



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA

---

---

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN  
PACIENTE POST-OPERADO DE ABSCESO PERIRRENAL  
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

---

---

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LILIA CAMPOS JUÁREZ  
No. DE CUENTA 9513345-2

---

---

DIRECTOR DEL TRABAJO

LIC. RAÚL RUTILO GÓMEZ LÓPEZ

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

---

---

MÉXICO, D.F. ABRIL DEL 2004.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN.

	Pág.
1. - JUSTIFICACIÓN .....	1
2. - OBJETIVOS .....	2
2.1 Objetivo General .....	2
2.2 Objetivos específicos.....	2
3. - METODOLOGÍA DEL TRABAJO .....	3
4. -MARCO TEÓRICO. ....	4
4.1 Proceso de Atención de Enfermería .....	4
4.1.1 La importancia del Proceso de Atención de Enfermería.....	4
4.1.2 Ventajas del Proceso de Atención de Enfermería.. ....	4
4.1.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	5
4.1.3.1 Valoración. ....	5
4.1.3.2 Diagnóstico. ....	6
4.1.3.3 Planificación. ....	6
4.1.3.4 Ejecución. ....	8
4.1.3.5 Evaluación. ....	8

4.2 Filosofía de Virginia Henderson.....	9
4.2.1 Referencias y Antecedentes personales.....	9
4.2.2 Principales Conceptos y definiciones.....	10
4.2.2.1 Catorce necesidades básicas.....	10
4.2.2.2 Conceptos.....	11
4.2.2.3 Supuestos Principales.....	12
4.3 Anatomía y Fisiología de la cavidad peritoneal.....	14
4.3.1 Fisiología del Peritoneo.....	16
4.3.2 Respuesta Peritoneal a lesiones.....	17
4.3.3 Bacteriología de la infección intraabdominal.....	18
4.3.4 Cuidados de pacientes con infecciones intraabdominales....	18
4.3.4.1 Diagnóstico de infección intraabdominal.....	18
4.3.4.2 Valoración del estado Hemodinámico y Respiratorio.....	19
4.3.4.3 Examen Físico.....	19
4.3.4.3.1 Inspección y auscultación.....	19
4.3.4.3.2 Palpación.....	20
4.3.4.3.3 Pruebas de Laboratorio y otras.....	20
4.4 Fisiopatología de Absceso Perirrenal.....	21
4.5 Tratamiento de Absceso Perirrenal.....	22

5. -VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	24
5.1 Presentación del caso.....	24
5.2 Exploración física.....	25
5.3 Antecedentes de padecimiento actual.....	26
5.4 Valoración clínica de enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson.....	27
5.5 Análisis de datos.....	31
5.5.1. Causas de dependencia e independencia.....	31
6. -DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	34
6.1 Análisis y fijación de prioridades.....	34
6.1.1 Análisis.....	34
6.1.2 Fijación de prioridades.....	35
6.2 Diagnósticos de Enfermería planeación de actividades, ejecución evaluación.....	37
6.2.1 Necesidad de Oxigenación.....	37
6.2.2 Necesidad de Nutrición e hidratación.....	38
6.2.3 Necesidad de Movimiento y mantener una buena postura.....	39
6.2.4 Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.....	40
6.2.5 Necesidad de Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.....	41
6.2.6 Necesidad de Higiene y protección de la piel.....	42
6.2.7 Necesidad de Evitar peligros.....	43
6.2.8 Necesidad de Comunicarse.....	47
6.2.9 Necesidad de Aprendizaje.....	48

7. -PLAN DE ALTA.....	52
8. -CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	53
8.1 Conclusiones.....	53
8.2 Sugerencias.....	53
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	54
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.....	57
ANEXOS.....	60
1. Valoración completa según el modelo de Virginia Henderson.	
2. Tipos de estrategias de enfrentamiento.	
3. Relajación progresiva.	
4. Relajación de Benson.	
5. Mecanismos de defensa.	
6. Guía diaria de alimentos para adulto.	
7. Tipos de Modificaciones en la dieta.	

#### AGRADECIMIENTOS.

A la máxima casa de estudios "Universidad Nacional Autónoma de México" por guiarme el desarrollo tanto profesional y como ser humano.

A todos los docentes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que formaron parte de mi desarrollo profesional.

A la persona que contribuyo en gran parte a la culminación de mi carrera profesional, al profesor Raúl Rutilo Gómez López brindándome su apoyo, sus conocimientos y su disposición.

A la señora Guadalupe Gayosso Rosas y a su esposo por su confianza disposición y amabilidad que mostraron durante el tiempo en el que trabajamos con un mismo fin, en la recuperación de su salud.

A DIOS

Que me demuestra en todo momento que esta conmigo, poniéndome en mi camino a las personas más valiosas que me han ayudado a crecer como ser humano y aprender todos los días algo nuevo.

A MIS PADRES. Hermelinda y Cirilo.

Gracias por su bondad, amor y sacrificio, que han dado su vida por verme crecer y mil gracias por darme la libertad siempre de elegir y apoyarme incondicionalmente.

A MIS HERMANAS, Anaí, Lourdes, Fabiola e Itzel.

Que son un motivo maravilloso para levantarme cada día y seguir luchando, gracias por estar siempre dispuestas a ayudarme, por su amor, paciencia y comprensión.

A SARAHI

Gracias Pequeñita por demostrarme la fuerza la inteligencia y la decisión de crecer en la adversidad, a pesar de tu corta edad.

A MI HERMANO, Leonel.

Gracias por todo lo que me has dado y que es muy valioso para mí.



**A MARY CARMEN.**

Por haber compartido las experiencias más significativas de tu vida, enseñándome a amar perdonar y a olvidar, por darme lo mejor que tiene un ser humano el amor, demostrándome que la vida se vive día a día, sin miedos y sin rencores, gracias por escucharme y alentarme cuando más lo necesitaba, mil gracias por todo el amor que me has brindado.

**A YANELY, ELENA Y JAIME.**

Por regalarme un poquito de lo más valioso que Dios les dio.

**A MIS AMIGOS, Felipe, Lucy, Alfredo, Elena, Karol y Jazmín.**

Gracias por los bellos momentos compartidos, por estar conmigo en las buenas y en las malas por ser los mejores amigos que Dios pudo haberme regalado.

