobretodo que no dificulten las funciones de enfermería.

### **Evaluación:**

Los objetivos se cumplieron en su totalidad logrando respetar su individualidad y pudor, haciendo que se sintiera bien y cómoda al poder usar la ropa que le gusta sobre la bata hospitalaria, entre esas prendas se encontraban batas de pijamas y chalecos que le proporcionaban sus familiares.

## **2.4.7 NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN**

(D)

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:**

#### ***2.4.7.1 Termorregulación ineficaz relacionado a ropa normativa inadecuada e insuficiente para el clima invernal, manifestado por percepción de mucho frío, piloerección, incomodidad e irritabilidad.***

F. La termorregulación ineficaz es el estado en el que se experimenta una incapacidad para mantener, de forma eficaz la temperatura corporal normal en presencia de factores extremos adversos o cambiantes. En el cual la temperatura del individuo fluctúa entre la hipotermia y la hipertermia.

La termorregulación ineficaz en un paciente hospitalizado puede estar relacionado a la ropa normativa inadecuada e insuficiente para el clima, sobre todo en el invierno que es la estación fría del año, entre el otoño y la primavera, que en el hemisferio norte va desde el 22 de diciembre al 22 de marzo; y si a esto le agregamos la hipotermia que sufren las personas de avanzada edad, debido a la disminución del metabolismo y la pérdida de aislamiento normal por el adelgazamiento del tejido subcutáneo con lo que disminuye la capacidad para retener el calor.

#### ***2.4.7.2 Alteración del bienestar en relación con hipertermia, relacionado a la infección en herida quirúrgica dehiscente y a la fístula mucosa, manifestado por elevaciones intermitentes de la temperatura por las tardes y noches (hasta de 37.8°C), deshidratación, malestar general, fatiga, debilidad, pérdida del apetito.***

F. La hipertermia es el estado en el que se tiene o se esta en riesgo de tener una elevación mantenida de la temperatura corporal, debido a factores externos, por encima de 37.8C tomada en la boca o 38.8°C tomada en el recto, es un signo cardinal de las enfermedades infecciosas. Los centros termorreguladores del hipotálamo controlan la temperatura variando la circulación cutánea, la sudación y la actividad muscular involuntaria (escalofríos). En las infecciones bacterianas, la fiebre se debe a la acción directa sobre el centro termoregulador del pirógeno endógeno (interleucina-1) una macroproteína



*Dx. Enf.: -Termorregulación ineficaz relacionado a ropa normativa inadecuada e insuficiente para el clima invernal, manifestado por percepción de mucho frío, piloerección, incomodidad e irritabilidad.  
-Alteración del bienestar en relación con hipertermia, relacionado a la infección en herida quirúrgica dehisciente y a la fistula mucosa, manifestado por elevaciones intermitentes de la temperatura por las tardes y noches (hasta de 37.8°C), deshidratación, malestar general, fatiga, debilidad, pérdida del apetito.*

---

producida por los monocitos y los macrófagos la cual es sintetizada en respuesta a los pirógenos exógenos, como endotoxinas bacterianas, virus, parásitos, otros agentes infecciosos e inmunocomplejos.

La fiebre aumenta las pérdidas insensibles de líquidos a través de la piel y pulmones (hiperventilación).

#### **Objetivo:**

- ♦ Valorar los signos vitales como indicador de la evolución del paciente y de su respuesta al tratamiento y a la intervención de enfermería.

F. Al reconocer las alteraciones de los signos vitales que indiquen anomalía en el estado del paciente se requerirá la intervención urgente del médico y la enfermera.

- ♦ Mantener la temperatura corporal en niveles normales a través de medios físicos, medicamentos y ropa térmica adecuada.

F. Se ha considerado que la temperatura normal axilar en un adulto es de 36.4 a 36.6 °C. En las primeras horas de la mañana se observa la temperatura más baja del cuerpo y la más alta a finales de la tarde y primeras horas de la noche.

La temperatura puede estar influida por el ejercicio, el estilo de vida, la cantidad y el tipo de alimentos, el clima cálido o frío y por el abrigo insuficiente e inadecuado.

#### **Acciones de enfermería:**

- A. Valorar signos vitales con registro de curva térmica.

*Dx. Enf.: -Termorregulación ineficaz relacionado a ropa normativa inadecuada e insuficiente para el clima invernal, manifestado por percepción de mucho frío, piloerección, incomodidad e irritabilidad.  
-Alteración del bienestar en relación con hipertermia, relacionado a la infección en herida quirúrgica dehiscente y a la fistula mucosa, manifestado por elevaciones intermitentes de la temperatura por las tardes y noches (hasta de 37.8°C), deshidratación, malestar general, fatiga, debilidad, pérdida del apetito.*

---

F. La temperatura del cuerpo suele permanecer dentro de límites constantes, por un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor, que es regulado por un termostato en el hipotálamo cerebral. Cuando el organismo produce más calor del que pierde, su temperatura aumentará por arriba de lo normal y al contrario, si pierde más calor del que se produce, la temperatura disminuirá a niveles menores de lo normal. El cuerpo compensa las altas temperaturas disminuyendo la actividad muscular produciendo menos calor, dilatando los vasos sanguíneos y aumentando la transpiración.

En un anciano la temperatura normal es de 35°C por la mañana cuando el metabolismo corporal es bajo, por lo tanto una temperatura de 37.5°C puede considerarse como fiebre.

A. Administrar líquidos por vía oral y parenteral intravenosa para restablecer la función del organismo.

F. Por la fiebre, es necesario administrar líquidos y electrolitos para compensar lo que se pierde en la transpiración y en la hiperventilación.

La elevación de la temperatura corporal aumenta la cantidad de desechos metabólicos presentes en el organismo que requieren una cantidad adicional de líquido, para poder excretarlos por riñón, lo que origina un déficit hídrico por pérdidas insensibles, perdiéndose agua sin electrolitos complicándose a una concentración sérica de sodio (hipernatremia).

A. Si hay elevación de la temperatura aplicar compresas con agua fría o bolsas con hielo y hacer más ligera la vestimenta hasta lograr restablecer o mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales.

F. Al aplicar frío se activa el centro termoregulador disminuyendo la formación de pirógenos endógenos por lo que el cuerpo compensa las altas temperaturas disminuyendo la actividad muscular produciendo menos calor, dilatación de los vasos sanguíneos y aumentando la transpiración.

A. Administrar antipiréticos como el Metamizol 1gr IV c/8hrs. (solo por razón necesaria).

*Dx.Enf.: -Termorregulación ineficaz relacionado a ropa normativa inadecuada e insuficiente para el clima invernal, manifestado por percepción de mucho frío, piloerección, incomodidad e irritabilidad.  
-Alteración del bienestar en relación con hipertermia, relacionado a la infección en herida quirúrgica dehisciente y a la fistula mucosa, manifestado por elevaciones intermitentes de la temperatura por las tardes y noches (hasta de 37.8°C), deshidratación, malestar general, fatiga, debilidad, pérdida del apetito.*

---

F. El Metamizol es un derivado de las pirazolonas su efecto analgésico esta originado por que actúa a nivel de las terminaciones nerviosas periféricas bloqueando los impulsos dolorosos, y su efecto antipirético es porque actúa a nivel del sistema nervioso central originando vasodilatación periférica y sudoración; esta indicado para dolores agudos y crónicos; se debe tener la precaución cuando se administre por que tiende a bajar la presión arterial.

A. Si la temperatura esta por debajo de lo normal, relacionado al medio ambiente frio, proporcionarle la ropa adecuada y suficiente.

F. El escalofríos es una actividad muscular involuntaria que actúa como termorregulador del hipotálamo para controlar la temperatura, o sea que por medio del escalofrío se eleva la temperatura a un nuevo nivel establecido por el hipotálamo.

La temperatura corporal es más baja en los ancianos debido a la disminución del ritmo metabólico y la pérdida de aislamiento normal por el adelgazamiento del tejido subcutáneo con lo que disminuye la capacidad para retener el calor por lo que apenas toleran el frío, por lo que la enfermera debe proporcionar ropa de abrigo si el paciente siente frío.

A. Cuando se le bañe, proporcionarle un ambiente caliente, evitando las corrientes de aire, evitar evaporación secándola perfectamente después del baño y reducir al mínimo el tiempo de contacto con mantas o ropas mojadas.

F. La temperatura del cuerpo suele permanecer dentro de límites constantes, por un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor, si se rompe este equilibrio exponiéndola a temperaturas más bajas de lo habitual se le puede originar una afección de vías respiratorias.

*Dx-Enf.: -Terморregulación ineficaz, relacionado a ropa normativa inadecuada e insuficiente para el clima invernal, manifestado por percepción de mucho frío, piloerección, incomodidad e irritabilidad.  
-Alteración del bienestar en relación con hipertermia, relacionado a la infección en herida quirúrgica dehiscente y a la fístula mucosa, manifestado por elevaciones intermitentes de la temperatura por las tardes y noches (hasta de 37.8°C), deshidratación, malestar general, fatiga, debilidad, pérdida del apetito.*

---

### **Evaluación:**

No se pudo eliminar la causa de la elevación intermitente de la temperatura, se elevaba generalmente por las tardes y noches hasta 38°C pero por la mañana únicamente llegó a aumentar hasta 37.3°C una sola vez, logrando mantenerla entre 36.4°C a 37°C. Se controló administrándole antipiréticos, eliminando el exceso de ropa, bañó en regadera y se le controló la infección de la herida quirúrgica dehiscente por medio de antibióticos, antimicrobianos y curaciones, pues se consideró que era la causa de las elevaciones de la temperatura. Nunca se confirmó el diagnóstico de neumonía por el médico tratante pero se dió tratamiento profiláctico eliminando el acumulo de secreciones en las vías respiratorias evitando la probable infección.

Se le permitió tener dos cobertores en su unidad para cuando sintiera frío los utilizara, siempre y cuando no tuviera elevada la temperatura en ese momento.

Se logró mantener hidratada con la administración de líquidos por vía parenteral y enteral.

El paciente coopero en la toma de los signos vitales permaneciendo relajada durante el procedimiento, observándose únicamente elevaciones intermitentes de la temperatura sobre todo por las tardes. Se interpretaron con eficacia los signos vitales garantizando la seguridad del paciente.

Por lo que los objetivos se lograron.

## 2.4.8 NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL (D)

### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

**2.4.8.1 Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad, movilidad limitada, dolor y alteración del estado de animo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal, desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.**

F. La higiene es la ciencia de la salud y la manera de conservarla; también entendido como prácticas que tienen por resultado el bienestar físico para conservar limpios y en buen estado la piel y sus apéndices, dientes y boca. El déficit de la atención a uno mismo puede estar dado por una afección de la función motora o cognitiva, lo que produce una disminución de la capacidad de efectuar o completar por si misma las actividades de la higiene corporal.

**2.4.8.2 Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehiscente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fístula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.**

F. Las dehiscencia es una complicación de la incisión, es la secuela de que cedan las suturas espontáneamente después de la cirugía una vez que inicio la cicatrización, así como de infecciones y presencia de enfermedades pulmonares o cardiovasculares, en pacientes postoperados de cirugía abdominal, sobretodo si la cirugía se consideró séptica por haber perforación de intestino y salida de materia fecal a cavidad abdominal.

*Dx. Enf.: -Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de ánimo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal, desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehisciente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fístula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

---

**2.4.8.3 Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fístula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social en relación con la ansiedad sobre el posible mal olor y fugas del equipo recolector de la ileostomía.**

F. La alteración de la imagen corporal en un paciente hospitalizado se refiere a que experimenta o está en riesgo un cambio negativo en la forma en que uno percibe su propia imagen corporal.

**2.4.8.4 Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con reposo prolongado en cama y fricción de la venda abdominal manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas en abdomen por sentir dolor ardoroso; zonas vulnerables de presión con leve eritema.**

F. La abrasión en piel consiste en desgastar por fricción epidermis y dermis originando dolor y en algunas ocasiones pueden complicarse con infecciones al formarse una puerta de entrada para microorganismos.

*Dx. Enf.: -Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de ánimo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal, desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehiscente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fistula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fistula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.*

*-Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.*

---

Las zonas donde se esta ejerciendo presión por periodos prolongados son vulnerables a la aparición de eritema si no se detecta puede evolucionar a palidez de la zona, isquemia e incluso necrosis del área. Para evitar esta serie de complicaciones se debe aplicar masaje en ese lugar con lo que se favorece una mejor circulación evitando la formación de escaras.

### **Objetivos:**

- ◆ Evitar lesiones dérmicas por el reposo prolongado en cama o por no poder cambiar de posición con facilidad y a menudo.

F. Las zonas de presión constante que impiden la adecuada irrigación pueden originar necrosis y pérdida de la continuidad de la piel, y si además hay humedad facilita la invasión de microorganismos oportunistas, lo que da origen a las denominadas úlceras por decúbito que aparecen cuando el individuo permanece en una misma posición por largos periodos de tiempo.

- ◆ Promover la tranquilidad y el bienestar fomentando la higiene corporal, bucal y el arreglo personal diario.

*Dx. Enf.:-Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de ánimo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal , desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehisciente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fistula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fistula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.*

*-Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.*

---

F. La persona enferma suele tener menos resistencia a las infecciones, por lo que la presencia de bacterias patógenas a su alrededor constituye una amenaza constante para ella, además de que suele depender de los demás para que le ayuden en los aspectos de la higiene personal que no puede llevar a cabo por sí misma.

Se conserva un medio saludable, mediante la higiene ya que al limpiar la piel de residuos de sudación, secreción, microbios y desechos que hacen las veces de medio de cultivo de microorganismos patógenos se previene la infección y se conserva sana e intacta la piel con lo que se logra brindar comodidad, relajación y mejora su autoestima al sentirse más atractivo con la limpieza.

La higiene bucal evita la halitosis originada por el acumulo de placa dentobacteriana, mantiene sano al parodónto, limita e inhibe la caries e infecciones oportunistas como la candidiasis al modificarse el pH.

Además el baño estimula la circulación, promueve el tono muscular adecuado por ejercicio activo o pasivo previniendo la congestión pulmonar al estimular la respiración.

- ◆ Mitigar temores y ansiedad en relación con la dehiscencia de herida y la tensión sobre las suturas.

F. Por medio de la venda abdominal se fijan los apósitos, sostiene el abdomen evitando tensión en las suturas quirúrgicas y en la herida dehisciente, lo que ayuda a aumentar la comodidad, tranquilidad y seguridad al realizar movimiento.



*Dx. Enf.: -Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de ánimo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal, desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehisciente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fistula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fistula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.*

*-Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.*

---

- ◆ Observar, evaluar y favorecer la rápida cicatrización de la dehiscencia de herida quirúrgica, realizando curaciones diarias para prevenir o reducir la infección y el dolor administrando antibióticos y analgésicos.

F. La piel es la principal barrera contra la invasión de microorganismos patógenos, si se pierde de la continuidad de la misma se pierde esa barrera y el huésped se vuelve más vulnerable para presentar infecciones, al implementar medidas terapéuticas de higiene y farmacológicas se le está ayudando al organismo a combatir más rápidamente a los agentes invasores.

- ◆ Observar y anotar datos respecto al tamaño de la dehiscencia de herida, aspecto y características del líquido de drenaje, además de complicaciones, como dolor, fiebre y anorexia.

F. En cicatrización por segunda intención la reparación es más compleja y prolongada, ya que la herida tiene formación de pus y bordes no aproximados. Se deja abierta la herida para que aparezca el tejido de granulación, que da por resultado una cicatrización considerable desde planos profundos en aponeurosis hasta llegar a la dermis y epidermis, durante ese proceso pueden aparecer diversas alteraciones que afecten el estado general del paciente.

*Dx. Enf.: -Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de animo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal , desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehisciente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fístula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fístula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.*

*-Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.*

---

- ◆ Contribuir a la cicatrización mejorando el estado de la piel abdominal, evitando posibles infecciones y mas lesiones abrasivas ocasionadas por el vendaje.

F. La fricción vigorosa aplicada con una toalla basta para excitar una respuesta inflamatoria rápida que origina la exacerbación y ampliación de las lesiones presentes.

#### **Acciones de enfermería:**

A. Determinar la situación que contribuye a la incapacidad de la paciente para ocuparse de sus propias necesidades, valorando el grado de incapacidad, motivación y deterioro de la movilidad.

F. Evaluar la capacidad del paciente para participar en cada actividad del autocuidado le permite a la enfermera implementar acciones más enfocadas y organizadas.

A. Auxiliarla en el baño diario en regadera, lavado de dientes, aliñado de su cabello , corte de uñas y lubricación de su piel con cremas humectantes.

*Dx.Enf.: -Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de ánimo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal, desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehiscente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fistula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fistula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.*

*-Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.*

---

F. El paciente al poder cuidar su higiene y su arreglo personal a pesar de su enfermedad o incapacidad física, no sufrirá menoscabo en su actitud mental y su estado de ánimo mejorará, pues frecuentemente la persona enferma tiende a deprimirse y pierde el interés por la práctica de actividades de la vida diaria.

La higiene de los dientes después de la ingestión de los alimentos evita la acumulación de placa dentobacteriana logrando conservar sanas las encías, limita o previene la caries e infecciones, además se brinda una sensación de bienestar al sentir su boca libre de mal olor y fresca.

Al conservar limpio el cabello y arreglado se evita que se enrede o enmarañe, logrando un efecto embellecedor y una sensación de seguridad y bienestar.

Existen jabones que contienen sustancias cáusticas que en la piel de muchas personas llega a afectarla, produciendo sequedad, perdiendo su textura y suavidad; se recomienda utilizar jabones neutros que por su suavidad y grasa disminuyen la tensión superficial del agua, lo que contribuye a un lavado más eficaz, proporcionando cierta suavidad a la piel evitando que se seque o agriete; complementando lubricando la piel de todo el cuerpo con cremas humectantes.

A. Mantener caliente la temperatura del baño, realizar el baño con agua caliente según la temperatura que prefiera, proporcionándole la mayor intimidad y seguridad durante el baño.

*Dx. Enf.: Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de ánimo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal, desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehisciente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fistula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fistula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.*

*-Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.*

---

F. El agua caliente relaja los músculos y hace aumentar la circulación al dilatar los vasos sanguíneos; pero también se debe evitar el exceso ya que puede haber desmayo o quemaduras.

La seguridad de la paciente es responsabilidad de la enfermera por lo que se deben crear medidas para prevenir accidentes durante el baño, proporcionando los dispositivos de seguridad a su alcance, continua vigilancia y todo el apoyo.

A. Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos, especialmente sobre la forma en que siente, piensa o se ve a sí misma, y comentarle sobre su problema de salud, tratamiento, progreso y pronóstico.

F. La enfermera al identificar los sentimientos, preocupaciones, temores, la percepción del impacto de estos cambios en la vida y el cuerpo del paciente, logrará implementar medidas y comentarios que ayudarán a un mejor y más rápido proceso de adaptación.

A. Realizar curación de la dehiscencia de herida quirúrgica dos veces al día con agua oxigenada, jabón, agua inyectable y un antimicrobiano como la Rifamicina (Rifocyna) en solución - atomizador y colocación de apósito seco y estéril.

F. Si se aplica un antimicrobiano como la Rifamicina en la herida infectada, disminuye el número de microorganismos, favoreciendo la más rápida cicatrización. Generalmente su aplicación tópica es bien tolerada pero pueden ocurrir casos de reacciones alérgicas cutáneas en pacientes sensibles, las cuales remiten con la interrupción del medicamento.

*Dx. Enf.: -Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de ánimo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal, desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehisciente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes nats de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fistula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fistula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.*

*-Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.*

---

Por medio del barrido con soluciones antisépticas se lograra eliminar el mayor número de microorganismos hasta conseguir que domine la granulación hasta conseguir la completa cicatrización.

El apósito seco y estéril inhibe la diseminación de microorganismos al hacer disminuir la actividad capilar.

A. En los periodos prolongado en cama dar masaje en las zonas vulnerables a presión, en cada cambio de posición.

F. Las zonas donde se esta ejerciendo presión por periodos prolongados son vulnerable a la aparición de eritema y palidez, al aplicar masaje en ese lugar se favorece una mejor circulación evitando la formación de escaras.

A. Colocar un vendaje abdominal firme y sostenido.

F. La venda abdominal recta brinda el máximo sostén cuando la presión es uniforme, siempre y cuando le permita respirar adecuadamente y al fijarse firme se protege de lesiones mecánicas y se impide que la herida se abra cuando el derechohabiente se de vuelta, tosa o hiperventile, a la vez ayudara a aumentar la comodidad, tranquilidad y seguridad al movimiento.

*Dx. Enf.: Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de ánimo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal, desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehisciente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fistula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fistula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.*

*-Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.*

---

A. Administrar doble esquema de antibióticos como puede ser: Dicloxacilina 1gr. IV c/6hr. y Amikacina 500mgIV c/12hrs.

F. La Dicloxacilina es una penicilina semisintética resistente a la penicilinasas, no es útil contra bacterias gramnegativas; únicamente su uso se limita a infecciones por estafilococos productores de  $\beta$ -lactamasa, como son la mayoría de neumonías por cepas de *S. aureus*; se debe tener precaución al administrarla ya que puede causar sensibilización en proporción con la duración y la dosis total de penicilina que se recibió en el pasado, así como reacciones cruzadas.

La Amikacina es un aminoglucósido, de amplio espectro, es una droga de elección para el tratamiento inicial de infecciones hospitalarias serias por bacilos gramnegativos aerobios; tiene efectos indeseables como la ototoxicidad y nefrotoxicidad.

A. Lavar con jabón neutro las lesiones abrasivas localizadas en la piel del abdomen, secarlas con pequeños golpecitos y una toalla de textura suave; colocarle solo en las lesiones pomada Fibrase (Fibrolisina + Desoxirribonucleasa + Cloranfenicol) protegiendo las zonas de fricción con apósitos.

F. Al lavar con jabones neutros que no contienen cáusticos y astringentes que lesionan la piel se logra mantener la primera línea de defensa contra los agentes nocivos.

El Fibrase además de tener un efecto antibacteriano de amplio espectro contiene un agente desbridador tópico en heridas y lesiones ulcerosas; la fibrolisina actúa principalmente sobre la fibrina de los coágulos sanguíneos y exudados fibrinosos, mientras que la

*Dx.Enf.: -Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de ánimo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal, desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehisciente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes nats de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fístula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fístula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.*

*-Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.*

---

Desoxirribonucleasa hidroliza el ácido desoxirribonucleico, con lo que se acelera la regeneración tisular.

A. Cambiarle diariamente la bata y ropa de cama, o cuantas veces sea necesario para mantenerlas siempre lo más limpias que se puedan.

F. Si su bata y su unidad se encuentran limpias, secas y exentas de mal olor, se logra proporcionar bienestar y comodidad durante su estancia hospitalaria pudiendo establecer mejor comunicación con los demás al cuidar de su aspecto, ya que mejora la imagen que tiene de si misma; así mismo se logrará protección contra infecciones dérmicas oportunistas, las personas enfermas suelen tener menos resistencia a las infecciones, la presencia de bacterias patógenas a su alrededor constituyen una amenaza constante para ella.

La ropa de cama debe colocarse bien restirada y fija a la parte baja del colchón para evitar las incómodas arrugas lo que le proporciona un agradable confort.

### **Evaluación:**

Se logró la aceptación y confianza del paciente, al ofrecerle todo el apoyo, respeto y privacidad que merece, al auxiliarla durante el baño en regadera, aseo de dientes, arreglo personal y la lubricación de su piel.

*Dx. Enf.: -Déficit de autocuidado en la higiene relacionado a la intolerancia a la actividad y a la alteración del estado de ánimo, manifestado por falta de interés en el arreglo personal, desaliño, disminución de la fuerza y la resistencia para poderse lavar todo el cuerpo, peinarse, cepillarse los dientes, cuidarse la piel y las uñas, darse maquillaje y acicalarse satisfactoriamente por ella misma.*

*-Alto riesgo de infección en relación con la destrucción de la primera línea de defensa contra la invasión bacteriana y el reposo prolongado en cama, manifestada por quejas verbales de molestias y dolor, junto con conducta defensiva al tocarle la herida quirúrgica dehisciente (con salida de secreción seropurulenta, abundantes natas de fibrina y áreas de tejido de granulación), la fistula mucosa húmeda, y la ileostomía (drenando abundantes heces semilíquidas y de mal olor); tejido cicatrizal en las zonas donde tuvo los drenajes y las heridas por proyectil.*

*-Alteración de la imagen corporal relacionado con la dehiscencia de herida, fistula mucosa, e ileostomía, las cicatrizaciones de los drenajes y las entradas de los proyectiles, manifestado por respuestas negativas a los cambios sufridos en la estructura y función, no mira a la parte afectada, sentimientos negativos hacia su cuerpo de desesperanza, impotencia y preocupación por el cambio, aislamiento social.*

*-Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con fricción de la venda abdominal, manifestado por rechazo a la venda, actitud defensiva para evitar que se le toque en la zona de las pequeñas lesiones erosionadas por sentir dolor ardoroso.*

---

Se le realizaba diariamente por las mañanas la higiene bucal y por las noches se la realizaban su hijas antes de dormirse con lo que se eliminó la halitosis, manteniendo una sensación de bienestar pues nunca presentó infecciones o molestias.

Se lubricó su piel con crema Dove, observándose una mejoría en la turgencia y suavidad de su piel, logrando eliminar la sequedad y grietas.

Se controló la infección de la herida quirúrgica dehisciente por medio de antibióticos, antimicrobianos y curaciones, así como se le brindó sostén, comodidad y seguridad con el vendaje abdominal recto, impidiendo que la herida se abriera más cuando se movilizara, volteara, tosiera, vomitara o hiperventilara.

Las lesiones abrasivas de la piel cicatrizaron rápidamente, desapareciendo el dolor y ardor que sentía y se le mantuvieron cubiertas evitando la fricción directa y la humedad.

Se logró mantener sin ninguna pérdida de la continuidad la piel de las zonas vulnerables debido a los prolongados periodos en cama.

Se logró mantener limpia a la paciente y su unidad logrando ofrecerle comodidad, bienestar y relajación.

Por lo que los objetivos se cumplieron en su totalidad.



## **2.4.9 NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

(PD)

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

**2.4.9.1 Alto riesgo de lesión por afectación de la movilidad y marcha inestable relacionado a la fuerza limitada y al control muscular debilitado manifestado por postración en cama por periodos prolongados, necesidad de ser ayudada para moverse intencionalmente dentro del medio incluyendo la movilidad en cama, ejercicios, incorporación, traslados y ambulación.**

F. Lesión potencial es el estado en el cual el paciente posee riesgo de sufrir una lesión como resultado de la interacción de las condiciones ambientales y de cómo se adapte a él junto con los recursos de defensa que logre implementar.

El paciente puede estar cursando por una desnutrición como resultado de factores físicos y psicológicos al sufrir enfermedades que afecten la ingesta de alimentos (ya sea por vómito, el malestar general que les aqueja o por un estado anímico depresivo), se origina debilidad corporal por lo que disminuye su actividad y capacidad para movilizarse y deambular, produciendo lesión del aparato musculoesquelético, y con ello, surge rápidamente debilidad muscular. La falta de actividad ocasiona problemas como disminución de la resistencia física para la actividad, deformidades y falta de coordinación.

### **Objetivos:**

- ◆ Facilitar la movilización y transferencia segura de la paciente y la enfermera para prevenir lesiones al conservar la alineación corporal adecuada y comodidad óptima.

F. La colocación de la enfermera en dirección del movimiento que se va a efectuar, la ampliación de la base de sustentación y el acercamiento del objeto o persona que se va a movilizar, son factores que inciden en una posición correcta previniendo lesiones neuromusculares, ofreciendo además comodidad y seguridad.

*Dx.Enf.: -Alto riesgo de lesión por afectación de la movilidad y marcha inestable relacionado a la fuerza limitada y al control muscular debilitado manifestado por postración en cama por periodos prolongados, necesidad de ser ayudada para moverse intencionalmente dentro del medio incluyendo la movilidad en cama, ejercicios, incorporación, traslados y ambulación.*

---

- ♦ Realizarle frecuentemente ejercicios activos, cambios de posición, incorporación y ambulación, con la mayor seguridad.

F. La ambulación contribuye a restablecer el sentido del equilibrio y promueve la confianza del paciente en si mismo. Al estar de pie la respiración se hace profunda y disminuye la posibilidad de complicaciones.

La inactividad interfiere en la excreción adecuada de orina; ya que pueden aparecer cálculos, por el aumento de la excreción de algunos minerales o puede favorecer la infección de vías urinarias por el estancamiento de orina de muchas horas.

#### **Acciones de Enfermería:**

A. Avaluar el grado o el medio ambiente de riesgo inherente en la situación de la paciente, en relación a su estado de animo, fuerza disminuida, y coordinación motora.

F. Al detectar cualquier disminución de la función normal del organismo o alguna limitación en el paciente, la enfermera debe implementar junto con el paciente y sus familiares medidas precautorias para evitar el riesgo de que se lesione.

A. Asistir a la paciente en los cambios de posición, incorporación, ambulación y ejercicios activos.

F. La seguridad de la paciente es responsabilidad de la enfermera por lo que se deben crear medidas para prevenir accidentes, con estas medidas se ofrece comodidad, alineación corporal adecuada, conservación del buen funcionamiento del aparato

*Dx.Enf.: -Alto riesgo de lesión por afectación de la movilidad y marcha inestable relacionado a la fuerza limitada y al control muscular debilitado manifestado por postración en cama por periodos prolongados, necesidad de ser ayudada para moverse intencionalmente dentro del medio incluyendo la movilidad en cama, ejercicios, incorporación, traslados y ambulación.*

---

musculoesquelético, mantenimiento idóneo de la resistencia física para la actividad y coordinación, así como se evitaran deformidades e hipotrofias.

Los cambios de posición favorecen en las personas postradas en cama por muchas horas y días que la piel se mantenga lo más sana posible sin soluciones de continuidad siendo así la primera línea de defensa contra las infecciones y las lesiones de los tejidos subyacentes.

A. Identificar los problemas de seguridad e implementar las medidas necesarias para evitarle accidentes.

F. Si se modifica el medio ambiente o ciertas actividades consideradas como peligrosas, se reducen los riesgos de lesiones.

#### **Evaluación:**

Se motivó a los familiares y a la paciente ofreciéndole la máxima confianza y seguridad para que tuviera más actividad fuera de su cama, logrando que se desplazara a la silla, que ambulara por los pasillos, y que cooperara con los cambios de posición según fueran necesarios, con lo que se evitaron complicaciones musculoesqueléticas, dérmicas, circulatorias y respiratorias.

Por lo que los objetivos se cumplieron en su totalidad.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

**2.4.10.1 Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño ( en períodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.**

F. El trastorno de la comunicación verbal es el estado en el que se experimenta una disminución, o la ausencia en la capacidad de emitir, recibir mensajes, entender el lenguaje, intercambiar pensamientos, ideas o deseos en la interacción humana.

El duelo es una reacción a las pérdidas significativas como puede ser por la muerte del cónyuge, pudiendo manifestarse por insomnio inicial y solo se presenta en aquellas personas predispuestas a trastornos afectivos. Este duelo puede pasar por cuatro etapas la primer es la **negación** para protegerse de la realidad desagradable, reusándose a la muerte en este caso de su pareja. La segunda es la **ira** en la que típicamente se preguntan “¿por qué yo?” “¿por qué tenía que dejarme sola?” “¿se fue y me dejo con todos estos problemas?”. La tercera etapa es de **añoranza y recriminaciones**, “si al menos hubiera tratado de hacerlo más feliz”, “si al menos pudiera regresar un ratito” y la última etapa es la **aceptación**, inicia siempre y cuando hayan sido expresados y experimentado plenamente las primeras etapas; a menudo entra en una silenciosa tranquilidad, reafirmando que la vida es buena con un buen final.

La anorexia es la falta de apetito o deseo de no ingerir alimento y puede depender de factores como enfermedad, falta de interés en los alimentos, tensión o preocupación y depresión.

*Dx.Enf.: -Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño (en periodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.*

---

***2.4.10.2 Deterioro de las interacciones sociales relacionado con depresión y aislamiento social, manifestado por rechazo a establecer dialogo con cualquier persona, falta de motivación, desesperanza, relaciones superficiales, apatía.***

F. El aislamiento social es el estado en el que se experimenta una necesidad o deseo de contactar con otros, pero se es incapaz de relacionar ese contacto; como resultado de toda una variedad de situaciones y problemas de salud que se relacionan con una pérdida de relaciones establecidas, o con un fracaso en generarlas ya sea por la muerte de un familiar, cuando se está hospitalizado o cuando existe una enfermedad incapacitante.

Los trastornos afectivos como la depresión reactiva que se produce como respuesta a un factor de estrés situacional, son estados psicopatológicos en los que una alteración del humor es un determinante primario o bien constituye la manifestación central. La tristeza es una respuesta humana universal de depresión normal ante la derrota, el desaliento u otras situaciones adversas; la respuesta puede ser adaptativa, permitiendo la retirada para conservar los recursos internos, pero se vuelve un trastorno cuando es demasiado intensa y supera el impacto esperado de un episodio vital estresante.

El estado emocional nos da a conocer los sentimientos del paciente, según los expresa y su conducta manifiesta. Estos sentimientos son: depresión (tristeza o melancolía); nerviosismo (se molesta con facilidad); enojo (sentimiento de desagrado).

Algunos tipos de conducta manifiesta son el aislamiento apartándose y no reaccionar al trato social.

***2.4.10.3 Incapacidad de adaptación, relacionado con su dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales, manifestado por cambios en los patrones normales de comunicación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, depresión por los cambios en su integridad corporal y tristeza por la ruptura de los lazos emocionales por la muerte de su cónyuge.***

*Dx. Enf.: -Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño (en períodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.*

*-Deterioro de las interacciones sociales relacionado con depresión y aislamiento social, manifestado por rechazo a establecer diálogo con cualquier persona, falta de motivación, desesperanza, relaciones superficiales, apatía.*

*-Incapacidad de adaptación, relacionado con su dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales, manifestado por cambios en los patrones normales de comunicación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, depresión por los cambios en su integridad corporal y tristeza por la ruptura de los lazos emocionales por la muerte de su cónyuge.*

---

F. La incapacidad de adaptación es el estado en el que existe una dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales por carecer de los recursos adecuados (físicos, psicológicos, de conducta).

### Objetivo:

- ◆ Identificar las reacciones de duelo no resuelto y ayudarla a tratar de resolver dicho proceso estableciendo una relación de apoyo.