**MIGUEL.**

Eres el hombre más maravilloso que he conocido, gracias por permitirme ver dentro de ti, por enseñarme la pasión con la que se deben hacer las cosas y por los momentos más hermosos de mi vida.

**A WENDY Y A FRANCISCO MENDOZA.**

Que sin conocerme me ofrecieron una amistad sincera, apoyándome y escuchándome cuando me encontraba en un lugar desconocido y sola, gracias por sus consejos y su cariño.

**A MI ESPOSO E HIJOS.**

Se que algún día llegaran y quiero que sepan que son mi mayor ilusión y que luchare por que seamos la familia más feliz del mundo.

## INTRODUCCIÓN.

Los abscesos renales y perirrenales en la serie de Altemeier de 540 casos de abscesos intraabdominales, los primeros solo representan el 0.02% aproximadamente. De las hospitalizaciones y los segundos, el 0.2%. Las infecciones intraabdominales originan una gran morbilidad y mortalidad por la activación de respuestas inflamatorias locales y sistémicas.

El retraso en el tratamiento de una infección intraabdominal pone en riesgo de deterioro fisiológico y aumenta la mortalidad, esto repercute directamente a su familia; económica, moral y socialmente. Por estas razones se decide profundizar en el cuidado mediante un Proceso de Atención de Enfermería. Con la finalidad, de disminuir y limitar al máximo los daños. Desarrollando cada uno de los pasos del Proceso de una forma exhaustiva visualizando los problemas reales y potenciales que permitan elaborar un plan de intervenciones ejecutar y evaluar constantemente las acciones y resultados respectivamente.

El trabajo se encuentra comprendido por los siguientes aspectos:

En el capítulo uno encontramos la justificación, donde se pretende describir tanto la situación del problema como la importancia de la aplicación del proceso de atención; así como la visión al aplicar el modelo de Virginia Henderson.

En el capítulo dos se describen los objetivos tanto general como específicos.

En el capítulo tres se desarrolla la metodología del trabajo, donde se describe los detalles más importantes de cómo fue realizado.

El capítulo cuatro contiene el marco teórico, donde podemos encontrar el concepto, la importancia, las ventajas y cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería. Así como la filosofía de Virginia Henderson, entre otros temas encontramos, las referencias y antecedentes personales y las catorce necesidades básicas. Describimos también la anatomía y fisiología de la cavidad abdominal, la fisiología del peritoneo, los cuidados a pacientes con infecciones intraabdominales, la Fisiopatología del absceso perirrenal y el tratamiento del absceso perirrenal.

En el capítulo cinco se realiza la valoración de enfermería tomando en cuenta, la exploración física, la presentación del caso y la valoración clínica de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson. Basándose en esto se lleva a cabo el análisis de datos, obteniendo las causas de dependencia y de independencia.

El capítulo seis se presentan los Diagnósticos de Enfermería, el análisis y la fijación de prioridades.

El capítulo siete se describe el Plan de Alta que el paciente llevara a cabo al egreso de esta estancia hospitalaria.

El capítulo ocho esta integrado por las conclusiones y sugerencias.

Se presenta un apartado de anexos el cual contiene, el instrumento de valoración según el modelo de Virginia Henderson; tipos de estrategias de enfrentamiento; relajación progresiva; relajación de Benson; Mecanismos de defensa; guía diaria de alimentos para adultos; tipos de modificaciones en la dieta; glosario de términos y bibliografía.

## 1. JUSTIFICACIÓN.

Los abscesos perirrenales no son comunes sin embargo representan el 0.2% de las hospitalizaciones por abscesos intraabdominales en comparación de los abscesos renales que solo representan el 0.02% de 540 casos en la serie de Altemeier.

Los abscesos perirrenales por lo general se deben a infecciones primarias y secundarias de los riñones, los uréteres y el colón o son secundarios a un traumatismo. El inicio suele ser insidioso y por consiguiente se retrasa el diagnóstico y el tratamiento, esto pone en riesgo de deterioro fisiológico y aumenta la mortalidad; que a pesar de la terapéutica agresiva, la mortalidad total aún es alta mayor del 50%, cuando existe insuficiencia orgánica múltiple.

El Proceso Atención de Enfermería es la metodología que nos permite actuar de modo sistemático al planificar nuestra intervención. Es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, que permitirá cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales disminuyendo o eliminando complicaciones durante la enfermedad, a fin de hacerle retornar a su hogar en condiciones óptimas posibles de vida, estudio y trabajo.

El modelo conceptual constituye una estructura teórica que guía y limita el campo de nuestra actuación profesional. El modelo de Virginia Henderson es el que mejor se adapta a nuestro contexto sociocultural, por que se centra en la función propia de la enfermera, entendida como una manera profesional de comprender las necesidades del ser humano y pueden ayudarle a solucionarlas y a llevar su vida de forma tan normal y productiva como sea posible, incluso durante su enfermedad.

## **2. OBJETIVOS.**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL.**

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson a un paciente post-operado de absceso perirrenal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Desarrollar cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería
- Proponer un plan de intervenciones de Enfermería en el medio hospitalario y en el domicilio.
- Evaluar y actualizar constantemente el plan de cuidados en el medio hospitalario.

### 3. METODOLOGÍA DE TRABAJO.

Se elige un paciente Post-operado de Absceso Perirrenal que se encuentra hospitalizado en el servicio de Cirugía general en el primer piso del Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud en el D.F. integrante de una familia de cuatro personas.

Con previa autorización verbal del paciente, se aplica un instrumento de valoración completa según el Modelo de Virginia Henderson, con el fin de utilizar de forma activa las etapas del Proceso Atención de Enfermería. (véase anexo 1)

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado el cual consta de cinco etapas:

La valoración se obtiene a través de la observación, la entrevista y el examen físico, apoyándose en la aplicación de habilidades técnicas, prácticas y de pensamiento crítico; con el fin de obtener los hechos necesarios para identificar los problemas de salud reales o potenciales.

Se realiza el análisis y síntesis de los datos obtenidos durante la valoración que nos llevará a emitir un juicio para así identificar, validar y tratar de forma independiente los problemas de salud, o lo que es lo mismo, especificar los diagnósticos de Enfermería los cuales serán clasificados en reales y potenciales en los que se tendría una intervención autónoma.