F. Al determinar en que etapa del duelo se encuentra la paciente, se podrán planear las acciones de enfermería de una forma más dirigida y adecuada al momento emocional en el que se encuentre, y si además se logra establecer una relación de apoyo ayudándola a identificar el origen de su depresión se propiciará que comente sus sentimientos.

- ◆ Reducir su dolor animico brindándole apoyo emocional con frases positivas y de aliento que le muestren una perspectiva positiva de la vida, así como dejarla que exprese sus sentimientos reprimidos para favorecer que salga más rápido de su estado depresivo.

F. El amor y la confianza en si mismo y en los demás influye en el desarrollo de la autoestima generando madurez personal y relaciones interpersonales positivas, lo que le ayudará a salir de su estado depresivo dando así un significado a la vida.

- ◆ Determinar la etiología de la incapacidad de adaptación y valorar la idoneidad de los mecanismos de adaptación de la paciente, tratando de que por ella misma identifique cuales son los orígenes y consecuencias de un estrés prolongado en su medio ambiente.

*Dx. Enf.: -Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño (en periodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.*

*-Deterioro de las interacciones sociales relacionado con depresión y aislamiento social, manifestado por rechazo a establecer dialogo con cualquier persona, falta de motivación, desesperanza, relaciones superficiales, apatía.*

*-Incapacidad de adaptación, relacionado con su dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales, manifestado por cambios en los patrones normales de comunicación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, depresión por los cambios en su integridad corporal y tristeza por la ruptura de los lazos emocionales por la muerte de su cónyuge.*

---

F. Si se le facilita la comprensión de la paciente para que identifique los orígenes y consecuencias de un estrés prolongado en su medio ambiente, la enfermera podrá apoyarla para que logre adaptar estrategias alternativas para disminuir el estrés situacional.

- ◆ Fomentar entre el personal de enfermería, su familia y amistades las relaciones interpersonales.

F. Una intercomunicación puede resultar beneficiosa con las diferentes ideas, la toma de decisiones y translaboración de sentimientos que se pueden aportar sobre la solución al problema entre varias personas.

- ◆ Mantenerla activa y distraída.

F. La terapia ocupacional es muy importante para evitar los pensamientos obsesivos y repetitivos.

- ◆ Contribuir para que junto con el tratamiento psicológico logre superar esta etapa del duelo (negación e ira).

F. Todo individuo que tiene un trauma psicológico por pérdida del ser querido y de salud, tiende a sumirse en un estado depresivo, el cual tarda mucho tiempo y en la mayoría de las ocasiones debe de ser apoyado psicológicamente por todo el equipo de salud.

- ◆ Lograr que ingiera sus alimento.

F. Cuando una persona cursa con anorexia es necesario tratar de aportar por los medios que se puedan alimentos para evitar disfunciones en cualquier sistema orgánico principal,

*Dx.Enf.: -Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño (en períodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.*

*-Deterioro de las interacciones sociales relacionado con depresión y aislamiento social, manifestado por rechazo a establecer dialogo con cualquier persona, falta de motivación, desesperanza, relaciones superficiales, apatía.*

*-Incapacidad de adaptación, relacionado con su dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales, manifestado por cambios en los patrones normales de comunicación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, depresión por los cambios en su integridad corporal y tristeza por la ruptura de los lazos emocionales por la muerte de su cónyuge.*

---

aunque las alteraciones más peligrosas son las cardíacas y los desequilibrios hidroelectrolíticos; ya que se produce una disminución de la masa muscular cardíaca, del tamaño de las cavidades cardíacas y de la válvula mitral. Puede producirse deshidratación, acidosis metabólica e hipocalcemia, situaciones que se agravan en los casos en que el paciente vomita.

#### **Acciones de enfermería:**

A. Dar el tiempo suficiente para escuchar a la paciente, que verbalice su enojo , tratando de no interrumpirla y utilizar expresiones de condolencia, al reconocer su aflicción.

F. La enfermera debe establecer una relación con el paciente, escuchando cuidadosamente sus expresiones verbales y no verbales, para recoger hechos observando la expresión facial, gestos, contacto con la mirada, posición del cuerpo, tono e intensidad de la voz, con lo que se tratará de valorar la respuesta psicológica a la alteración de la comunicación para encontrar medios alternativos de comunicación.

A. Hablar con claridad, mirando a la paciente, y estableciendo un entorno que permita la libre expresión de los sentimientos y las preocupaciones, demostrándole que se le cree y se le desea ayudar; evitando desafiarle, minimizar sus sentimientos, discutir o tratar de razonar con ella.

F. La comunicación puede mejorar si se usa el contacto y la gesticulación y si además se emplea una técnica de comunicación terapéutica de reflexión y escucha activa, ayuda al paciente a encontrar sus propias soluciones a las preocupaciones, al lograr determinar sus



*Dx. Enf.: -Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño (en períodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.*

*-Deterioro de las interacciones sociales relacionado con depresión y aislamiento social, manifestado por rechazo a establecer dialogo con cualquier persona, falta de motivación, desesperanza, relaciones superficiales, apatía.*

*-Incapacidad de adaptación, relacionado con su dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales, manifestado por cambios en los patrones normales de comunicación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, depresión por los cambios en su integridad corporal y tristeza por la ruptura de los lazos emocionales por la muerte de su cónyuge.*

---

sentimientos, síntomas y su correlación con los sucesos vividos y los cambios que ha sufrido su cuerpo y su salud.

A. Hacer que la paciente vaya aumentando gradualmente actividades que fueron previamente gratificantes como son el escuchar la radio, ver la televisión en donde la programación sea positiva y agradable, complementándolo con otras actividades como leerle un libro y facilitarle manualidades.

F. Al proporcionar objetos y actividades adecuadas a las capacidades actuales de la paciente y a sus experiencias previas, se logrará mantener ocupada su atención, haciendo que se distraiga, deje de pensar únicamente en sus problemas y pueda utilizarlo para manejar el estrés.

A. Asegurar que el paciente esté tan cómodo y tranquilo como sea posible, brindándole un ambiente agradable, confortante y tratando de establecer una plática grata y alentadora en el momento que va a ingerir sus alimentos, procurando que adopte una posición cómoda (Fowler).

F. Un ambiente social y emotivo favorece la nutrición. La alineación cercana a la posición anatómica impide el esfuerzo o la tensión muscular innecesaria dando comodidad. La posición fowler le permite deglutir más fácil y aminora las posibilidades de broncoaspiración. Al explicar la importancia que tiene el que coma bien en su rápida recuperación, le alentara para que le tome interés a su alimentación y si a esto se le agrega una plática agradable durante de la comida se hará más ameno el momento.

*Dx.Enf.: -Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño (en periodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.*

*-Deterioro de las interacciones sociales relacionado con depresión y aislamiento social, manifestado por rechazo a establecer dialogo con cualquier persona, falta de motivación, desesperanza, relaciones superficiales, apatía.*

*-Incapacidad de adaptación, relacionado con su dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales, manifestado por cambios en los patrones normales de comunicación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, depresión por los cambios en su integridad corporal y tristeza por la ruptura de los lazos emocionales por la muerte de su cónyuge.*

---

A. Estar en constante intercomunicación con sus familiares y proporcionarles información sobre el padecimiento y su tratamiento, la dificultad que tiene para controlar y adaptarse a los factores de estrés internos y ambientales que la llevan a aislarse socialmente, para que entiendan su situación y entre todos se logre encontrar alternativas de solución para resolver cualquier sentimiento asociado es este estado.

- Fomentar que la familia evalúe sus sentimientos y se apoyen mutuamente.

F. Al mantener bien informados a los familiares respecto al padecimiento y posibles complicaciones que puede sufrir su familiar, se fomenta la comprensión y disminuyen los efectos negativos sobre las relaciones importantes como familia, lo que facilitará seguir una misma línea de acción en relación al manejo emocional más conveniente para la paciente ayudando a buscar y jerarquizar alternativas de solución entre todos, y a la vez que logren reconocer y reforzar las capacidades de cada miembro de la familia, al identificar su propio duelo y como su conducta afecta a la paciente.

A. Constatar una interconsulta con el psicólogo.

F. El psicólogo por ser un especialista en el estudio de la conducta y las emociones humanas es el más indicado para lograr explorar, remover, confrontar y resolver los trastornos afectivos de la paciente.

*Dx.Enf.: -Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño (en periodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.*

*-Deterioro de las interacciones sociales relacionado con depresión y aislamiento social, manifestado por rechazo a establecer dialogo con cualquier persona, falta de motivación, desesperanza, relaciones superficiales, apatía.*

*-Incapacidad de adaptación, relacionado con su dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales, manifestado por cambios en los patrones normales de comunicación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, depresión por los cambios en su integridad corporal y tristeza por la ruptura de los lazos emocionales por la muerte de su cónyuge.*

---

## **Evaluación:**

El primer día que entablé comunicación con la paciente se observó su ira por todo lo que había estado sufriendo y no le veía para cuando iba a terminar lo que ella refería como “una pesadilla”; incluso al principio por comentarios de su hija ella sintió mi presencia como incómoda por estar yo tan al pendiente de todos sus cuidados de enfermería diariamente y durante todo el turno de la mañana, mostrándose callada y e irritable, pero conforme fuimos interactuando e interrelacionándonos, empezó a demostrarme su aceptación y confianza, al darse cuenta que mis fines de estar con ella eran de apoyarla en todo lo que estuviera a mi alcance para lograr su mejor bienestar, y poco a poco empezó a cambiar su actitud, hasta tener la confianza de platicarme lo que le irritaba de la hospitalización, las inquietudes y preocupaciones que tiene actualmente, eso sí, el tema de la muerte de su esposo no lo quería mencionar, únicamente escuchaba los comentarios que hacían sus hijas en relación al tema pero ella no decía ningún comentario y en momentos refería que no quería tratar ese tema, por lo que se conversaba por el momento otro tema menos incómodo para ella, aunque al día siguiente se volvía a retomar el tema con un enfoque diferente; su hijas se encuentran tratando de aceptar el suceso con resignación, esto ayudó a que la paciente fuera reflexionando e interesándose ya no nada más en su sufrimiento sino en el de sus hijas por lo que se empezó a cambiar su actitud.

Actualmente se le ve más positiva, con interés y proyectos de vida de reintegrarse a su hogar lo más pronto posible, ya que ella misma comenta el rol tan importante que juega dentro de su familia y la falta que les hace y sobre todo le preocupa que todos tiene trabajo que cumplir y por estar con ella lo han descuidado, de ahí que su mayor interés es ser dada de alta para poder regresar a seguir apoyándolos en su hogar, sobre todo a su nieto de 12 años de edad, el cual ella ha cuidado desde recién nacido, y le preocupa el no poder estar con él, porque no sabe si comió, si lo han estado acompañando a la escuela, si

*Dx.Enf.-Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño (en periodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.*

*-Deterioro de las interacciones sociales relacionado con depresión y aislamiento social, manifestado por rechazo a establecer dialogo con cualquier persona, falta de motivación, desesperanza, relaciones superficiales, apatía.*

*-Incapacidad de adaptación, relacionado con su dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales, manifestado por cambios en los patrones normales de comunicación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, depresión por los cambios en su integridad corporal y tristeza por la ruptura de los lazos emocionales por la muerte de su cónyuge.*

---

le tienen lista su ropa, ya que normalmente son las actividades que ella le ha realizado siempre.

Su estado de ánimo mejoró el día que llegó a visitarla su hijo, el que también sufrió el mismo percance que ella, siendo hospitalizado por herida penetrante de abdomen por proyectil de arma de fuego; se puso muy contenta pues siempre dudó que le estuvieran diciendo la verdad de que estaba vivo, ya que con su esposo le mintieron en un principio que estaba muy grave, cuando ya había muerto en el lugar del percance y ella lo supo por comentarios de algunos familiares. Después de este acontecimiento vino otro también agradable para ella, el conocer por primera vez en foto a su nueva nieta la cual nació dos días después del accidente. Todo esto le dio una nueva esperanza de vida y empezó a hacer comentarios sobre “ si Dios me a permitido sobrevivir seguramente es porque tengo una misión más que cumplir en esta vida”. Con estos sucesos empezó a comer pequeñas porciones de comida que le llevaban sus hijas, pues la comida del hospital no le gustaba hasta el grado de vomitar.

Sus familiares le facilitaron una televisión y radio los cuales se le prendían diariamente para tratar de distraerla y que no se sumiera únicamente en sus problemas. Se le leyeron algunos versículos de la Biblia y fragmentos del libro de Caballo de Troya de los cuales no llegó a hacer comentario, más si ponía atención.

Se logró entablar buena comunicación con sus familiares y amigos, se acordaron los comentarios que se deberían hacer delante de ella y cuales no. Así como las sugerencias para que realicen otras interconsultas con el psicólogo, la primer platica con el psicólogo la tuvo el día 31 - I - 2000 en la que por primera vez pudo desahogarse llorando.

*Dx. Enf.: -Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con duelo no resuelto por la muerte de su cónyuge, la pérdida de la función normal de su intestino y los cambios en el estilo de vida por la hospitalización, manifestado por negación prolongada, tristeza, represión, actitud hostil, no se comunica, enojo constante, rechazo y desagrado a casi todo, trastornos del sueño (en periodos de sueño excesivo o insomnio) y anorexia.*

*-Deterioro de las interacciones sociales relacionado con depresión y aislamiento social, manifestado por rechazo a establecer dialogo con cualquier persona, falta de motivación, desesperanza, relaciones superficiales, apatía.*

*-Incapacidad de adaptación, relacionado con su dificultad para controlar los factores de estrés internos o ambientales, manifestado por cambios en los patrones normales de comunicación, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, depresión por los cambios en su integridad corporal y tristeza por la ruptura de los lazos emocionales por la muerte de su cónyuge.*

---

En el último día se observó su gran mejoría, se hablaba por parte de los médicos tratantes que unos días más y se iba a dar de alta pues en términos generales ya no corría peligro de muerte, estaba bien hidratada, ya no tenía vómito, la fiebre ya se estaba desapareciendo, y se había logrado mantener su herida sin infección, lo que ayudó a que la paciente estuviera más dispuesta a cooperar con su tratamiento.

Por lo que los objetivos se cumplieron en su totalidad.

## **2.4.11 NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES** (PD)

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:**

**2.4.11.1 Angustia espiritual al expresar preocupación sobre el significado de la vida, el sufrimiento y la muerte, relacionado a la pérdida de función por su enfermedad, la muerte de su cónyuge y la hospitalización de su hijo, manifestado por sentimientos de culpa, ansiedad, enojo, resentimiento.**

*Dx. Enf.: -Angustia espiritual al expresar preocupación sobre el significado de la vida, el sufrimiento y la muerte, relacionado a la pérdida de función por su enfermedad, la muerte de su cónyuge y la hospitalización de su hijo, manifestado por sentimientos de culpa, ansiedad, enojo, resentimiento.*

---

F. La angustia espiritual es el estado en el cual se está en riesgo de experimentar un trastorno en las creencias o sistema de valores que constituyen la fuente de fuerza, esperanza y significación para la vida, trascendiendo la naturaleza biológica y psicosocial.

#### **Objetivos:**

- ◆ Determinar la posición y orientación religiosa y espiritual de la paciente hacia el catolicismo, trasmitiendo una actitud de no juzgar posturas.

F. La creencia de poner toda su fe y confianza en un ser supremo y poderoso, le va dar una dirección a su espíritu para ayudarle a sentirse en paz y reconfortada. Si se le demuestra que se le acepta cual sea su postura religiosa, se logrará que no se sienta criticada o juzgada por sus creencias.

#### **Acciones de enfermería:**

A. Crear un ambiente de confianza para que el paciente pueda expresar sus dudas, quejas, culpas, enojos, lo que le preocupa u otros sentimientos negativos.

F. La enfermera debe de estar siempre dispuesta y deseosa de escuchar cuando quiera expresar sus sentimientos la paciente, para lograr crear un ambiente de confianza en el que se refuerce la valoración positiva que debe de tener de sí misma.

A. Manifestarle verbalmente un aumento del sentido de la autoestima, y esperanza para el futuro; a la vez valorando su sentido de autoestima, desesperanza, y la falta de motivación para ayudarse así misma.

*Dx. Enf.: -Angustia espiritual al expresar preocupación sobre el significado de la vida, el sufrimiento y la muerte, relacionado a la pérdida de función por su enfermedad, la muerte de su cónyuge y la hospitalización de su hijo, manifestado por sentimientos de culpa, ansiedad, enojo, resentimiento.*

---

F. Al determinar en el paciente su conducta, la forma de expresarse de la vida, de su propia existencia y de la capacidad para adaptarse a la adversidad, le permite a la enfermera determinar como se encuentra la autoestima, por la valoración que da a su incapacidad de encontrar un sentido a la vida, o una razón para vivir.

A. Establecer un entorno que permita la libre expresión de los sentimientos y de las preocupaciones.

F. Al emplear una técnica de comunicación terapéutica de reflexión, escucha activa, ayuda al paciente e encontrar sus propias soluciones a las preocupaciones.

A. Auxiliarse para brindarle un apoyo más completo dentro de las creencias religiosas y los valores, recurriendo a los recursos apropiados para obtener ayuda espiritual y emocional.

F. Los consejeros religiosos y los psicólogos son personas adecuadas para lograr un confort en las creencias y valores de un individuo.

### **Evaluación:**

En los primeros días la paciente hacía comentarios de desesperanza y desánimo (decía “ya no puedo más” “ simplemente ya no puedo”), relacionado a que siente que siempre a tenido mala suerte, pues siempre le a ido mal, primero por la muerte de su hijo hace 5 años, ahora por la muerte de su esposo en el asalto y la hospitalización de su hijo. Sobre todo se queja de ella misma, que continuamente ha estado hospitalizada en los últimos años, primero por colpoplastia hace 4 años, luego por fractura del tobillo del pie derecho hace 6 meses y actualmente por el accidente por penetración de proyectil de arma de fuego que la a llevado a toda una serie de complicaciones y tratamientos prolongados.

*Dx. Enf.: -Angustia espiritual al expresar preocupación sobre el significado de la vida, el sufrimiento y la muerte, relacionado a la pérdida de función por su enfermedad, la muerte de su cónyuge y la hospitalización de su hijo, manifestado por sentimientos de culpa, ansiedad, enojo, resentimiento.*

---

Un grupo de damas voluntarias pasaban dos veces a la semana y le entregaban estampas con imágenes religiosas con oraciones impresas al reverso de la misma, la paciente las recibía con agrado y se le colocaban en la cabecera de su cama.

Se le leyeron algunos versículos de la Biblia, de los cuales no llegó a hacer comentarios, pero sí se observó que ponía atención.

En los últimos días de mi participación con ella, su estado de ánimo mejoró el día que llegó a visitarla su hijo, el que también sufrió el mismo percance que ella, se puso muy contenta. Después de este acontecimiento vinieron otros también agradables para ella, el conocer por primera vez en foto a su nueva nieta y el ver a sus nietos desde el ventanal que da hacia la calle. Todo esto le dio una nueva esperanza de vida y empezó a hacer comentarios más positivos sobre sus sentimientos en relación a lo religioso y espiritual como “ si Dios me a permitido sobrevivir seguramente es porque tengo una misión más que cumplir en esta vida” .

Por lo que los objetivos se cumplieron en su totalidad.

#### **2.4.12 NECESIDAD TRABAJAR Y REALIZARSE**

**(D)**

##### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:**

**2.4.12.1 Alteración del desempeño de su rol familiar, del concepto de uno mismo en relación con su desempleo y los cambios en los patrones usuales de responsabilidad manifestado por sentimientos de inutilidad, fracaso, desesperanza, enojo, aumento de la dependencia de protección y sustento con los demás.**



*Dx. Enf.:-Alteración del desempeño de su rol familiar, del concepto de uno mismo en relación con su desempleo y los cambios en los patrones usuales de responsabilidad manifestado por sentimientos de inutilidad, fracaso, desesperanza, enojo, aumento de la dependencia de protección y sustento con los demás.*

---

F. La alteración del concepto de uno mismo es el estado en el que se experimenta un estado de cambio negativo sobre la forma en que se siente, piensa o se ve a sí mismo. Esto puede incluir una afección de la imagen corporal, baja autoestima, alteración del desempeño del rol o la identidad personal.

*2.4.12.2 Conflicto en el rol de la maternidad por interrupción de las actividades rutinarias del quehacer doméstico y el cuidar de sus nietos por lo prolongado de su hospitalización manifestado por preocupación, ansiedad, enojo, hipersensibilidad ante la crítica, piensa en la desorganización familiar que deben estar teniendo en su casa.*

F. La alteración en el desempeño esta determinado por como uno percibe que no se esta cumpliendo con el rol que habitualmente se ejerce y se ha visto interrumpido por alguna situación.

Se dice que existe un conflicto en el rol parental cuando un padre o una madre experimenta un cambio en su rol como respuesta a factores externos por la enfermedad y sus tratamientos, la hospitalización y por consiguiente la separación de sus seres queridos, su lugar de trabajo y hogar.

*2.4.12.3 Desesperanza al considerar que su vida siempre a tenido mala suerte, relacionado con sus sentimientos de pérdida de su cónyuge, la hospitalización de su hijo, los tratamientos prolongados dolorosos e incómodos y el deterioro de sus condiciones fisiológicas, manifestado por disminución de la verbalización, falta de interés por actividades de la vida diaria, anorexia, duerme más en el día y por las noches tiene insomnio, desanimo consigo misma y con los demás, escaso contacto con la mirada, desaliento, aislamiento social, falta de implicación en el autocuidado, depresión y pensamientos negativos.*

*Dx. Enf.: -Alteración del desempeño de su rol familiar, del concepto de uno mismo en relación con su desempleo y los cambios en los patrones usuales de responsabilidad manifestado por sentimientos de inutilidad, fracaso, desesperanza, enojo, aumento de la dependencia de protección y sustento con los demás.*

*-Conflicto en el rol de la maternidad por interrupción de las actividades rutinarias del quehacer doméstico y el cuidar de sus nietos por lo prolongado de su hospitalización manifestado por preocupación, ansiedad, enojo, hipersensibilidad ante la crítica, piensa en la desorganización familiar que deben estar teniendo en su casa.*

*-Desesperanza al considerar que su vida siempre a tenido mala suerte, relacionado con sus sentimientos de pérdida de su cónyuge, la hospitalización de su hijo, los tratamientos prolongados dolorosos e incómodos y el deterioro de sus condiciones fisiológicas, manifestado por disminución de la verbalización, falta de interés por actividades de la vida diaria, anorexia, duerme más en el día y por las noches tiene insomnio, desanimo consigo misma y con los demás, escaso contacto con la mirada, desaliento, aislamiento social, falta de implicación en el autocuidado, depresión y pensamientos negativos*

---

F. La desesperanza es un estado emocional subjetivo y mantenido en el que no se ven alternativas o elecciones personales disponibles para resolver problemas o para conseguir los objetivos que se habían planeado y no puede movilizar la energía a su favor para fijarse nuevas metas.

#### Objetivos:

- ◆ Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos, especialmente sobre la forma en que se siente, piensa o se ve así misma.

F. Es importante ayudar al paciente a que se desahogue expresando su enojo o frustración, cuando existe una alteración del concepto de uno mismo relacionado a la pérdida de la función, por no poder desempeñar el rol maternal, o verse limitada al depender de otros para realizar su propio autocuidado; ayudándole a la enfermera a crear métodos para enfrentar y resolver esos sentimientos negativos.

- ◆ Proporcionarle a la paciente un modelo de rol.

F. El rol que se le asigne debe de ser realista, que conozca las expectativas y obligaciones que se esperan de ella, para que éste nuevo cambio sea aceptado por la paciente.

*Dx. Enf.:-Alteración del desempeño de su rol familiar, del concepto de uno mismo en relación con su desempleo y los cambios en los patrones usuales de responsabilidad manifestado por sentimientos de inutilidad, fracaso, desesperanza, enojo, aumento de la dependencia de protección y sustento con los demás.*

*-Conflicto en el rol de la maternidad por interrupción de las actividades rutinarias del quehacer doméstico y el cuidar de sus nietos por lo prolongado de su hospitalización manifestado por preocupación, ansiedad, enojo, hipersensibilidad ante la crítica, piensa en la desorganización familiar que deben estar teniendo en su casa.*

*-Desesperanza al considerar que su vida siempre a tenido mala suerte, relacionado con sus sentimientos de pérdida de su cónyuge, la hospitalización de su hijo, los tratamientos prolongados dolorosos e incómodos y el deterioro de sus condiciones fisiológicas, manifestado por disminución de la verbalización, falta de interés por actividades de la vida diaria, anorexia, duerme más en el día y por las noches tiene insomnio, desanimo consigo misma y con los demás, escaso contacto con la mirada, desaliento, aislamiento social, falta de implicación en el autocuidado, depresión y pensamientos negativos*

---

- ◆ Desarrollar nuevas técnicas de afrontamiento de los cambios que puedan producirse en su rol.

F. Si se le hace consiente al paciente de una manera positiva los cambios que se han producido en su cuerpo y en su salud, se podrán desarrollar planes realistas para que acepte y se adapte al nuevo rol, sin verse tan afectada su autoestima.

#### **Acciones de enfermería:**

A. Comentar que es lo que ha influido en el cambio de su rol y ayudarle a que determine el tipo de rol deseado y si es realista.

F. Si se le hace consiente de su realidad actual, sus limitaciones y su incapacidad para realizar lo que antes realizaba, se logrará que ella misma, valore lo importante que es su rol para su familia, para ayudarle a elevar su autoestima y su interés por seguir fijándose expectativas de vida.

A. Permitirle a la paciente que exprese sus frustraciones.

F. Transmitir empatía facilita promover la verbalización de las dudas, temores y preocupaciones.

*Dx. Enf.: Alteración del desempeño de su rol familiar, del concepto de uno mismo en relación con su desempleo y los cambios en los patrones usuales de responsabilidad manifestado por sentimientos de inutilidad, fracaso, desesperanza, enojo, aumento de la dependencia de protección y sustento con los demás.*

*-Conflicto en el rol de la maternidad por interrupción de las actividades rutinarias del quehacer doméstico y el cuidar de sus nietos por lo prolongado de su hospitalización manifestado por preocupación, ansiedad, enojo, hipersensibilidad ante la crítica, piensa en la desorganización familiar que deben estar teniendo en su casa.*

*-Desesperanza al considerar que su vida siempre a tenido mala suerte, relacionado con sus sentimientos de pérdida de su cónyuge, la hospitalización de su hijo, los tratamientos prolongados dolorosos e incómodos y el deterioro de sus condiciones fisiológicas, manifestado por disminución de la verbalización, falta de interés por actividades de la vida diaria, anorexia, duerme más en el día y por las noches tiene insomnio, desanimo consigo misma y con los demás, escaso contacto con la mirada, desaliento, aislamiento social, falta de implicación en el autocuidado, depresión y pensamientos negativos*

---

A. Ayudarle por medio de los comentarios de sus familiares que reconozca que es querida, cuidada e importante para la vida de ellos, aunque actualmente no les apoye como antes lo hacia en su hogar.

F. Los comentarios positivos de sus familiares enfrente de ella, le elevan el autoestima, al sentir el aprecio que le tienen y lo importante que ha sido y es actualmente su rol de madre a pesar de su hospitalización, sus limitaciones y su estado de animo.

A. Ayudarla a desarrollar objetivos a corto y largo plazo realistas para conseguir metas determinadas.

F. Es importante ayudar la paciente motivándola con esperanzas de vida positivas, tratando de que ella misma identifique sus fuentes de esperanza como pueden ser su fe y las cosas que sabe que puede conseguir por ella misma o quizá con la ayuda de otras personas.

A. Reconocer la realidad del proceso de duelo no resuelto, relacionado con el cambio de rol y ayudarle a tratar de un modo realista sus sentimientos de desesperanza, enojo, tristeza y miedo a la soledad.

F. La viudez es un acontecimiento imprevisto en su vida de la paciente, por lo que es necesario desarrollar nuevas técnicas de afrontamiento, de los cambios que sufrirá en su rol de esposa y en la dependencia que tendrá hacia su hijos, para que logre aceptarlo de la manera más positiva.

*Dx. Enf.-Alteración del desempeño de su rol familiar, del concepto de uno mismo en relación con su desempleo y los cambios en los patrones usuales de responsabilidad manifestado por sentimientos de inutilidad, fracaso, desesperanza, enojo, aumento de la dependencia de protección y sustento con los demás.*

*-Conflicto en el rol de la maternidad por interrupción de las actividades rutinarias del quehacer doméstico y el cuidar de sus nietos por lo prolongado de su hospitalización manifestado por preocupación, ansiedad, enojo, hipersensibilidad ante la crítica, piensa en la desorganización familiar que deben estar teniendo en su casa.*

*-Desesperanza al considerar que su vida siempre a tenido mala suerte, relacionado con sus sentimientos de pérdida de su cónyuge, la hospitalización de su hijo, los tratamientos prolongados dolorosos e incómodos y el deterioro de sus condiciones fisiológicas, manifestado por disminución de la verbalización, falta de interés por actividades de la vida diaria, anorexia, duerme más en el día y por las noches tiene insomnio, desanimo consigo misma y con los demás, escaso contacto con la mirada, desaliento, aislamiento social, falta de implicación en el autocuidado, depresión y pensamientos negativos*

---

A. Frases de motivación .

F. La motivación impulsa a actuar y a replantearse objetivos y metas que despierten interés por seguir viviendo.

#### **Evaluación:**

Se logro el objetivo de que reconociera el rol tan importante que tiene en su familia, ya que ella hacía todos los quehaceres de su hogar, siendo un trabajo muy pesado y no remunerado. Sus hijas le reafirmaron la falta que les hace y lo importante que es para ellos el que esté viva, lo que la reconforto y animo para crear nuevos objetivos y planes para cuando regresara a su casa.

La dedicación al cuidado de los hijos y la atención de las labores domesticas de su hogar no le permitieron trabajar para lograr tener un ingreso económico en su vejez y no tener que depender de nadie; pero si le permitió crear con su dedicación y entrega incondicional en su rol maternal, un ambiente amoroso y de unión familiar, el cual ahora ella recibe de sus hijos sin limitaciones, dándole tranquilidad e interés para seguir viviendo.

### **2.4.13 NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS (D)**

#### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

**2.4.13.1 Déficit de las actividades recreativas en relación con su pérdida de interés o placer en las actividades normales y los bajos niveles de energía que tiene, manifestado por desatención, expresión facial vacía, inmovilidad en cama, falta de interés para realizar actividades habituales, favoritas o de recreo.**

F. El déficit de las actividades recreativas es el estado en el que se está en riesgo de experimentar una disminución del estímulo, interés u ocupación por las actividades recreativas, en el que los factores internos o externos pueden estar o no bajo el control del individuo.

**2.4.13.2 Trastorno de la adaptación relacionado con el duelo incompleto por pérdida de su cónyuge y la imposibilidad física, manifestado por comentarios de no aceptación del cambio en su estado de salud y estilo de vida, capacidad desacertada para resolver sus problemas de la pérdida emocional grave.**

F. El trastorno de la adaptación es el estado en el cual se es incapaz de modificar el estilo de vida o el comportamiento de forma coherente con el cambio en el estado de salud.

#### **Objetivos:**

- ♦ Valorar los factores causantes de la disminución del interés por las actividades recreativas.

*Dx. Enf.:-Déficit de las actividades recreativas en relación con su pérdida de interés o placer en las actividades normales y los bajos niveles de energía que tiene, manifestado por desatención, expresión facial vacía, inmovilidad en cama, falta de interés para realizar actividades habituales, favoritas o de recreo.*

*-Trastorno de la adaptación relacionado con el duelo incompleto por pérdida de su cónyuge y la imposibilidad física, manifestado por comentarios de no aceptación del cambio en su estado de salud y estilo de vida, capacidad desacertada para resolver sus problemas de la pérdida emocional grave.*

---

F. Al reconocer la respuesta psíquica de la paciente se podrá determinar que es lo que le esta originando la desesperación, enfado, depresión, incapacidad para realizar las actividades, para lograr planear e implementar acciones apropiadas para afrontarlas.

- ◆ Motivar e involucrar al paciente y a sus familiares para crear actividades satisfactorias acordes a sus limitaciones y estado de animo.

F. La participación del los familiares para determinar las actividades que son de interés y agrado de la paciente y que están a su alcance, ayudará a encontrar las ocupaciones que por preferirlas será mas factible que las realice, ya que van acordes a su capacidad física y mental.

- ◆ Ayudar a que aumente el interés para participar activamente en las actividades para su autocuidado.

F. Al aumentar el interés por su autocuidado se favorece a que asuma su responsabilidad ante sus necesidades personales, con el objeto de que logre ser autosuficiente lo cual ayudará a adaptarse más fácil a los trastornos adversos por los cambios en su estado de salud.

#### **Acciones de enfermería:**

A. Estimular la motivación demostrando interés y fomentar la expresión de sentimiento y experiencias.

F. Esto ayudará a que la paciente reflexiones sobre sus sentimientos de enojo y tristeza que le están ocasionando una disminución de su interés por las actividades recreativa.

*Dx. Enf.: Déficit de las actividades recreativas en relación con su pérdida de interés o placer en las actividades normales y los bajos niveles de energía que tiene, manifestado por desatención, expresión facial vacía, inmovilidad en cama, falta de interés para realizar actividades habituales, favoritas o de recreo.*  
*-Trastorno de la adaptación relacionado con el duelo incompleto por pérdida de su cónyuge y la imposibilidad física, manifestado por comentarios de no aceptación del cambio en su estado de salud y estilo de vida, capacidad desacertada para resolver sus problemas de la pérdida emocional grave.*

---

A. Variar el medio ambiente físico y la rutina diaria cuando sea posible.

F. Las actividades rutinarias se vuelven aburridas perdiéndose el interés al volverse monótonas y hostigantes, cuando son realizadas continuamente y por tiempos prolongados.

A. Estar en comunicación con sus familiares para que desde el ventanal pueda ver y saludar a sus nietos cuando vallan a visitarla.

F. Las visitas de sus seres queridos son muy valiosas, ayudándole a que reconozca que es querida e importante para la vida de los demás; que sea tan estimulante que le de ánimo para seguir cooperando en su tratamiento con la finalidad de estar lo más pronto con ellos.

A. Proporcionarle material de lectura, radio, televisión, trabajos manuales.

F. Las actividades físicas y mentales le proporcionan al paciente un momento de esparcimiento que le ayuden a olvidar sus pensamientos trágicos y negativos.