La planificación de los cuidados se inicia con la determinación de las prioridades incluyendo la formulación de objetivos y el establecimiento de las actividades de Enfermería que nos ayuden a alcanzar dichos objetivos.

Una vez terminada la etapa de planificación, se continúa con la ejecución que consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados. Posteriormente se procede a evaluar el logro de los objetivos fijados, ya que dicha evaluación es un hecho continuo y sistemático que nos permite la adecuación de las actividades de Enfermería, para distintas finalidades y tiempos, de esta forma el análisis será a un tiempo interesante y significativo.

Finalmente se realizaron tres visitas domiciliarias con la finalidad de reafirmar los conocimientos acerca de la dieta y las estrategias en el manejo de estrés que son mencionados en los anexos y al mismo tiempo reforzar el plan de alta.

## **4. MARCO TEORICO.**

### **4.1 Proceso de Atención de Enfermería.**

El Proceso Atención de Enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

El Proceso Atención de Enfermería exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales, del comportamiento y de pensamiento crítico. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a alcanzar su máximo potencial de salud. (Hernández, 2002)

#### **4.1.1 La Importancia del Proceso de Atención de Enfermería.**

Como instrumento en la práctica del profesional asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad, asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional y para quien la recibe, permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería. (Hernández, 2002)

#### **4.1.2 Ventajas del Proceso de Atención de Enfermería.**

Al paciente le permite participar en su propio cuidado, le garantiza una respuesta a sus problemas reales y potenciales, le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. Al profesional, le facilita la comunicación, concede flexibilidad en el cuidado, le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, le permite conocer objetivos importantes para el paciente y propicia el crecimiento profesional.

### **4.1.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.**

El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas, interrelacionadas y progresivas.

#### **4.1.3.1 Valoración.**

Consiste en la recogida y selección de datos con el fin de identificar las necesidades del individuo, familia y comunidad.

##### **Obtención de datos.**

Comienza en el momento en que tomamos contacto con el paciente, esto es una valoración inicial.

Durante la interacción enfermera/paciente se siguen obteniendo más datos que nos sirven para evaluar problemas ya determinados y para señalar otros nuevos.

##### **Clasificación de los datos.**

Subjetivos: Sensaciones y percepciones que refiere el paciente tales como dolor y malestar general.

Objetivos: Son concretos y contables. Pueden ser identificados por la enfermera, signos vitales, cantidad, olor y ruidos intestinales.

##### **Validación de datos.**

A pesar de ser la primera etapa del proceso, se sigue efectuando durante el tiempo que dure el mismo ya que la enfermedad es algo dinámico.



#### **4.1.3.2 Diagnóstico.**

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración: (Hernández, 2002)

Es el análisis de los datos recogidos en la etapa anterior para identificar problemas reales y potenciales; así como la causa de los mismos.

Determinar que problemas pueden ser tratados independientemente por la enfermera y cuales necesitan de dirección o asesoramiento de otros profesionales.

#### **Componentes de un diagnóstico de enfermería.**

El formato PES sugerido por Gordón consta de tres componentes, que permite confirmar la existencia de un diagnóstico de enfermería.

**P** Problema.

**E** Etiología o causa, utilizando las palabras "en relación a."

**S** Signos y Síntomas (características definitorias) utilizando las palabras "Manifestado por" (Alfaro, 1988)

#### **4.1.3.3 Planificación.**

Consiste en la planeación documental de los cuidados de enfermería, incluye:

Una vez identificados y jerarquizados los problemas potenciales y los reales hay que formular las actividades de enfermería para: controlar, prevenir, reducir o eliminar problemas.

También puede ocurrir que los problemas que en un principio fueron prioritarios pasen a un segundo lugar por otros más importantes en ese momento. (<http://www.enfermeriaourense.galeon.com/pae.html>)

## FIJACIÓN DE PRIORIDADES

1. *Problemas que amenacen la vida de la persona.*
2. *Problemas que para la persona/familia sean prioritarios.* Ya que en caso contrario, pueden impedir centrar la atención en problemas que aunque sean más urgentes o importantes no son percibidos como tales.
3. *Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas* dado que la resolución de aquellos eliminará o reducirá éstos.
4. *Problemas que por tener una misma causa puedan abordarse conjuntamente,* optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficacia del trabajo enfermero.
5. *Problemas que tienen una solución sencilla* puesto que su resolución sirve de acicate para abordar otros más complejos o de más larga resolución.

### **Fijación de objetivos.**

Establecer objetivos es una parte necesaria de la fase de planificación del proceso de enfermería, es importante asegurar que todos saben lo que se pretende conseguir y cuándo.

Un objetivo es lo que la enfermera y el paciente desean alcanzar en un tiempo determinado. La enfermera debe tener en cuenta al paciente o un familiar en caso de que este limitado para que exprese su opinión, pueden ser a corto plazo pueden cumplirse con relativa rapidez, en menos de una semana o a largo plazo en varias semanas o meses. (Alfaro, 1988)

Los resultados esperados (del paciente) han de ser específicos e indicar no sólo lo que se pretende hacer sino también quien lo hará, cuando, como donde y en que medida se hará.

## COMPONENTES DE LOS ENUNCIADOS DE OBJETIVOS/RESULTADOS ESPERADOS.

**SUJETO:** Cuál es la persona que se espera que logre el objetivo.

**VERBO:** Que actividades ha de hacer la persona para alcanzar el objetivo.

**CONDICIONES:** Bajo que circunstancias ha de realizar la persona sus actividades.

**MOMENTO ESPECÍFICO:** Cuando se espera que la persona realice la actividad.

Estos componentes permiten asegurar un resultado muy específico que podrá evaluarse posteriormente para determinar en que medida el paciente ha alcanzado los objetivos fijados para él.

### **4.1.3.4 Ejecución.**

Es la puesta en práctica del plan:

- Recogida y valoración de datos.
- Realización de actividades de enfermería.
- Registro de los cuidados de enfermería
- Comunicación verbal y escrita de lo ejecutado
- Mantener el plan actualizado.

### **4.1.3.5 Evaluación.**

En esta fase se determinará como ha funcionado el plan de cuidados de Enfermería. Se realizará una nueva valoración exhaustiva de todo el plan de cuidados, Esta evaluación global ayuda a determinar si se ha elaborado el mejor plan de cuidados posible para el paciente. Identificando los cambios necesarios para mejorar este plan. (Alfaro, 1988)

## **4.2 FILOSOFIA DE VIRGINIA HENDERSON.**

### **4.2.1 Referencias y antecedentes personales.**

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri. En 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército y se graduó en 1921. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. En 1929, ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester.