A. Planear una actividad diaria para que la paciente tenga algo en perspectiva, manteniendo siempre las promesas.

F. Al planear las actividades se crean ilusiones a corto plazo que le van motivando a tener un interés dentro de lo monótono que puede ser la hospitalización.

A. Motivar e involucrar al paciente y a sus familiares para buscar soluciones a su déficit en las actividades recreativa.

F. Al reconocer la realidad de la situación y los sentimientos del paciente al revisar su historia recreativa se podrá determinar las actividades preferidas o sus aficiones, pues será más factible su participación si son de su elección.



*Dx. Enf.:-Déficit de las actividades recreativas en relación con su pérdida de interés o placer en las actividades normales y los bajos niveles de energía que tiene, manifestados por desatención, expresión facial vacía, inmovilidad en cama, falta de interés para realizar actividades habituales, favoritas o de recreo.*  
*-Trastorno de la adaptación relacionado con el duelo incompleto por pérdida de su cónyuge y la imposibilidad física, manifestado por comentarios de no aceptación del cambio en su estado de salud y estilo de vida, capacidad desucertada para resolver sus problemas de la pérdida emocional grave.*

---

A. Investigar opciones de actividades útiles y de interés, empleando la fuerza y la capacidad de la paciente.

F. Al hacer participe a la paciente de la elección de las actividades según sus preferencias y limitaciones físicas y mentales, sentirá que se le esta tomando en cuenta y que no se le esta obligando a realizar actividades que no esta de acuerdo, lo cual ayudará a que su participación sea más plena, al haberlas ella sugerido.

#### **Evaluación:**

Se valoraron los factores causantes de la disminución del interés por las actividades recreativas; reconociéndose las respuestas psíquicas de la paciente se determinó que era lo que le estaba originando la desesperación, enfado, depresión e incapacidad para realizar las actividades, logrando planear e implementar acciones apropiadas para afrontarlas. En los primeros días era muy dependiente de otras personas para que le realizaran todos sus cuidados, pero poco a poco fue cambiando su actitud e interés; se le trato de ir involucrando más en la participación de su autocuidado favoreciendo a que asumiera su responsabilidad ante sus necesidades, logrando que fuera más autosuficiente y con el mínimo de apoyo, aunque si bajo vigilancia para evita accidentes; se empezó a bañar, vestirse y peinarse ella sola.

Trataba de mantener su ropa de vestir y la de su cama lo más limpia posible al estar al pendiente de que no se estuvieran filtrando las heces de su bolsa recolectora, o cuando ya se estaba llenando casi a la mitad la bolsa lo señalaba para que se vaciara y se evitaran rupturas o desprendimiento del equipo; empezó a poner atención sobre las orientaciones e instrucciones que se les daban a ella y a sus familiares por parte de las enfermeras especialistas encargadas de la clínica de ostomías y por mi, pues aveces hacia breves comentarios sobre sobr detalles en la técnica de aplicación del equipo protector de piel cuando su hija practicaba a colocarlo.

*Dx. Enf.: Déficit de las actividades recreativas en relación con su pérdida de interés o placer en las actividades normales y los bajos niveles de energía que tiene, manifestados por desatención, expresión facial vacía, inmovilidad en cama, falta de interés para realizar actividades habituales, favoritas o de recreo.*

*-Trastorno de la adaptación relacionado con el duelo incompleto por pérdida de su cónyuge y la imposibilidad física, manifestado por comentarios de no aceptación del cambio en su estado de salud y estilo de vida, capacidad desacertada para resolver sus problemas de la pérdida emocional grave.*

---

Pasaba más tiempo sentada en su silla y ambulaba más continuamente, aprovechando esos momentos para ir a orinar; en los dos últimos días ya no fue necesario llevarle el cómodo a su cama.

Cuando iba el médico a que se realizara la curación de la herida, le hacía bromas y ella correspondía con sonrisas discretas, haciéndose más tolerable el acontecimiento traumático. Su estado de ánimo mejoró, junto con su expresión facial, hablaba mirando a los ojos y con más confianza hacía comentarios sobre sus preocupaciones. Todo lo antes mencionado fue mostrando que se estaba adaptando a los trastornos adversos por los cambios sufridos en su estado de salud.

Se logró motivar e involucrar a la paciente y a sus familiares para crear actividades satisfactorias acordes a sus capacidades físicas y estado de ánimo. La participación de los familiares fue muy importante para determinar las actividades que son de interés y agrado de la paciente y que podían proporcionarle por estar a su alcance, como fue el llevarle un teléfono celular, por el cual recibía muchas llamadas de familiares, que le expresaban su apoyo y buenas vibras para su pronta recuperación. Se atrajo su atención por las actividades recreativas que normalmente en su casa eran sus preferidas porque le servían de recreo como son ver la televisión y escuchar la radio. Se le leían diariamente de forma alternada fragmentos de la Biblia y del libro de Caballo de Troya, dedicándose únicamente a escuchar, sin hacer comentarios, pero si se observaba que ponía atención. Sus hijas se pusieron de acuerdo para llevar a los nietos a que saludaran a su abuela a través del ventanal, lo cual le dio a ella mucho gusto y ánimo para participar con más interés en sus cuidados, para poder salir lo más pronto posible del hospital.

Le obsequié una planta de sombra, la cual le gustó mucho y estaba muy al pendiente de cuidarla para que no se le fuera a morir o a maltratar, ayudando a que se distrajera y le alentara a tener un nuevo interés por algo que tiene vida y que es ella la que se va a encargar de que permanezca así por mucho tiempo, logrando hacerla sentir útil e indispensable. No se le proporcionaron trabajos manuales, ni juegos de mesa porque ella y sus familiares comentaron que no le gustan y nunca le han llamado la atención.

*Dx. Enf.: -Déficit de las actividades recreativas en relación con su pérdida de interés o placer en las actividades normales y los bajos niveles de energía que tiene, manifestados por desatención, expresión facial vacía, inmovilidad en cama, falta de interés para realizar actividades habituales, favoritas o de recreo.*  
*-Trastorno de la adaptación relacionado con el duelo incompleto por pérdida de su cónyuge y la imposibilidad física, manifestado por comentarios de no aceptación del cambio en su estado de salud y estilo de vida, capacidad desacertada para resolver sus problemas de la pérdida emocional grave.*

---

Lo más difícil fue que lograra resolver el duelo por la pérdida de su cónyuge ya que siempre trato de evitar comentarios sobre el; se sugirió a sus familiares que solicitaran una nueva interconsulta con el servicio de psicología y se les dió la información necesaria para que se pusieran en contacto con el personal de enfermería del mismo hospital encargado del curso de tanatología.

Respecto a su prolongada hospitalización, sus comentarios fueron cambiando de los que hacia los primeros días, los cuales demostraban su desesperanza y enojo; en los últimos días ya eran de resignación y aceptación de los cambio en su estado de salud y estilo de vida, empezó a fijarse objetivos para cuando llegara a su casa, planeando como organizarse junto con sus hijas, para poder hacer las actividades que ella siempre ha realizado, considerando sus actuales limitaciones físicas.

Por lo que los objetivos se cumplieron en su totalidad.

#### **2.4.14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

**(D)**

#### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

**2.4.14.1 Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud en relación con conocimiento insuficiente del problema, de las posibilidades terapéuticas y de lo conveniente de la modificación de su conducta, manifestado por aislamiento social, desinterés, enojo, desesperanza, rechazo.**

***Dx. Enf.:-Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud en relación con conocimiento insuficiente del problema, de las posibilidades terapéuticas y de lo conveniente de la modificación de su conducta, manifestado por aislamiento social, desinterés, enojo, desesperanza, rechazo.***

---

F. Es el estado en el que el paciente se puede mostrar incapaz de modificar su estilo de vida o su comportamiento de forma coherente con los nuevos cambios físicos y emocionales sufridos, que pueden atentar su autoestima modificando su conducta, al sentir la imposibilidad física y/o de aprendizaje.

***2.4.14.2 Expresa verbalmente una falta de energía abrumadora y constante desinterés para aprender a realizar su autocuidado, relacionado con los cuidados a la ileostomía, a sus trastornos nutricionales y emocionales, manifestado por aumento de los problemas físicos, inestabilidad emocional, irritable, dificultad en la capacidad para concentrarse, disminución del rendimiento y falta de interés en su entorno.***

F. La fatiga es el estado subjetivo en el que se experimenta una sensación mantenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad de trabajo físico y mental que no se alivia con el descanso.

#### **Objetivos:**

- ◆ Valorar los factores causantes o desencadenantes del afrontamiento familiar.

F. Al identificar los factores desencadenantes del afrontamiento, se logrará ayudar a la familia a adaptarse, examinando y analizando con ellos su percepción de cómo va a evolucionar la situación, para poder aclarar sus dudas. Al implicar a la familia en la planificación de las actividades, se podrán cubrir las necesidades emocionales, psicológicas, físicas y sociales de la paciente.

*Dx. Enf.: -Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud en relación con conocimiento insuficiente del problema, de las posibilidades terapéuticas y de lo conveniente de la modificación de su conducta, manifestado por aislamiento social, desinterés, enojo, desesperanza, rechazo.*

*-Expresa verbalmente una falta de energía abrumadora y constante desinterés para aprender a realizar su autocuidado, relacionado con los cuidados a la ileostomía, a sus trastornos nutricionales y emocionales, manifestado por aumento de los problemas físicos, inestabilidad emocional, irritable, dificultad en la capacidad para concentrarse, disminución del rendimiento y falta de interés en su entorno.*

---

◆ Identificar los valores causantes y las expresiones de emoción, relacionadas con el deterioro de la adaptación del paciente y sus familiares.

F. Es importante revisar junto con el paciente y sus familiares las situaciones anteriores de su vida y los cambios en los roles que dificultan o retrasan la adaptabilidad eficaz a su situación actual, para poder determinar las tácticas que se desarrollarán para afrontarlas.

◆ Ayudar al paciente a la aceptación y adaptación de forma coherente con el cambio de su estado de salud.

F. Se pueden analizar los cambios previstos en el estilo de vida si se identifican los comportamientos que están dificultando la adaptación de los cambios en el estado de salud actual.

◆ Identificar las exigencias temporales y a largo plazo de su estado de salud, el nuevo estilo de vida y su comportamiento.

F. Al identificar las alteraciones que a sufrido su cuerpo relacionado con las complicaciones de sus tratamientos, se puede determinar la orientación que se le brindará para lograr una mejor adaptación al nuevo estilo de vida que tendrá que adoptar, regulando el establecimiento del equilibrio con su entorno. El comportamiento debe de ser acorde con el cambio en el estilo de vida.

*Dx. Enf.: -Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud en relación con conocimiento insuficiente del problema, de las posibilidades terapéuticas y de lo conveniente de la modificación de su conducta, manifestado por aislamiento social, desinterés, enojo, desesperanza, rechazo.*

*-Expresa verbalmente una falta de energía abrumadora y constante desinterés para aprender a realizar su autocuidado, relacionado con los cuidados a la ileostomía, a sus trastornos nutricionales y emocionales, manifestado por aumento de los problemas físicos, inestabilidad emocional, irritable, dificultad en la capacidad para concentrarse, disminución del rendimiento y falta de interés en su entorno.*

---

### **Acciones de Enfermería:**

A. Animar a la paciente a que haga preguntas sobre su problema de salud, tratamiento, progreso y pronóstico.

F. Dentro de las actividades que debe realizar la enfermera están la educación continua al paciente sobre su padecimiento, tratamiento, progreso y su pronóstico, reforzando continuamente los principios de los cuidados, para aclarar cualquier error que el paciente tenga sobre sí mismo, sus cuidados o sus cuidadores. Siendo necesario revisar continuamente el régimen médico para proporcionarle información reciente y acorde con la evolución que va teniendo, o incluso las complicaciones que se estén presentando, junto con la asistencia que será necesaria implementar.

A. Permitirle que exprese sus sentimientos relativos a los efectos que esta teniendo la fatiga en su vida y explicarle que es lo que lo esta originando.

F. Si se logran identificar que esta originando la fatiga se pueden implementar actividades que ayuden a modificar y enfocar desde una perspectiva positiva sus puntos fuertes, sus capacidades e intereses, tratando de darle un enfoque diferente a sus actitudes y sentimientos negativos.

La fatiga se experimenta como una sensación mantenida y abrumadora de agotamiento, disminuyendo la capacidad de trabajo físico y mental que no se alivia con el descanso, esto hace que no se tenga ánimo de realizar ninguna actividad, viéndose afectación emocional, aumentan los problemas físicos, se irrita con facilidad, disminuye el rendimiento y su interés por el entorno.

*Dx. Enf.: -Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud en relación con conocimiento insuficiente del problema, de las posibilidades terapéuticas y de lo conveniente de la modificación de su conducta, manifestado por aislamiento social, desinterés, enojo, desesperanza, rechazo.*

*-Expresa verbalmente una falta de energía abrumadora y constante desinterés para aprender a realizar su autocuidado, relacionado con los cuidados a la ileostomía, a sus trastornos nutricionales y emocionales, manifestado por aumento de los problemas físicos, inestabilidad emocional, irritable, dificultad en la capacidad para concentrarse, disminución del rendimiento y falta de interés en su entorno.*

---

Las alteraciones de la imagen corporal que experimenta un paciente con ileostomía y dehiscencia de herida, le da desagrado en como percibe su propia imagen, por lo que es conveniente hacer resaltar todos aquellos puntos fuertes, capacidades y cualidades que aun conserva, para que le sirvan de aliciente.

Siempre se deben evitar las criticas negativas, para evitar mas debilitamiento del autoestima.

A. Ayudarle a identificar las prioridades y a eliminar las actividades no esenciales, o que puede delegar.

F. Es importante que sea capaz de determinar sus capacidades y sus limitaciones para evitar complicaciones inecesarias por un mal manejo de su tratamiento, sobre todo en la realización de curaciones a su herida y los cambios de equipo para la ileostomía.

A. Proporcionar apoyo emocional al paciente y sus familiares especialmente cuando el tratamiento es de larga duración como es la ileostomía y la cicatrización de la dehiscencia de herida.

F. Se debe reconocer y animar los esfuerzos y el progreso que ha ido teniendo la paciente, lo cual le estimulará para seguir cooperando.

#### **Evaluación:**

Demostó un aumento de interés para participar activa y pasivamente en el autocuidado en los últimos tres días, observándose que desarrolló la capacidad de asumir su

*Dx. Enf.:Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud en relación con conocimiento insuficiente del problema, de las posibilidades terapéuticas y de lo conveniente de la modificación de su conducta, manifestado por aislamiento social, desinterés, enojo, desesperanza, rechazo.*

*-Expresa verbalmente una falta de energía abrumadora y constante desinterés para aprender a realizar su autocuidado, relacionado con los cuidados a la ileostomía, a sus trastornos nutricionales y emocionales, manifestado por aumento de los problemas físicos, inestabilidad emocional, irritable, dificultad en la capacidad para concentrarse, disminución del rendimiento y falta de interés en su entorno.*

---

responsabilidad ante sus necesidades cuando era necesario, un ejemplo de ello, era que no oponía resistencia a irse a bañar a pesar de su fatiga, pues sabía que tenía que estar bañada para poder realizarle la curación de la dehiscencia de herida.

Se logró ayudar al paciente y a sus familiares a aceptar, asimilar y adaptarse coherentemente a las exigencias temporales y a largo plazo de los cambios sufridos en su estado de salud, que le ha obligado a modificar su estilo de vida y su comportamiento; se examinó y analizaron con ellos sus expectativas de su evolución, aclarando todas las dudas. Se les orientó sobre su problema de salud, el tratamiento que se le está dando, los cuidados que se le deben de dar a un paciente con ileostomía y dehiscencia de herida, el progreso que ha tenido y el pronóstico de cómo y cuando aproximadamente se le restauraría la fisiología natural de su intestino, que es lo que más les importaba saber.

Sus hijas estaban muy interesadas y cooperaban realizándole todo lo que se les indicaba con la finalidad de poder ayudarla a resolver dentro de sus posibilidades sus necesidades emocionales, psicológicas, físicas y sociales de la paciente.

Por lo que los objetivos se cumplieron en su totalidad.



### 3.- PLAN DE ALTA

A continuación se mencionan las acciones que deberá realizar la paciente con tratamiento temporal de hemicolectomía e ileostomía, fistula mucosa y dehiscencia de herida en fase de remisión, con la finalidad de orientarla adecuadamente sobre los cuidados que deberá realizar en su casa, de preferencia con el apoyo de un familiar, una vez dada de alta del hospital; con el objeto de lograr una pronta recuperación, así como evitar reinfecciones y complicaciones.

### **3.1 DIETA**

La dieta debe de ser lo más equilibrada, variada, baja en residuo, nutritiva y fácilmente digerible, eliminando irritantes y no abusar de frutas y grasas (margarina, mantequilla aceite), cuidando que no causen trastornos digestivos como diarrea o estreñimiento. En lo que sus funciones corporales vuelven a su estado normal debe ir reeducando poco a poco a su sistema digestivo de tal forma que vuelva a llevar una dieta normal similar a la que consume el resto de la familia. Puede probar varias veces los aciertos y errores con los diversos alimentos e introducir nuevos gradualmente, de tal forma que se de tiempo para evaluar su efecto antes de decidir su exclusión de la dieta, ya que puede haber reacciones de sensibilidad inicial que poco a poco disminuyen con el uso.

Ingerir abundantes líquidos diariamente, como mínimo 8 vasos para que tenga una adecuada hidratación.

### 3.1.1 Guía Nutricional

#### *Alimentos aconsejables:*

- Leche descremada evaporada.
- Yoghurt natural o mezclado con alguna fruta (aminora los malos olores).
- Queso fresco, añejo, panela, requesón.
- Carne natural de: (preferentemente asadas o cocidas) res, ternera, pollo, conejo, pescado, hígado de res.
- Pescados: (hervidos o a la plancha) blancos como la trucha.
- Huevo tibio o escalfado (2 a 3 veces por semana según se tolere).
- Frutas y verduras (deben manejarse con mucha higiene).
- Frutas crudas: plátano, membrillo, manzana.
- Vegetales cocidos: chayote, zanahoria, jitomate, calabaza, betabel, tomate y papa.
- Pan tostado, galletas marías, tortillas de harina, pastas para sopa, arroz, avena, harina de arroz y maizena.

#### *Alimentos a considerar en su consumo:*

**Causan diarrea e irritación:** fresas, leche entera, bebidas carbonatadas, refrescos gaseosos, café, té, cerveza, espinaca, naranja, mandarina, habas, frutas secas, ciruelas, cereales de grano entero (pan integral).

**Producen mal olor:** Col, quesos fuertes, ajo, cebolla, espárragos, melón, pescado, crema de cacahuete, ciruelas, condimentos en general, huevo.

**Producen gases:** Bebidas gaseosas y carbonatadas, guisantes, cebolla, col, coliflor, espinacas, leche entera, frijoles, maíz, lentejas, huevo cocido, espárragos, pepinos, tortillas de maíz, berenjenas, papa.

**Productos de difícil digestión (pueden obstruir el estoma):** Cacahuete, granos de elote, habas, coco, nuez, garbanzos, palomitas de maíz, apio.

**Evitar:** Grasas, margarinas, mantequilla, manteca de cerdo, aceite, leche entera, nuez, carne de cerdo o cordero, pasteles de chocolate o envinados, pan blanco, chorizo, atún, sardina, anchoas, longaniza, chuleta ahumada, huevo frito, bizcochos, tocino, chocolate, aguacate.

## 3.2 BAÑO Y NATACIÓN

Puede disfrutar de ambas actividades sin miedo a que se produzcan alteraciones en el estoma.

No es necesario retirar el equipo durante el baño, ya que es impermeable al agua pero puede proteger los bordes de la barrera protectora de piel con una cinta adhesiva impermeable y que no cause alergia a la piel.

Si se necesita cambiar el equipo, se debe retirar un poco antes de finalizar el baño ya que las descargas son muy frecuentes en la ileostomía, se lava con agua y jabón el área perístomal, ajustando la salida de la regadera para impedir que la fuerza del agua pegue directamente en el estoma.

Vaciar la bolsa y lavarla con agua a temperatura ambiente y con jabón cada vez que baya al baño a orinar o cuando la tercera parte o la mitad de la bolsa se haya llenado para evitar el desprendimiento del equipo y el mal olor originado por el tipo de alimento que comió ya que los equipos modernos son a prueba de olores.

Para ir a nadar se pueden utilizar bolsas pequeñas y pegar los bordes con cinta adhesiva impermeable, para evitar que se despegue.

### **3.3 VESTIDO**

La ropa será la habitual teniendo cuidado de que no exista demasiada presión directa sobre el estoma o la bolsa recolectora. Nadie se dará cuenta que tiene un estoma ya que el dispositivo es liviano, indetectable y no produce ruidos.

### **3.4 ACTIVIDADES**

- Disfrutar de sus actividades favoritas tan pronto como se sienta suficientemente bien.
- Evitar los trabajos manuales pesados.
- Procurar disponer de un baño a los sitios a donde acuda.
- Procurar llevar siempre un equipo con todos los dispositivos necesarios para el cuidado del estoma cuando valla a estar fuera de casa.
- Si va de vacaciones a un lugar cálido es esencial que aumente la ingesta de líquidos para evitar deshidratación y desequilibrio electrolítico.

### **3.5 CUIDADOS A LA PIEL**

Debe prevenir irritación dérmicas tratando que la barrera protectora de piel esté bien ajustada y adherida; ya que entre más lesionada esté la piel menos va a adherirse el nuevo equipo, por lo que debe de inmediato lubricar con crema Oleoderm y buscar ayuda profesional para corregir el problema si se llega a lesionar la piel.

### **3.6 CURACIONES A LA DEHISCENCIA DE HERIDA Y LA FISTULA MUCOSA**

Realizar curaciones diariamente con guantes y gasas estériles, lavar con jabón y enjuagar con solución inyectable; secar perfectamente y cubrir con apósitos estériles fijándolos con micropore y colocar un vendaje abdominal firme y sostenido cuidando que no valla a afectar la respiración o la circulación.

### **3.7 MEDICAMENTOS**

Paracetamol 1 tab. VO cada 8 hrs, en caso de dolor o fiebre.

Clindamicina 300mg cada 6 hrs durante 15 días.

Acido ascórbico 1 tab. VO cada 24hrs por 10 días.

Ranitidina 150mg cada 8hrs por 10 días.

### **3.8 REPOSO**

Reposo relativo, evitar la postración en cama por periodos prolongados.

### **3.9 CONTROL**

Control con el personal de enfermería de la clínica de Ostomías.

### **3.10 SIGNOS Y SINTOMAS DE ALERTA**

Acudir de inmediato al hospital y reportarle al médico y al personal de enfermería cualquier alteración, como puede ser:

- Mal olor, salida de secreción purulenta, sangrado, inflamación, dolor o cualquier alteración de la herida dehiscente, ileostomía y de la fistula mucosa.

- Fiebre y malestar general.
- Cualquier enrojecimiento e irritación de la piel periestomal.
- Obstrucción del estoma o sangrado.
- Cambio de color del estoma ya sea muy pálido o de color oscuro con un tinte azulado o púrpura ya que indicaría deterioro de la circulación sanguínea y probable necrosis.
- En caso de identificar signos de deshidratación ( pérdida de la turgencia de la piel, mucosas secas, poca ingesta de líquidos, aumento en la frecuencia de evacuación), aparición de cólicos abdominales, pus o sangrado por las heces.
- Presencia de malestar abdominal, distensión o ambos.
- Reacciones adversas o secundarias a los medicamentos.
- Dolor, salida de pus, sangre o cualquier cambios de color o alteración en la zona de entrada de los proyectiles.



## CONCLUSIONES

En un principio cuando decidí realizar el Proceso Atención de Enfermería con fines de titulación, por momentos pensé en lo complicado que sería elaborar cada uno de los pasos que incluye desde la valoración, planeación, ejecución y evaluación a un paciente del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE pues podrían suceder muchas eventualidades que dificultaran llevar a un buen término cada una de la etapas del proceso, y esto inició desde el día que tuve que elegir a la paciente P.B.O. femenina de 59 años con diagnóstico de Hemicolectomía e Ileostomía, que era el tema que a mí me interesaba para realizar el PAE; pero era incierto su pronóstico, se contemplaba la posibilidad de darla de alta del hospital en el fin de semana o inicio de la próxima, eso me generó angustia pues no sabía si iba a poder lograr los objetivos que me había fijado al realizar mi planeación de actividades; entre las que destacaban era estar 9 días hábiles de las 8:00am a las 14:00pm, tuve que correr el riesgo y decidí realizarlo. Si fue dada de alta hasta 20 días después pues empezó con una serie de complicaciones que la clasificaba como paciente delicada, por lo que fue posible implementar todo el sistema de planeación para la ejecución de los cuidados de enfermería individualizados, que se basan en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Al llevar paso a paso cada etapa del PAE me fui dando cuenta de lo importante que es como instrumento metodológico en la práctica de enfermería para asegurar la calidad de los cuidados del paciente, al evitar omisiones o duplicaciones, logrando un tratamiento

responsable al planear los cuidados y asegurar un control consistente de los problemas de la paciente.

Aunque es difícil la elaboración del PAE es interesante el ir aplicando y confrontando el marco teórico y referencial que se ha ido adquiriendo durante la estancia en la escuela, es como hacer un resumen de todo lo antes aprendido; pues al integrar los conocimientos científicos relativos al proceso morboso que aqueja a la paciente en base a las alteraciones observadas y sus necesidades que se detecten, se tienen que aplicar los conocimientos teóricos y prácticos para lograr brindar los cuidados de enfermería integrales y progresivos en el diagnóstico, tratamiento y fomento a la salud.

No nada más es la aplicación de lo antes aprendido, sino también es adquirir nuevos conocimientos y experiencias, ya que al enfrentarse a un ser independiente y totalmente diferente a los demás, con sus problemas muy particulares, hace que la labor se complique y se requiera de más compromiso por parte de uno para lograr los objetivos muy particulares de la paciente, esto hace que se informe uno más, adquiera nuevos conocimientos y actualice mucha información que para los tiempos de hoy es obsoleta.

En una forma general mis objetivos generales y particulares se rebasaron, al lograr no solo el cumplir con un trámite administrativo con fines de titulación, sino que fue muy enriquecedor ética, profesional, espiritual y moralmente el poder interactuar con la paciente que sufre deterioro de su salud, al sentirme útil y capaz de ayudarla brindándole los cuidados de enfermería con una tendencia holística que le llevaron a mejorar y restablecer su salud.

## GLOSARIO

1. **Ambulación.**- Acto de caminar, con o sin ayuda, con el fin de recobrar la actividad normal.
2. **Arco de movimiento.**- Es el movimiento máximo posible en cualquier articulación en particular.
3. **Atrofia.**- Emaciación del músculo.
4. **Baño parcial.**- Baño completo o parcial en el lavabo, tina o regadera.
5. **Contractura.**- Trastorno de resistencia fija e intensidad al estiramiento pasivo de los músculos a consecuencia de fibrosis de los tejidos que sostienen los músculos o articulaciones, o por trastornos de las fibras musculares.
6. **Dehiscencia.**- Literalmente significa “apertura” después de la cirugía; se refiere a la liberación espontánea de las suturas después de iniciada la cicatrización.
7. **Emoliente.**- Sustancia sedante y suavizante de aplicación local.
8. **Enseñanza.**- Actividades por las cuales la enfermera ayuda al paciente a aprender. Toda influencia interpersonal que tiene por objeto modificar las formas en que el enfermo puede comportarse o se comportará.
9. **Estoma.**- Abertura del intestino hacia la superficie anterior del abdomen con el fin de crear un ano artificial.
10. **Fiebre.**- Temperatura mayor a la normal. Sinónimo de pirexia.
11. **Ileostomía.**- El ileon es traído a través del músculo rectoabdominal, es evertido sobre sí mismo y se sutura la mucosa a la piel (quirúrgicamente madura).

12. **Masaje dorsal.**- Frotamiento dorsal, como medida terapéutica y para producir bienestar.
13. **Mucolítico.**- Medicamento que fluidifica las secreciones y facilita la expectoración.
14. **Nebulización.**- Dispersión de una solución medicinal en partículas pequeñas para producir una “niebla” que se inhale y facilite la expectoración de secreciones.
15. **Ostomía.**- Corte y reconstrucción de alguna porción del tejido del intestino hacia la pared abdominal.
16. **Plan de alta.**- Conjunto de actividades que concluyen con la salida del paciente del hospital.
17. **Presión arterial.**- Fuerza que ejerce la sangre sobre la pared de la arteria que la contiene.
18. **Pulso.**- Latido rítmico resultante de la expansión y contracción regular de una arteria, cuando la contracción del ventrículo izquierdo expulsa sangre hacia el interior de ella.
19. **Respiración.**- Intercambio de gases de un organismo con el ambiente.
20. **Silleta (cómodo).**- Recipiente de metal o plástico destinado a recoger excremento y orina del paciente encamado.
21. **Temperatura.**- Calor retenido por un organismo vivo y que se mide en grados; el equilibrio entre el calor producido y el perdido.
22. **Úlcera por presión.**- Gangrena de la piel, consecuencia de presión.
23. **Vendaje.**- Aplicación de una parte corporal de una tira larga de lienzo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALFARO, Rosalinda. *Aplicación del Proceso de Enfermería*. Edic. 2ª. Ed. Mosby, México, 1995.
2. BRUNNER, L.Sudarth. et. al. *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica*. Vol 2. Ed. Interamericana, México, 1990.
3. BEESON, Paul. . *Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb*. Tomo I – II , Ed. Interamericana , México, 1990.
4. BELLAK, Leopold. *Test de apercepción temática, Test de apercepción infantil y Técnica de apercepción para edades avanzadas*. Edic. 3ª. Ed. Manual Moderno, México, 1996.
5. BERKOW, Robert. *El Manual Merck*. Edic. 8ª. Ed. Doyma, México, 1994.
6. BERNE, Robert. *Fisiología*. Ed. Mosby Year Book, España, 1992.
7. CARPENITO, Lynda. J. *Manual de diagnóstico de enfermería*. Edic. 4ª. Ed. Interamericana, España, 1993.
8. CERVERA, Pilar. et.al. *Alimentación y dietoterapia*. Ed. Interamericana, México, 1990.
9. DOENGES, Marlynn. et.al. *Guía de bolsillo de diagnósticos y actuaciones de enfermería*. Ed. Doyma, Barcelona, 1992.
10. FERNANDEZ, Carmen. et.al. *El proceso de atención de enfermería*. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. , México, 1993.
11. GAUNTLETT, Patricia. et.al. *Enfermería principios y práctica*. TOMO IV. Ed. Panamericana, Madrid, 1993.
12. GARCIA,Dora. *Metodología del Trabajo de Investigación* Ed. Trillas. México, 1998.
13. GONZALEZ, Reyna. *Manual de redacción e investigación documental*. Edic. 3ª. Ed. Trillas, México, 1986.
14. GOODMAN, Alfred. et.al. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Edic. 6ª. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1993.

15. KING, M.E. et.al *Técnicas de Enfermería – Manual ilustrado*. Edic. 2ª.  
Ed. Interamericana, México, 1985.
16. KOZIER, Barbara. et.al. *Enfermería fundamental, conceptos, procesos y práctica*.  
Tomo II, Edic. 4ª. Ed. Interamericana, México, 1993.
17. L'GAMIZ, Arnulfo. *Bioestadística*. Ed. Francisco Méndez Cervantes, México.
18. LAWRENCE, Way. *Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos*. Edic. 6ª. Ed. El Manual  
Moderno, México, 1995.
19. ORTIZ, H. *Indicaciones y cuidados de los estomas*. Ed. JIMS. Barcelona España, 1989.
20. PARKER, Catherine. *Anatomía y Fisiología*. Edic. 9ª. Ed. Interamericana, México,  
1983.
21. RIDRUEJO, Alonso. *Psicología Médica*. Ed. Interamericana, México, 1996.
22. RIOPELLE, Lise. et.al. *Cuidados de enfermería – Un proceso centrado en las  
necesidades de la persona*. Ed. Interamericana, México, 1997.
23. RODRIGUEZ, Carranza. *Vademecum académico de medicamentos*. Edic. 2ª.  
Ed. Interamericana, México, 1995.
24. ROSALES, Susana. et.al. *Fundamentos de enfermería*. Edic. 2da. Ed. El Manual  
Moderno, México, 1999.
25. ROSENSTEN, Emilio. *Diccionario de especialidades farmacéuticas PLM*. Edic. 41.  
Ed. Compañía Medical Economics, México, 1995.
26. SCHROEDER, S. et. al. *Diagnóstico clínico y tratamiento*. Edic 24ª. Ed. El Manual  
Moderno, México, 1989.
27. SHOLTIS, B.L. et. al. *Enfermería medico quirúrgica*. Vols I y II. Edic. 7ª.  
Ed. Interamericana, México, 1992.
28. TAMAYO, Mario.- *El proceso de la investigación científica, fundamentos de la  
investigación*. Edic. 2ª. Ed. Limusa, México, 1994.
29. WOLFF, Lu Verne, *Fundamentos de Enfermería*. Ed. Harla, México, 1989.