Henderson se desarrolló como autora e investigadora; publicó la sexta edición del libro Principios y Prácticas de Enfermería en 1978. Este texto ha constituido parte del programa de estudios de diversas escuelas de enfermería, sus textos clásicos se han traducido en más de 25 idiomas. En la década de los 80s, Henderson permaneció activa como socia emérita de investigación en Yale, sus conclusiones e influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio Cristiane Reimann. (Marriner, 1999)

Henderson ha hecho importantes contribuciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora. Ha publicado numerosas obras a lo largo de esos años. Su definición de la enfermería apareció por primera vez en 1955 en la quinta edición del textbook of the principles and practice of Nursing de Hauner y Henderson. Henderson indica que la "La única función de la enfermera es atender al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él podría realizar sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios, haciendo esto de tal forma que le ayude a conseguir independencia lo más pronto posible". (Rubio, 1998)

## **4.2.2. PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES.**

### **4.2.2.1. Necesidad:**

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, aunque sí señala las 14 necesidades básicas del paciente.

La satisfacción de cada una está condicionada por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, mismas que se interrelacionan.

Henderson deduce que el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema sino de requisito y aunque algunos podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todas son requisitos fundamentales independientes para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

### **4.2.2.2. Catorce Necesidades.**

1. Necesidad de Oxigenación.
2. Necesidad de Nutrición e hidratación.
3. Necesidad de Eliminación.
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de Descanso y sueño.
6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de Evitar los peligros.
10. Necesidad de Comunicarse.
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de Trabajar y realizarse.
13. Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de Aprendizaje. (Fernández, 1999)

#### 4.2.2.3. Conceptos.

**Cuidados básicos.** Conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera y a ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad.

**Independencia:** Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida, se refiere a aquí y ahora.

**Dependencia:** Desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas en el presente y en el futuro de acuerdo con su situación de vida a falta de una fuerza, conocimiento y voluntad.

**Autonomía:** Capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

**Agente de Autonomía Asistida:** Con este nombre se designa a la persona (familiar o persona allegada) que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia: comer beber, eliminar, moverse, y mantener una buena postura corporal, conservar la piel y mucosas limpias y cuidadas, y procurar un entorno seguro. (Luis, 2002)

### 4.2.3. SUPUESTOS PRINCIPALES.

Virginia Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluían en su teoría de sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos. (Luis, 2002)

#### **Enfermería:**

- Tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Actúa como miembro de un equipo médico.
- Actúa al margen del médico, pero apoya su plan.
- Debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Puede valorar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes del cuidado de enfermería incluyen todas las Funciones de enfermería.

#### **Persona (Paciente).**

- Las personas deben mantener el equilibrio biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúen entre sí.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería. (<http://www.aesm.net/smental/arantxa2.htm>).

#### **Salud.**

- Salud, es calidad de vida.
- Es fundamental para el funcionamiento humano.
- Requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene fuerza de voluntad y conocimientos necesarios. (Luis, 2002)

## **Entorno.**

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad pueden interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.

Deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos (Luis, 2002)



### 4.3 ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DE LA CAVIDAD PERITONEAL.

La cavidad peritoneal es amplia, pero esta dividida en compartimentos. Las mitades superiores e inferiores están separadas por el mesocolon transversal; el epiplón mayor se extiende desde el mesocolon transversal y el polo inferior del estómago para delimitar la cavidad peritoneal inferior. El páncreas, el duodeno, el colon ascendente y el colon descendente están situados en el espacio retroperitoneal anterior; los riñones, los uréteres y las suprarrenales se encuentran en el espacio retroperitoneal posterior. Las restantes vísceras, como el hígado, el estómago, la vesícula biliar, el bazo, el yeyuno, el íleon, el colon transversal y sigmoide, el ciego y el apéndice, se hallan dentro de la cavidad peritoneal (Harrison,1998).

El retroperitoneo, que contiene un plano subfascial que se extiende desde la pelvis hasta la faringe posterior, se localiza en la profundidad del recubrimiento peritoneal posterior. En algunos tipos de infección intraabdominal en los que el proceso inflamatorio penetra en el recubrimiento seroso es posible que se disemine con relativa facilidad en sentido lateral, caudal o cefálico.

En circunstancias normales la cavidad peritoneal es en gran parte un espacio potencial, ya que las capas parietal y visceral sólo están separadas por una película delgada de líquido que actúa como lubricante y permite que las vísceras abdominales se deslicen con la libertad dentro de la cavidad peritoneal. (Véase Fig.1)

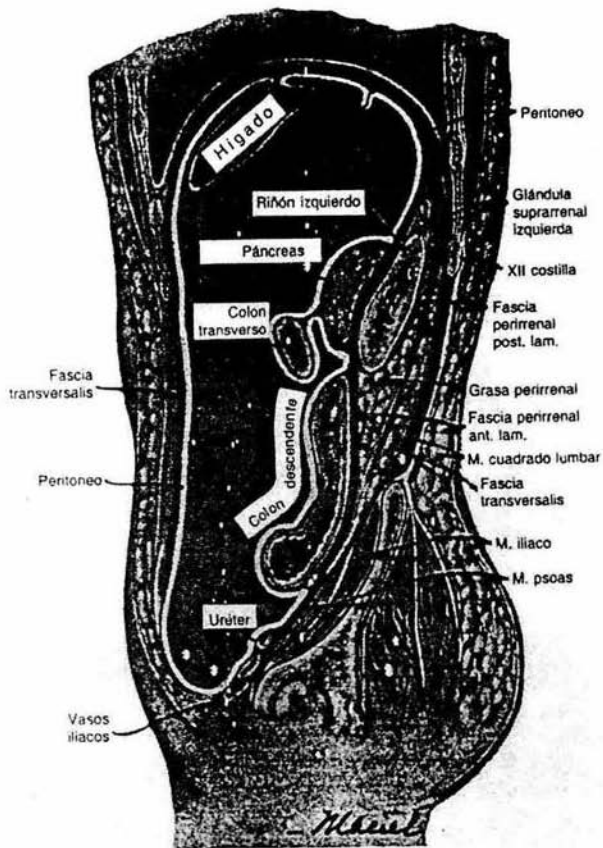


FIG. 1. Dibujo de un corte sagital izquierdo de los compartimientos del espacio retroperitoneal en esta área y su relación de vísceras contiguas. Obsérvese que las capas anterior y posterior de la fascia renal están fusionadas en la parte superior pero abierta en la inferior, lo que favorece la diseminación de las infecciones hacia abajo. (Schwartz, 2003)