# **A N E X O**



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

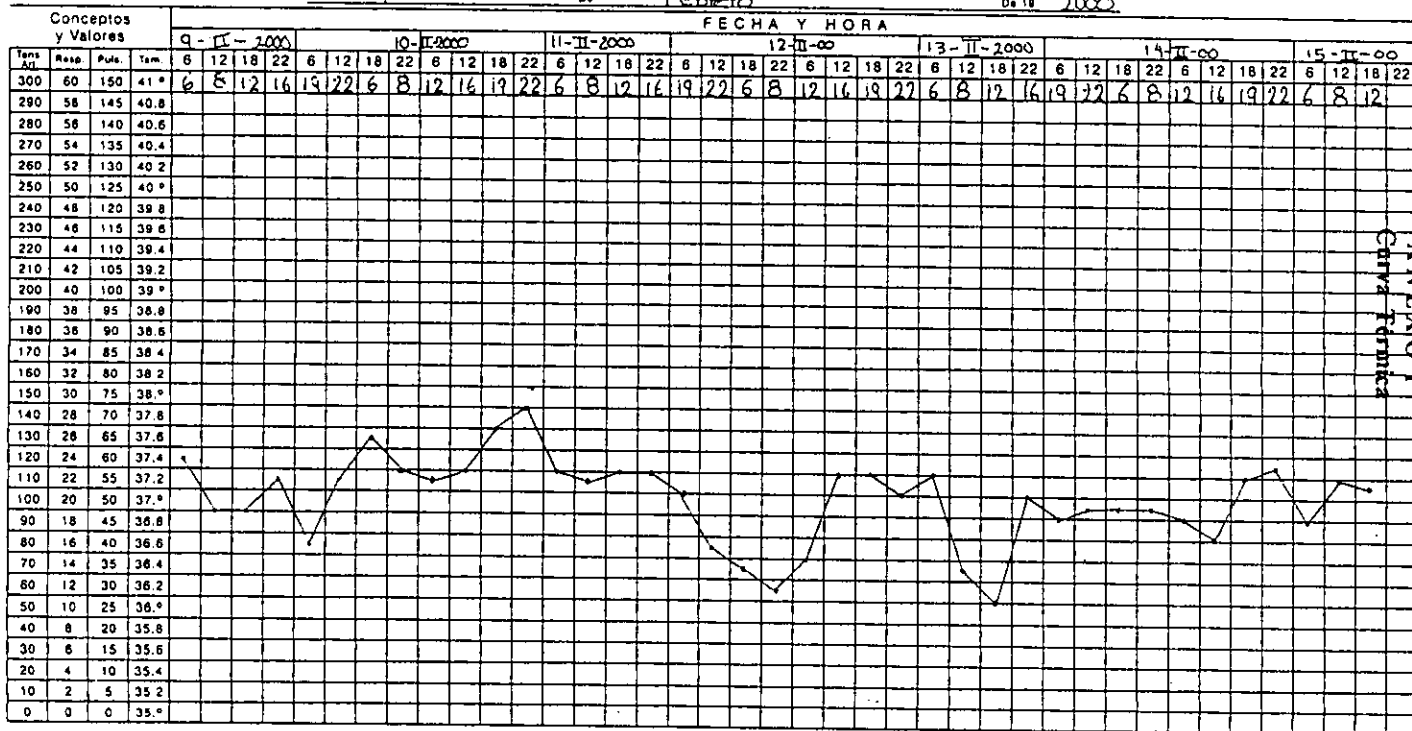
Subdirección General Médica

Gráfica de Signos Vitales

Nombre del paciente: PBO

Cama: 910 Servicio: 9°C.C.

Del 9 Al 15 De Febrero De 19 2000



Clave: Tensión arterial: Azul { Máxima v  
Respiración: Verde { Mínima ^  
Pulso: Azul  
Temperatura: Rojo





Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

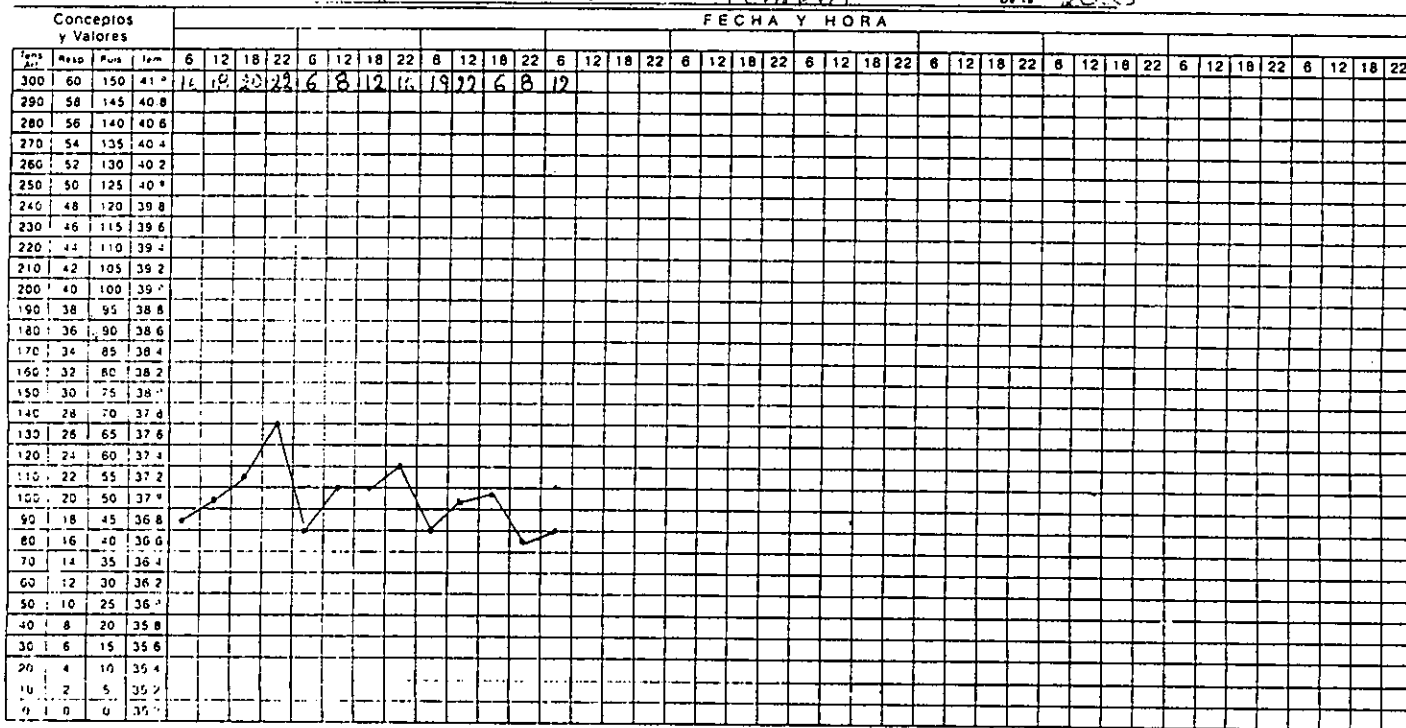
Subdirección General Médica

Gráfica de Signos Vitales

Nombre del paciente: P B O

Cama: 910 Servicio: 9902

Del 15 Al 16 De Febrero De 19 2000



Clave: Tensión arterial: Azul } Máxima v  
Respiración: Verde } Mínima A  
Pulsos: Azul  
Temperatura: Rojo

## A N E X O 2

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

#### ACADEMIA DE ENFERMERIA DEL ADOLESCENTE, ADULTO Y ANCIANO

#### INSTRUMENTO DE VALORACION\* (1998)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de información \_\_\_\_\_  
Fiabilidad: (1-4): \_\_\_\_\_ Miembro de la familia/persona significativa: \_\_\_\_\_

#### VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

##### a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Dolor asociado con  
la respiración: \_\_\_\_\_ Fumador: \_\_\_\_\_  
Desde cuándo fuma/ cuántos cigarrillos al día/varía la cantidad según su estado emocional:  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia \_\_\_\_\_  
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: \_\_\_\_\_  
Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## b) Nutrición e hidratación

### Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): \_\_\_\_\_ Número de comidas diarias: \_\_\_\_\_  
Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_  
Intolerancia alimentaria/alergias: \_\_\_\_\_  
Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_  
Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

### Objetivo:

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_  
Membranas mucosas hidratadas/secas: \_\_\_\_\_  
Características de uñas /cabello: \_\_\_\_\_  
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_  
Aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_  
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

## c) Eliminación

### Subjetivo:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_ características de las heces, orina y menstruación: \_\_\_\_\_  
Historia de hemorragias /enfermedades renales/otros: \_\_\_\_\_  
Uso de laxantes: \_\_\_\_\_  
Dolor al defecar/menstruar/orinar: \_\_\_\_\_ Hemorroides \_\_\_\_\_  
Dolor al defecar / menstruar /orinar: \_\_\_\_\_  
Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

### Objetivo:

Abdomen /características: \_\_\_\_\_  
Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_  
Palpación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

#### d) Termorregulación

##### Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_

Ejercicio /tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_

Temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

##### Objetivo:

Características de la piel: \_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

#### a) Moverse y mantener una buena postura

##### Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_

Actividades en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Hábitos de descanso: \_\_\_\_\_

Hábitos de trabajo: \_\_\_\_\_

##### Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: \_\_\_\_\_

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: \_\_\_\_\_

Posturas: \_\_\_\_\_

Ayuda para la deambulaci3n: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**b) Descanso y Sueño**

**Subjetivo:**

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Siesta: \_\_\_\_\_ Ayudas: \_\_\_\_\_

¿Padece insomnio?: \_\_\_\_\_

A qué considera que se deba: \_\_\_\_\_

¿Se siente descansado al levantarse?: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: \_\_\_\_\_

Ojeras: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_

Apatía \_\_\_\_\_

Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**c) Uso de prendas de vestir adecuadas**

**Subjetivo:**

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: \_\_\_\_\_

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: \_\_\_\_\_

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para la selección de sus vestuario?: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Viste de acuerdo a su edad: \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_

Vestido incompleto: \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_ Inadecuado: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**e) Necesidades de higiene y protección de la piel**

**Subjetivo:**

Frecuencia de aseo: \_\_\_\_\_

Momento preferido para el baño: \_\_\_\_\_

Cuántas veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_

Aseo de manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_ Después de aliminar: \_\_\_\_\_

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_

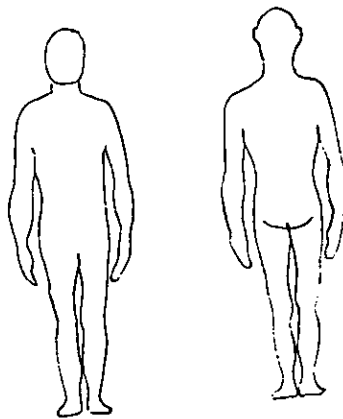
Halitosis: \_\_\_\_\_

Estado de cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Lesiones dérmicas, qué tipo: \_\_\_\_\_

(Anoto su ubicación en el diagrama)

Otros: \_\_\_\_\_



**d) Necesidad de evitar peligros**

**Subjetivo:**

Qué miembros componen su familia de pertenencia: \_\_\_\_\_

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: \_\_\_\_\_

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? \_\_\_\_\_

En el hogar: \_\_\_\_\_

En el trabajo: \_\_\_\_\_

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? \_\_\_\_\_

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Deformidades congénitas: \_\_\_\_\_

Condiciones del ambiente en su hogar: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizar, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

**a) Necesidade comunicarse**

**Subjetivo:**

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_

Preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_

Otras personas que pueden ayudar: \_\_\_\_\_

Rol en la estructura familiar: \_\_\_\_\_

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad /estado \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Habla claro: \_\_\_\_\_ Confusa \_\_\_\_\_

Dificultad en la visión: \_\_\_\_\_ Audición \_\_\_\_\_

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores**

**Subjetivo:**

Creencias religiosas: \_\_\_\_\_

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: \_\_\_\_\_

Principales valores en su familia: \_\_\_\_\_

Principales valores personales: \_\_\_\_\_

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): \_\_\_\_\_

¿Permite el contacto físico?: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**c) Necesidad de trabajar y realizarse**

**Subjetivo:**

¿Trabaja actualmente?: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Riesgos: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con su trabajo?: \_\_\_\_\_ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Estado emocional /calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_



**d) Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas**

**Subjetivo:**

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: \_\_\_\_\_

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: \_\_\_\_\_

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Integridad del sistema neuromuscular: \_\_\_\_\_

¿Rechaza las actividades recreativas?: \_\_\_\_\_

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**e) Necesidades de aprendizaje**

**Subjetivo:**

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_

Preferencias: leer/escribir: \_\_\_\_\_

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: \_\_\_\_\_

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo? \_\_\_\_\_

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Objetivo:**

Estado del sistema nervioso: \_\_\_\_\_

Organos de los sentidos: \_\_\_\_\_

Estado emocional /ansiedad / dolor: \_\_\_\_\_

Memoria reciente: \_\_\_\_\_

Memoria remota: \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

## CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1.- Oxigenación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
2.- Nutrición hidratación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
3.- Eliminación	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
4.- Moverse y mantener una buena postura	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
5.- Descanso y sueño	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
7.- Termorregularización	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
8.- Higiene y protección de la piel	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
9.- Evitar peligros	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

10.- Comunicarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
11.- Vivir según sus creencias y valores.	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
12.- Trabajar y realizarse	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
13.- Jugar y participar en actividades recreativas	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____
14.- Aprendizaje	I _____	_____
	PD _____	_____
	D _____	_____

\* ( I ) Independiente (PD) Parcialmente dependiente ( D ) Dependiente.

## PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

Diagnóstico de Enfermería	Fundamentación	Intervención de Enf.	Fundamentación	Evaluación
<b>Objetivo</b>				

## ANEXO 3

# ANATOMIA Y FISILOGIA DE LOS INTESTINOS Y EL PERITONEO

### A. Intestino delgado.

Es la porción más larga del aparato digestivo, y tiene una “longitud aproximada de 5 a 7 metros, de longitud y 2.5 cm de diámetro”<sup>3</sup>; esta dividido en 3 porciones que son la más próxima que es el duodeno, le sigue el yeyuno y la más distal el ileon, esta compuesto de 4 capas que son la más interna la mucosa, hacia fuera la submucosa, la capa doble muscular de fibras circulares y longitudinales y la más externa la serosa; las funciones de esta porción del tubo digestivo es completar la digestión de los alimentos, hasta que estén en condiciones de ser absorbidos y se realiza en merced a las diferentes enzimas y fermentos contenidos en las secreciones pancreáticas, bilis y jugo intestinal.

“El jugo intestinal es segregado por las células epiteliales de la mucosa, en un volumen aproximado de 3.000 ml/día, y con un pH alcalino entre 6.5 –7.5, debido a las numerosas enzimas que contiene (peptidasas, disacaridasas, esterases, amilasa intestinal)”<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup>Berne, Robert. et.al. *Fisiología*. p. 367

<sup>4</sup>Ortiz,H. et.al. *Indicaciones y cuidados de los estomas*. p. 7

En el intestino delgado se realiza la mayor absorción del agua, electrolitos y principios inmediatos contenidos no sólo en los alimentos ingeridos, sino también en los diferentes jugos segregados a lo largo de todo el conducto intestinal, hasta ese nivel, ya que solo unos 500ml llegan a pasar por la válvula ileocecal al colon, por lo que el quimo es aún de consistencia líquida, muy irritante y corrosivo.

## **B. Intestino grueso.**

Es la continuación de la porción terminal del ileon, con un “diámetro de 6 cm y de 1.5 a 1.8 m de longitud”<sup>5</sup>; sus divisiones son: inicia en el ciego, porción cerrada, en donde se encuentra el apéndice vermiforme que es un tubo cerrado; a continuación la porción ascendente, la porción transversa, la descendente, el sigmoide y por último el recto; son 4 capas las que lo componen que son: mucosa, submucosa, muscular y serosa.

Dentro de sus funciones esta la absorción de agua y electrolitos hasta que solo quedan unos 80-100ml de residuos que se eliminan por las heces.

Las heces están compuestas por agua, sales minerales, residuos alimenticios no digeridos, bacterias procedentes en su mayoría del colon, pigmentos biliares, material mucoso originario de los diferentes niveles del tubo digestivo, detritos celulares.

---

<sup>5</sup>Parquer, Catherine. *Anatomía y Fisiología*. p. 482.

“Los alimentos ingeridos tardan sólo unas cinco horas en alcanzar la válvula ileocecal, tardan unas 20-24hrs. en alcanzar el recto, es decir 15-20hrs. por término medio en recorrer todo el colon”<sup>6</sup>.

En el colon hay gran cantidad de gases provenientes de aire deglutido (oxígeno y nitrógeno), de difusión desde la sangre hacia la luz intestinal (dióxido de carbono) y por la actividad bacteriana a nivel del colon (dióxido de carbono, metano e hidrógeno los cuales se absorben y únicamente se expulsa por ano el nitrógeno).

### **C. Peritoneo.**

El peritoneo es una gran hoja continua de membrana serosa que cubre las paredes de la cavidad abdominal (capa parietal) y constituye la cubierta serosa exterior de los órganos (capa visceral) y forma extensiones (mesenterio) que mantienen unidos los órganos abdominales permitiendo la movilidad libre de cada asa de intestino y ayuda a prevenir que se estrangule este largo tubo. El epiplón que es una continuación de la serosa, tiene la función de rodear el área inflamada y tabicarla separándola del resto del abdomen.

El peritoneo produce un líquido seroso llamado líquido peritoneal, el cuál lubrica las dos hojas y facilita el desplazamiento de las vísceras en los movimientos peristálticos; además permite el intercambio de líquido en la cavidad abdominal.

---

<sup>6</sup>Ortiz,H. et.al. Op.cit. p.10.

## ANEXO 4

# FISIOPATOLOGIA

### A. Peritonitis crónica

La peritonitis es una respuesta inflamatoria o supurativa del recubrimiento peritoneal a la irritación directa. Puede ocurrir después de lesiones perforantes, inflamatorias, infecciosas o isquémicas de los aparatos gastrointestinal o genitourinario. “La peritonitis secundaria resulta de la contaminación bacteriana originada del interior de vísceras o de fuentes externas como herida penetrante del abdomen en donde se considera de gravedad moderada si la perforación es en intestino delgado no vascular y por traumatismos múltiples”<sup>7</sup>. Es muy peligroso cuando hay perforación de intestino grueso y lesiones isquémicas de intestino delgado ya que las bacterias aerobias gramnegativas ( E. Coli. Estreptococos, proteus) y anaerobios (clostridias) superan con rapidez las defensas peritoneales del huésped. Con más frecuencia es consecutiva a la alteración de una víscera hueca.

La infección localizada, limitada, puede ser superada por las defensas del huésped, pero la contaminación continúa invariablemente origina una peritonitis generalizada y por último septicemia con múltiples disfunciones de órganos.

---

<sup>7</sup> Lawrence W. Way. *Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos*. p. 392.



## **B. Signos y síntomas**

Las manifestaciones clínicas varían según la causa y la extensión de la peritonitis. Se inicia con un dolor abdominal intenso, localizado o difuso, a medida que se desarrolla el íleo paralítico, hay una moderada distensión del abdomen, generalmente con náuseas y vómito y a veces con diarrea.

Se aprecia un dolor abdominal a la presión directa y a la descompresión y un notable espasmo muscular; puede haber dolor a la descompresión en ausencia de dolor a la presión directa. Fiebre, taquicardia, escalofríos, respiración rápida y leucocitosis son signos de sepsis.

A medida que progresa la distensión y la pérdida de líquido extra celular en la luz intestinal y en la cavidad peritoneal produce deshidratación y acidosis; el colapso circulatorio puede ser mortal, finalmente el abdomen está tenso, distendido y aparece la facie dolorosa.

## **C. Datos de laboratorio.**

La radiografía simple de abdomen puede mostrar un llenado gaseoso irregular del intestino delgado y grueso, con ausencia de asas bien definidas. La presencia de aire intraperitoneal es diagnóstica de perforación intestinal.

En pacientes tóxicos el hemocultivo suele ser positivo.

## **D. Complicaciones**

La complicación aguda inicial es el shock, la insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria aguda, y a veces la insuficiencia hepática secundaria a absceso hepático.

Las complicaciones posoperatorias pueden dividirse en problemas locales y sistémicos. Los abscesos residuales y la sepsis intraperitoneal, las infecciones de heridas penetrantes profundas, las alteraciones de la anastomosis y la formación de fistulas requieren una nueva exploración.

Otra complicación postoperatoria y postraumática es la neumonía debido a la hipoventilación, las alteraciones o la inhibición del reflejo tusígeno, el broncoespasmo y la deshidratación que pueden provocar una retención de las secreciones bronquiales y, por lo tanto, la aparición de atelectasias segmentarias y la consiguiente infección pulmonar. La incidencia es mayor en pacientes ancianos o muy debilitados. "Alrededor del 60% de las intervenciones quirúrgicas abdominales se siguen de infecciones pulmonares postoperatorias. Alrededor del 40% de las neumonías postraumáticas son complicaciones de fracturas costales o de traumatismos torácicos"<sup>8</sup>. Inicia de manera brusca con escalofríos, fiebre de 38 o 40°C, dolor en el lado afectado al respirar (pleuritis), tos

---

<sup>8</sup>Berkow, Robert. *El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica*. p. 750.

productiva y disnea. Aumento en la frecuencia respiratoria (hasta 20-25/min) y el pulso de 100 a 140/min. En ocasiones hay náusea, vómito, malestar general y mialgias. La tos es productiva, con un esputo purulento y hemático (esputo hemoptoico o herrumbroso).

## **E. Tratamiento**

Se debe eliminar la causa, tratar la infección y corregir el íleo y la deshidratación. La causa de la contaminación peritoneal debe eliminarse habitualmente mediante una intervención quirúrgica como puede ser la exteriorización de un colon perforado.

Lo esencial en el tratamiento de la peritonitis de primera instancia es restituir líquidos y electrolitos a través de líquidos intravenosos. Si el paciente es de edad avanzada se le inserta una línea para presión venosa central y sonda vesical; hay que conservar el registro del equilibrio de líquidos y las determinaciones seriadas del peso corporal para vigilar las necesidades de líquidos.

En situaciones de septicemia avanzada son esenciales agentes cardiovasculares y ventilación mecánica, así como la administración de antibióticos por vía parenteral como aminoglucósidos y cefalosporinas en coliformes gramnegativos, ampicilina para enterococos y metronidazol o clindamicina en anaerobios.

El tratamiento quirúrgico consiste en eliminar todo el material infectado, corregir la causa subyacente y evitar complicaciones tardías. Si hay que reseca un segmento de intestino y hacer una anastomosis, la sepsis extensa o la isquemia intestinal pueden dar lugar a una anastomosis insegura. Cuando esta última está rodeada por una infección por lo general habrá escape, de tal forma que hay que exteriorizar los extremos del intestino a través de la pared abdominal en **estomas temporales**; varias semanas después, una vez que el paciente se ha recuperado de la enfermedad aguda, pueden llevarse nuevamente a la cavidad abdominal.

Se realiza un lavado con grandes volúmenes de solución cristaloide isotónica tibia que elimina el material particulado grande y también coágulos de sangre y fibrina y diluye las bacterias residuales y como se corre el peligro de que se difunda la infección a áreas no contaminadas (formándose absceso), se recomiendan colocar **varios drenajes de Penrose** sobretodo en grandes cavidades con paredes gruesas.

Para lograr un drenaje peritoneal más eficaz en la peritonitis grave por que hay una sepsis sistémica y múltiple insuficiencia de órganos, “algunos cirujanos recomiendan **dejar abierta toda la incisión abdominal** para exponer ampliamente la cavidad peritoneal, pero puede presentarse pérdidas masivas de líquidos (9lt. el primer día), fistulación espontánea y problemas de la herida como cierre secundario y hernias incisionales”<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup>Lawrence W. Way. Op. cit. p. 395.

Para facilitar el cierre abdominal y reducir al mínimo la compresión posoperatoria del diafragma se coloca una sonda intestinal larga (Baker o Leonard) para evitar una enterotomía.

## **F. Pronóstico**

La mortalidad total por peritonitis generalizada es de 40% y puede ser más elevado por el tipo de enfermedad primaria y su duración, la insuficiencia de múltiples órganos concurrentes antes del tratamiento, la edad y el estado general del paciente.

Una respuesta clínica favorable se manifiesta por riego adecuado constante con buen gasto urinario, reducción de la fiebre, resolución del íleo y recuperación de la sensación de bienestar. La rapidez de la recuperación varía con la duración y el grado de peritonitis.

Los pacientes con perforaciones de intestino delgado distal, colon o sepsis posoperatoria, tienden a ser de mayor edad, a padecer enfermedades médicas concurrentes, a tener más contaminación bacteriana y a presentar mayor propensión a la insuficiencia renal y respiratoria; la mortalidad es de 50 %.

## G. Estomas intestinales

Un estoma intestinal es una abertura del intestino hacia la superficie del abdomen. Estoma es el término médico y ostomía es el término que utilizan las organizaciones legales dedicadas a la rehabilitación de estos pacientes, aunque generalmente se usan en forma indistinta.

Las ostomías intestinales pueden clasificarse:

**Permanencia:** Las temporales se realizan en casos de lesiones traumáticas o inflamatorias de los intestinos para dejar que la porción distal descanse y cicatrice. “El cierre de estas ostomías temporales usualmente se realizan al cabo de 6 a 12 semanas después de la cirugía inicial”<sup>10</sup>.

Las permanentes se realizan para posibilitar la eliminación fecal cuando el recto o el ano no son funcionales como resultado de una enfermedad (cáncer) o un defecto congénito.

**Localización anatómica:** Las ileostomías generalmente drenan desde el extremo distal del intestino delgado.

---

<sup>10</sup> Gauntlett, Patricia. et.al. *Enfermería Principios y práctica*. p . 1422.

Las ileostomias se practican con la finalidad de descompresión del ileon obstruido; para la derivación de la corriente fecal, como preparativo de la resección de una lesión inflamatoria obstructiva o perforada, o después de alguna lesión traumática; para que sirva como el punto de evacuación de las heces cuando el colon ha sido extirpado, y para proteger una anastomosis distal después de la resección.

### **1. Características según su localización.**

Cuanto más avanzado está el intestino, más formadas estarán las heces ya que el intestino grueso reabsorbe el agua de la masa fecal. Además, el intestino tiene más control sobre la frecuencia de descarga del estoma.

- a. Una ileostomía produce líquido fecal que drena constantemente “( 1 a 2 lt de líquido/ día inicialmente y disminuye a entre 500 y 800ml/día después de uno o dos meses)”<sup>11</sup> y no puede ser controlado por lo que pierde electrólitos y agua manifestándose por fatiga, anorexia, irritabilidad, dolor de cabeza , somnolencia, calambres musculares, sed. El drenaje de ileostomía contiene enzimas digestivas que son lesivas para la piel. Los pacientes con ileostomía deben llevar un vendaje permanentemente y tomar medidas especiales para evitar las lesiones cutáneas. El olor del drenaje es mínimo, en comparación con las colostomías, porque contiene pocas bacterias.

---

<sup>11</sup>Ortiz, H. Op. cit. p.175

- b. Las colostomías ascendentes son similares a las ileostomías en cuanto que el drenaje es líquido y no se puede controlar. Sin embargo, contiene enzimas digestivas, por lo que huele mal y hay que controlar este factor (pastilla de carbono).
  
- c. Las colostomías transversales produce un drenaje maloliente, semisólido del líquido porque parte de las heces ha sido absorbido. Normalmente, no se puede controlar el drenaje.
  
- d. Las colostomías descendentes producen un drenaje fecal más sólido. Las heces de una sigmoidostomía tienen una consistencia normal y la frecuencia de descarga se puede controlar. Las personas con sigmoidostomías no necesitan llevar siempre bolsa y generalmente el mal olor se puede controlar.

El tiempo transcurrido desde que se practicó la ostomía también influye en la consistencia de las heces, especialmente en las colostomías transversales y descendentes. Con el paso del tiempo las heces salen más formadas porque la porción del intestino funcional que queda tiende a aumentar la absorción de agua.

La ileostomía generalmente la posición óptima del estoma es en el cuadrante inferior derecho. El íleon es traído a través del músculo rectoabdominal, es evertido sobre sí mismo y se sutura la mucosa a la piel (quirúrgicamente madura).



Las colostomías pueden construirse haciendo una abertura en un asa colónica (colostomía de asa) o mediante la división del colon y aproximación de un extremo hasta sacarlo fuera de la pared abdominal (colostomía terminal o de un extremo). Una colostomía es de dos bocas si un asa o ambos extremos del colon son exteriorizados y será de una sola boca si es sólo un extremo el que sobresale fuera de la pared abdominal.

## 2. Evaluación del estoma.

- *Color del estoma:* El estoma deberá aparecer rojo, similar en color al tejido mucoso del interior del carrillo. Estomas muy pálidos o de color oscuro con un tinte azulado o púrpura indican deterioro de la circulación sanguínea en la zona y probable necrosis.
- *Tamaño y forma del estoma:* La mayoría de los estomas protuyen ligeramente del abdomen. Normalmente los estomas recientes aparecen húmedos, pero generalmente la humedad decrece en tamaño a las dos o tres semanas o como mucho a las seis semanas. La falta de disminución del tamaño puede indicar un problema como puede ser el bloqueo. El estoma en la Colostomía temporal el diámetro es de 2.5cm aproximadamente.
- *Sangrado del estoma:* Al comienzo es normal que al tocar el estoma sangre ligeramente, pero otros tipos de sangrado deberá ser advertido.

- *Estado de la piel peristomal:* Cualquier enrojecimiento e irritación de la piel peristomal (entre 5 y 13 cm de la piel que rodea el estoma) deberá ser notificado. El enrojecimiento pasajero después de retirar el adhesivo es normal.
  
- *Cantidad y tipo de heces.* Para la excreción ileal y las heces (excreción de la ileostomía), valorar la cantidad, color, olor y consistencia. Inspeccionar buscando las anomalías, tales como pus o sangre.
  
- *Quejas.* Las quejas por sensación de ardor debajo de la arandela puede indicar lesión de la piel. La presencia de malestar abdominal o distensión o ambos, también, necesita determinarse.



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

Subdirección General Médica

HOJA DE LA ENFERMERA

Nombre

P. B. O

No de cama 910

Días estancia

18

9ª Cirugía General

Tipo de dieta

Blanda con líquidos abundantes

Fecha

11-11-2000

Hora	Signos vitales				Medicamentos				Vías					Venoclisis			Región				Permeabilizan	Cantidad				
	T	P	R	TA	Cantidad	Presentación	Nombre genérico	Dosis	Vías			Medio			Miembros				Instal	Solución y medicamentos utilizados		Ministrada en litro	Se entrega			
									Oral	Paren	Otras	Puntoc	Endocal	Venocis	Superior		Inferior									
															Der.	Izq	Der.	Izq								
8:00	37.2	84	20	139/90	1	Amp	Ranitidina	50mg		/		/				/					/	750ml	Sol. N. exta	250 ml		
					1	Amp	Metoprolol	10mg		/													1000cc	7/8hr		
					1	Amp	Metamizol	1gr.		/														I-2:00am		
					10cc	Sol.	Ambrond <sup>(2)</sup>	10cc	/															I-10:00am		
12:00	37.3	86	22	130/90	1	Amp	Amikacina <sup>(1)</sup>	500mg		/													Sol. N. exta	330ml	670ml	
					2	Amp	Dicloxacilina <sup>(1)</sup>	1gr		/														1000cc	7/2hr	
					1	Amp	Difenidol	2ml		/															I-10:00am	
																									I-22:00pm	

ANEXOS  
Hoja de Enfermería

Conceptos		Inicio			Alimentación	Hora	Observaciones
		M	V	II			
Estado de conciencia	Consciente Inconsciente	✓			Te, atole, ¼ manzana hervida	9:00am	Se recibe paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, bien ubicada en tiempo, lugar y espacio; se aborrece triste, hostil, irritable y poco comunicativa, con palidez de tegumentos mucosas azules semihidratadas, debilidad generalizada; herida dehiscente con salida de secreción serosanguinolenta abundante; nódulos de fibrina; fístula mucosa con excreta salida de secreción de color amarillo; ileostomía drenando con ligera molete heces líquidas mal olientes. Se aplica nebulización con fisioterapia pulmonar intermitente. Esperando abundante secreción mucosa.
Estado general	Muy grave Grave Debilitado	✓					
Posición	Supino Reclinado Inclinado escápula Sentado	✓					
Ayuno	Comida Estudios especiales Exámenes de laboratorio Otros exámenes						
Visión Audición	Normal Española	✓			Comida	12:00pm	Se realizan cuidados generales de enfermería y pasa al siguiente turno.
Conciencia de Días de postoperatorio		Hemostasia e Ileoestoma			Agua de melón, Jugo de morcana		
Guedas	Equilibrio Equilibrio						
	Orificios						
Cuidados	Orificio						
	General de						
	Características						
	Elaboración						
Pruebas biológicas	Sangre	Resquena	✓				
		Española					
		Parental					
Medicación		LME			Menerón		
Cuidados especiales	Clorazepin	✓					
	Furosemida						
	Acetaminofeno						
	Insulina						
	Ácido de Tranexostomina						
	Ácido de Ceftriaxona						
Excretas	Orina	210ml					
	Heces	170ml					
	Evacuaciones	570ml					
	Excretas						

Paciente ENCO-UNAM

CRISTINA SOTELO

Enfermera I M

Enfermera I V

Enfermera I II

Enfermero médico

## ANEXO 6

Mejor calidad de vida para la persona ostomizada con el sistema: Sur-Fit\* con Stomahesive\*

# TECNICA GENERAL DE APLICACION



1. Limpie el área circundante al estoma con agua y séquela.



2. Mida el estoma con la guía incluida en la caja de barreras protectoras de piel. Dibuje el contorno en el papel blanco.



3. Recorte con unas tijeras curvas y si el estoma es de forma irregular, deberá hacerse un molde que se ajuste a su tamaño y forma.



4. Antes de aplicar la barrera, retire el papel blanco para exponer la superficie adherente.



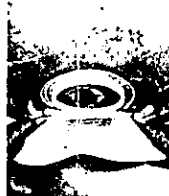
5. La abertura entre la barrera y la base del estoma debe ser protegida aplicando la Pasta de Stomahesive a los bordes internos de la barrera protectora de piel. Refiérase a las instrucciones de la aplicación de la Pasta Stomahesive.



6. Centralice la abertura en el estoma y aplique en el abdomen suavemente. Presione la barrera hasta que lije correctamente. Si prefiere, coloque cinta hipoalérgica sobre los bordes de la barrera para mayor seguridad.



7. Coloque la barrera alrededor del estoma. Oprima ligeramente durante 30 segundos. Prestando particular atención al área que está entre el estoma y el aro.



8. Antes de conectar la bolsa, asegúrese que las paredes internas están separadas y que la bolsa contenga una pequeña cantidad de aire, inicie la conexión acomodando la parte inferior de ambos aros y conéctelos presionando suavemente con movimiento ascendente.



9. Usando los dedos presione el aro de la bolsa sobre el aro de la barrera protectora, en movimiento continuo desde la parte de abajo hasta el tope. Usted sentirá el ajuste de la bolsa y la barrera cuando esté en posición segura.



10. Tire suavemente de la bolsa hacia abajo para asegurarse que queda bien acoplada.



11. No olvide utilizar la pinza para cerrar la bolsa drenable.



12. Si se utiliza el cinturón, el aro de la bolsa tiene en ambos lados una presilla para fijar los broches del cinturón.



"Más que las cosas materiales hay que darse uno mismo"  
Luisa Mogollón  
Bogotá - Colombia