#### 4.3.1 FISILOGIA DEL PERITONEO.

Las células del recubrimiento mesotelial del peritoneo secretan líquido seroso que circula dentro de la cavidad peritoneal. En condiciones normales esta última contiene 50 a 100 mililitros de líquido con una concentración de solutos casi idéntica a la del plasma. El contenido de proteínas del líquido peritoneal es un poco menor que el del plasma, alrededor de 3 g/dl. Las células mesoteliales del recubrimiento mesotelial peritoneal y los linfáticos subdiafragmáticos absorben el líquido. Las células mesoteliales también absorben solutos por el proceso continuo de endocitos. La inflamación intraperitoneal aumenta en forma notable la permeabilidad peritoneal.

Dos fuerzas principales rigen el movimiento de líquido dentro de la cavidad peritoneal: la gravedad y la presión negativa que se crea abajo del diafragma con cada ciclo respiratorio normal. La presencia de adherencias, fibrina, íleo paralítico o ventilación mecánica altera de manera espectacular el flujo de líquido dentro de la cavidad peritoneal. Los abscesos intraabdominales se encuentran con mayor frecuencia debajo del hígado o el diafragma y entre las asas de intestino.

Las acumulaciones subfrénicas de líquido purulento se deben a la presión relativamente negativa que se acarrea debajo el diafragma con cada espiración. Las mediciones de la presión intraperitoneal muestran que es menor debajo del diafragma durante la espiración. Este músculo se eleva en la espiración y produce un espacio transitoriamente más grande en el abdomen alto. Conforme el volumen aumenta, la presión disminuye. Se encuentran presiones más bajas cuando los pacientes respiran de manera espontáneas o mediante ventilación mecánica. Con la ventilación mecánica de presión positiva se observa un deterioro significativo de la cavidad peritoneal para eliminar desechos particulados.

#### 4.3.2. Respuesta peritoneal a lesiones.

Cualquier fenómeno inflamatorio en la cavidad peritoneal ocasiona irritación local del peritoneo con pérdida de células mesoteliales regionales. El defecto en el recubrimiento mesotelial se repara por "metástasis" de células cercanas del recubrimiento mesotelial. Los defectos peritoneales cicatrizaban de manera simultánea en todas partes; uno grande cura en el mismo tiempo que uno pequeño, por lo general tres a cinco días. Este proceso es rápido y suele reconstituir la continuidad peritoneal sin formación de adherencias. Aún no se conoce el origen de las células madre submesoteliales.

En pacientes con complicaciones intraabdominales por ensuciamiento, como en los enfermos con fistulas enterocutáneas, la mortalidad es de 20% en operaciones que se practica entre los días 10 y 120, pero sólo de 10% antes de 10 días y después de 120.

Los tres principales mecanismos de defensa celulares de la cavidad peritoneal ayuda a esclarecer el patrón específico de respuesta. Los elementos de estas defensas incluyen los macrófagos que residen en el peritoneo y los grandes fondos comunes de incorporación de neutrófilos y monocitos circulantes, dos tipos de células que participan en la formación de un absceso. La ingestión de microorganismos por estas células puede resultar en la secreción de diversas moléculas proinflamatorias que generan la respuesta sistémica.

Los sistemas de defensa reconocen la presencia de microorganismos dentro de la cavidad peritoneal principalmente a través de la fagocitosis de microorganismos por los macrófagos que residen en el peritoneo. Ello ocasiona la activación de los macrófagos locales, con secreción de moléculas de señalamiento proinflamatorias que se incorporan de un fondo común circulante grande de fagocitos.

### **4.3.3. Bacteriología de la infección intraabdominal.**

La inmensa mayoría de las bacterias del colon corresponde a especies anaerobias que, hasta donde se sabe, contribuyen poco a una infección intraabdominal clínica. Las bacterias más comunes aisladas en infecciones clínicas son *Escherichia coli* especies de *Enterobacter*, *Klebsiella* y *Pseudomonas*, que caracterizan menos de 0.2% de la flora normal del colon. Incluso el patógeno anaerobio más común, *Bacteroides fragilis*, sólo constituye 1% de la misma. La presencia de gran número de bacterias no patógenas proporciona una medida protectora para el huésped al suprimir el crecimiento de las patógenas en potencia. Es frecuente observar el crecimiento excesivo de bacterias aerobias gramnegativas patógenas después del tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Muchas de estas bacterias se relacionen con infecciones nosocomiales que son mucho más difíciles de erradicar.

### **4.3.4 CUIDADO DE PACIENTES CON INFECCIONES INTRAABDOMINALES.**

#### **4.3.4.1 Diagnóstico de infección intraabdominal.**

La anamnesis y el examen físico del paciente con sospecha de infección intraabdominal son fundamentales para definir tanto la necesidad y urgencia de una intervención como el empleo de técnicas diagnósticas. Un interrogatorio breve debe establecer el tiempo que ha estado enfermo el paciente; la presencia de fiebre o escalofrío; si hay dolor y, de ser así, dónde se ubica y cuál es su carácter (tipo cólico, sordo, ardoroso, etc.), si ha cambiado de localización, carácter e intensidad, y se acompaña de anorexia, vómitos o íleo. Son importantes los antecedentes médicos, que incluyen hospitalizaciones recientes, medicamentos, diagnósticos de enfermedad crónica y operaciones anteriores.

El estiramiento del peritoneo visceral causa náuseas y dolor mal localizado. La mayor parte de las estructuras viscerales intraperitoneales proviene del intestino anterior embriológico y en consecuencia su inervación deriva de las ramas

viscerales del nervio vago. El dolor suele localizarse en la distribución dermatomal del órgano visceral relacionado.

#### 4.3.4.2. Valoración del estado Hemodinámico y respiratorio.

La hipotensión puede tener dos causas en pacientes con infección intraabdominal. Ocurre una pérdida de líquido a través de la combinación variable de disminución de la ingestión, aumento de las pérdidas respiratorias de líquido por la taquipnea que acompaña a la fiebre y secuestro intraabdominal de líquido. El grado de este último que se relaciona con una infección se debe tanto a la respuesta peritoneal local como al escape capilar difuso que se observa en la sepsis mayor. La hipotensión también puede deberse a la disfunción cardíaca y vascular que forma parte del choque séptico.

#### 4.3.4.3. Exámen físico.

Además de revisar los signos vitales, es necesario observar de manera cuidadosa al aspecto general del paciente, incluso taquipnea o respiración difícil, agitación o pruebas de deshidratación. Antes de realizar el exámen debe explicarse al enfermo cada parte y asegurarle que lo le causará dolor.

##### 4.3.4.3.1. Inspección y auscultación

El abdomen se inspecciona en busca de distensión y de cualquier cicatriz. En este momento debe asegurarse al paciente que el exámen le causará una molestia mínima pero que es indispensable para determinar la necesidad de medidas diagnósticas y terapéuticas. Se pide al enfermo que señale con cuidado el área de dolor más intenso en el abdomen. La auscultación se inicia en el cuadrante diagonalmente opuesto a este punto y se lleva a cabo sólo para determinar si los ruidos intestinales disminuyeron, son normoactivos (lo que se determina según lo último que comió el enfermo) o hiperactivos. Los ruidos intestinales hiperactivos

sugieren un elemento obstructivo ya sea como un proceso patológico primario o como parte de un proceso inflamatorio localizado.

#### 4.3.4.3.2. Palpación

El peritoneo parietal está inervado por los nervios aferentes somáticos y viscerales, y es muy sensible. El peritoneo parietal anterior posee mayor sensibilidad y el peritoneo pélvico menos. El propósito de la palpación del abdomen es confirmar el sitio de hipersensibilidad máxima y el tono en reposo de diversas porciones de la pared anterior del abdomen. Para hacerlo, quien examina comienza en una parte del abdomen asintomática y presiona con suavidad hasta determinar el tono de la musculatura subyacente. En enfermos con hipersensibilidad localizada y un incremento localizado del tono de la pared del abdomen es necesario diferenciar la defensa voluntaria de la involuntaria.

La rigidez de los músculos abdominales al inicio se debe a defensa voluntaria y a espasmo muscular reflejo. Este último puede tornarse tan intenso que produce una rigidez del abdomen similar a una tabla y la pared abdominal puede tornarse escafoide.

#### 4.3.4.3.3. Pruebas de laboratorio y otras.

En una infección intraabdominal aguda es común encontrar leucocitosis, pero la cifra total de leucocitos puede ser muy errónea si se considera aislada sin una cuenta diferencial. Una cifra de leucocitos mayor de 25 000/mm<sup>3</sup> o leucopenia menor de 4 000/mm<sup>3</sup> se acompañan de una mortalidad más alta. La cuenta diferencial proporciona pruebas de la presencia de inflamación aguda al mostrar linfopenia relativa y desviación de moderada a notable a la izquierda, incluso si la cifra de leucocitos es normal o subnormal.

Las radiografías simples del abdomen por lo general revelan aire libre, un indicador uniforme de perforación visceral cuando no hay antecedente de una intervención reciente. El aire libre puede observarse en una placa abdominal en

posición erecta o en decúbito lateral si la peritonitis se debe a una víscera hueca rota. En las radiografías de tórax es posible observar aire debajo del diafragma si el paciente permanece en posición erecta durante 5 min., o más antes de tomar la placa. Los datos más notables, pero menos comunes, son aire en la vena porta o acumulaciones extraluminales de gas que indican un absceso; estos signos radiológicos son suficientemente específicos para justificar una intervención inmediata.

#### **4.4. FISIOPATOLOGIA DE ABSCESO PERIRRENAL.**

Las infecciones intraabdominales pasan por dos etapas: la peritonitis y, en ausencia de tratamiento, la formación de abscesos. Las clases de microorganismos que intervienen en cada uno de estas etapas son las responsables de la patogenia de la enfermedad.

Si bien los abscesos hepáticos proceden generalmente de focos de infección contiguos o tienen su punto de partida en otros procesos intraabdominales y, aunque los abscesos esplénicos suelen ser secundarios a una diseminación hematógena (p ej. En la endocarditis bacteriana), los abscesos renales y perirrenales tienen una patogenia distinta. Antes de la introducción de antibióticos, casi todos los abscesos renales y perirrenales eran de origen hematógena y *S.aureus* era el agente aislado con mayor frecuencia. Ahora más del 75% de los abscesos renales y perirrenales se forman a partir de una infección inicial de las vías urinarias. La infección asciende desde la vejiga hasta el riñón, produciendo primero una pielonefritis. Las bacterias pueden invadir directamente el parénquima renal, desde la médula a la corteza. Los conductos vasculares intrarrenales también pueden favorecer el desplazamiento de los microorganismos. Las zonas abscesificadas que se forman dentro del parénquima pueden romperse hacia el espacio perirrenal. Los riñones y las glándulas suprarrenales están rodeados por una capa de grasa perirrenal que a su vez, está rodeada por la fascia de Gerota, la cual se prolonga hacia arriba hasta el diafragma y hacia abajo hasta la grasa pelviana. Cuando los abscesos se propagan por el espacio perirrenal, puede



fistulizarse a través de la fascia de Gerota y penetrar en el psoas o en los músculos transversos, para alcanzar por delante la cavidad abdominal, por arriba el espacio subdiafragmático o por debajo la pelvis. De los diversos factores de riesgo que han acompañado a la formación de los abscesos perirrenales, el más importante ha sido la existencia de una nefrolitiasis simultánea con obstrucción del flujo urinario. El 20 a 60% de los pacientes con abscesos perirrenales tienen cálculos renales. Otros factores de riesgo conocidos son las anomalías anatómicas de las vías urinarias, el antecedente de traumatismo o de intervención urológica y la diabetes mellitus. (Schwartz, 2003)

#### **4.5. TRATAMIENTO DE ABSCESO PERIRRENAL.**

El tratamiento de los abscesos perirrenales al igual que el de otros abscesos intraabdominales, consiste en el drenaje del pus y el tratamiento antibiótico dirigido contra el o los microorganismos aislados. En el absceso perirrenal el drenaje percutáneo es el tratamiento de elección con mejores resultados.

Las indicaciones para drenaje quirúrgico abierto son: fracaso el drenaje percutáneo, imposibilidad para drenar con seguridad por esta vía, presencia de un absceso pancreático o carcinomatoso, relación con una fistula intestinal con eliminación abundante.

Una fistula es una comunicación anatómica anormal entre dos superficies epiteliales. Las fistulas generalmente se clasifican mediante técnicas anatómicas y fisiológicas. Las clasificaciones anatómicas se basan en el sitio de origen de la fistula y el punto de drenaje. Un elemento central para esta clasificación consiste en la localización interna o externa de la fistula. La clasificación fisiológica depende del material eliminado a través de la fistula durante un lapso de 24 horas. Las fistulas gastrointestinales pueden ser espontáneas o postoperatorias, las espontáneas representan el 15 al 25% de las fistulas y son consecuencia de procesos inflamatorios o neoplásicos o secuelas de radioterapia. El 75 a 85% restantes de las fistulas casi siempre son postoperatorias, externas y iatrogénicas.

Estas fistulas se producen en casos de cirugía por cáncer, intervenciones quirúrgicas de urgencia, que impiden la preparación y la limpieza adecuada del intestino. Dado que la mayoría de las fistulas enterocutáneas son postoperatorias, es necesario aplicar medidas eficaces para proteger la piel contra la acción cáustica del material eliminado a través de la fistula. La mayoría de las fistulas enterocutáneas postoperatorias se descomprimen a través de la incisión quirúrgica. Apenas se observen signos de infección y drenaje en la incisión se encuentra indicado la apertura de la herida. (Harrison, 1998)

## 5. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

### 5.1 Presentación del caso.

Estudio realizado del 10 de enero al 27 de febrero del 2004.

Se trata de paciente femenino de 40 años de edad. Sexo: femenino, Estado civil: casada, Madre de dos niños de 8 y 5 años de edad. Escolaridad: primaria, Ocupación: al hogar, Religión: católica, Nacionalidad: mexicana.

Lugar de procedencia: México D.F.

Domicilio: Av. Apatlaco No. 207 col. Apatlaco, Delegación Iztapalapa.

Persona responsable: Felipe de Jesús Rodríguez Colín (Esposo).

Ocupación: comerciante

Domicilio: mismo domicilio.

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Vive en zona urbana, casa prestada cuenta con dos recamaras, cocina, baño y todos los servicios de saneamiento e intradomiciliarios agua, luz y teléfono.

Hábitos alimenticios, regulares en cantidad y calidad, baño y cambio de ropa todos los días, aseo bucal después de cada comida.

Toxicomanías interrogadas y negadas.

### ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.

Menarca: 13 años Ritmo: 30X3 Eumenorreica IVSA: 27 años. Una pareja sexual. PO: 2 AO: 00 FUP: 4 años 9 meses FUM: 15/X/03 DOC: último en el mes de abril 2003 aparentemente normal MPF: DIU desde hace 4 años.

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Quirúrgicos, alérgicos, traumáticos y transfusionales interrogados y negados. Se conoce con Hipertensión desde hace 6 meses sin tratamiento médico

## 5.2 Exploración física.

Peso: 63 Kilogramos, Talla: 1.65 centímetros, Edad: 40 años, Sexo: Femenino  
Signos Vitales: F.C.84, F.R. 36, T/A: 110/70 mm/Hg, Temperatura: 36.7°

Se trata de paciente femenino consciente, tranquila, con apariencia mayor a la cronológica.

**Cabeza:** Con implantación adecuada de cabello, pupilas normoreflexicas, nariz central y permeable, piezas dentales completas, pabellones auriculares de buena implantación.

**Cuello:** Normocilíndrico, con incisión quirúrgica por traqueostomía, y Colocación de cánula endotraqueal.

**Tórax:** Con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, Campos Pulmonares con estertores, movimientos de inspiración y Expiración adecuada, instalación de catéter subclavio derecho.

**Abdomen:** Abdomen blando depresible, peristalsis disminuida, herida Quirúrgica abierta en flanco derecho por drenaje de absceso perirrenal, Presencia de fístula enterocutanea mismo lugar.

**Genitales:** sin alteraciones.

**Extremidades:** Simétricas.

### 5.3 Antecedentes de padecimiento actual.

Refiere un padecimiento de un mes previo de evolución caracterizado por síndrome febril vespertino persistente que disminuye con salicilatos, agregándose ataque al estado general por lo que acude a medico privado donde se indica tratamiento médico no especificado, sin mejoría agregándose tos expectorante no cianozante y eritema en dorso lumbar, así como síndrome urinario con poliaquiuria, disuria y piuria, acudiendo al hospital de Xoco donde se interviene para drenaje de absceso, el día 25 de noviembre del 2003 y se coloca un penrose con aparente salida de material purulento.

Es egresada de esa unidad y transferida a esta unidad al día siguiente. Se decide intervención quirúrgica por parte del servicio de urología y cirugía general el día 27 de noviembre del 2003, encontrando hipotrofia renal derecha, lito coraliforme y se realiza nefrectomía subcapsular derecha así como debridación, lavado y fasciotomías dorsolumbares derecha.

Sé extuba y pasa a piso sin embargo por hipotensión severa ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos para manejo ventilatorio mecánico, con parámetros normales, pero durante su estancia desarrolla Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Pulmonar Agudo, el cual actualmente ha remitido.

Se apoyo con aminas vasoactivas, dopamina 1.3 mcg/kg. /min., y norepinefrina 5 mcg/min., hasta la remisión del estado de choque. Se mantuvo con antibióticos del tipo de la ciprofloxacina, fosfomicina y metronidazol hasta el 16 de diciembre del 2003 y continuó con imipen y fosmicina posteriormente por cultivo de Seudomona Aeroginosa, actualmente negativo. Se realizaba lavado quirúrgico en forma periódica, así como curaciones en el servicio, sin embargo se presento Fístula colónica con gastos promedios de 150 a 200 cc., en 24 horas.

Se realizó traqueotomía por intubación prolongada sin complicaciones se dejo colocado catéter epidural para control del dolor por el servicio de clínica del dolor. Desde hace cinco días, se encuentra hemodinamicamente estable, gasométricamente con adecuados parámetros y en estos momentos ya no requiere apoyo para terapia intensiva, por lo que es egresada a piso de Cirugía General para continuar su manejo antibiótico y tratamiento de fasciotomías.

#### 5.4 VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

##### 1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

###### DATOS OBJETIVOS:

Temperatura: 36.7°C

F.C: 68 por minuto

F.R: 36 por minuto

T/A: 110/70 mm/Hg.

Respira por medio de una traqueostomía

Presencia de secreciones en el árbol traqueal

Campos pulmonares con estertores

Presencia de tos

###### DATOS SUBJETIVOS:

Malestar al no poder respirar y malestar general

Dolor de cabeza y dolor torácico.

##### 2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

###### DATOS OBJETIVOS:

Tiene indicada hiperalimentación endovenosa

Peso anterior al padecimiento 86 kilogramos aproximadamente.

Peso actual 63 kilogramos.

Pérdida de peso de aproximadamente 23 kilogramos

###### DATOS SUBJETIVOS:

Debilidad

##### 3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

###### DATOS OBJETIVOS:

El contenido intestinal es eliminado a través de una fístula enterocutánea

Presenta de 2 a 3 micciones al día.

La orina es de color ámbar, olor característico, en cantidad de 30 mililitros en cada micción.

###### DATOS SUBJETIVOS:

No se encuentran datos de importancia.

#### 4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

##### DATOS OBJETIVOS:

Se encuentra en cama en posición Semifowler  
Disminuyo su actividad física a causa de la enfermedad  
Incapaz de mantenerse de pie por mucho tiempo

##### DATOS SUBJETIVOS:

Atonía  
Debilidad muscular  
Refiere dolor en los músculos del cuello

#### 5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

##### DATOS OBJETIVOS:

Consciente  
Despierta  
Alerta  
Duerme sólo por las noches

##### DATOS SUBJETIVOS:

Se encuentra tranquila.  
Satisfecha con el tiempo que duerme.

#### 6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

##### DATOS OBJETIVOS:

Debilidad muscular.  
Limitación de movimiento por los métodos invasivos.

##### DATOS SUBJETIVOS:

No se encuentran datos de importancia.

#### 7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

##### DATOS OBJETIVOS:

Temperatura de 36.7°C  
Se adapta bien a los cambios de temperatura.

##### DATOS SUBJETIVOS:

Entorno físico (Cirugía General), es un ambiente frío, con buena iluminación, no hay corrientes de aire pero si es muy fresco.

## 8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

### DATOS OBJETIVOS:

Su aspecto es regularmente aseado, cabello limpio pero despeinado, piel y mucosas orales limpias, uñas de pies y manos limpias.

Baño diario por el familiar que la acompaña (esposo).

Presenta leve enrojecimiento de la piel en protuberancias óseas.

Pasa mucho tiempo en cama.

### DATOS SUBJETIVOS:

La paciente refiere interés por su aseo.

## 9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

### DATOS OBJETIVOS:

Para realizar el baño diario tiene que ser trasladada al baño que se encuentra relativamente lejos de la habitación, en silla de ruedas.

Tiene una herida quirúrgica en el cuello por traqueostomía, con colocación de cánula traqueal que constantemente esta húmeda y sin protección.

Tiene colocación de catéter subclavio derecho.

Tiene una herida quirúrgica por drenaje de absceso perirrenal en flanco derecho de aproximadamente 12 centímetros de largo y 10 centímetros de ancho llegando hasta la ingle, que constantemente esta supurando material purulento.

Tiene una fístula enterocutanea, que por su tipo no cerrará sola, eliminando contenido intestinal constantemente.

### DATOS SUBJETIVOS:

No se encuentran datos de importancia.

## 10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

### DATOS OBJETIVOS:

Tiene traqueostomía la cual le impide hablar pero responde con gesticulaciones, movimientos de cabeza y movimientos de labios.

### DATOS SUBJETIVOS:

No tiene ninguna alteración en el entendimiento, sonríe de vez en cuando.

Es visitada regularmente por sus familiares (cuñados y hermanas), su esposo la acompaña todo el tiempo.

Responde a las preguntas con una buena actitud.



#### 11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

##### DATOS OBJETIVOS:

Religión católica, tiene una imagen de la Virgen de Guadalupe en la cabecera de la cama y en la mesa puente tiene un rosario.

##### DATOS SUBJETIVOS:

Antes de su enfermedad asistía a misa todos los domingos y hace oración todas las noches, se mantiene con la fe y la esperanza de que su salud mejorara y vera a sus hijos muy pronto a los que les ha inculcado, el amor, el respeto y la honradez.

#### 12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

##### DATOS OBJETIVOS:

Se dedica al hogar.

Es madre de dos niños a los cuales atiende y lleva a la escuela. Uno de 8 años y 5 años.

##### DATOS SUBJETIVOS:

Se siente satisfecha de atender su hogar, a su esposo y a sus hijos. Manifiesta que quiere recuperarse para atenderlos como lo hacia.

#### 13. NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

##### DATOS OBJETIVOS:

En el hospital cuenta con un radio portátil y revistas que su esposo le lleva.

Con frecuencia tiene fascias de aburrimiento.

##### DATOS SUBJETIVOS:

Le gusta ver la televisión y escuchar la radio, lleva a los niños al parque y juega con ellos.

#### 14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

##### DATOS OBJETIVOS:

Conoce la magnitud de su padecimiento y cual es su tratamiento.

Se le diagnóstico hipertensión arterial desde hace 6 meses de la cual no ha recibido tratamiento y desconoce la enfermedad.

##### DATOS SUBJETIVOS:

Muestra interés acerca de la enfermedad.

## 5.4 ANALISIS DE DATOS.

### 5.4.1 CAUSAS DE DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA.

#### 1. NECESIDAD OXIGENACIÓN:

*Manifestaciones de dependencia:*

Respira por medio de una traqueostomía.

Tiene secreciones abundantes.

Se escuchan estertores en campos pulmonares.

Presenta tos y taquipnea.

*Manifestaciones de independencia:*

Los movimientos de inspiración y expiración son adecuados.

#### 2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

*Manifestaciones de dependencia:*

El intestino no está en condiciones para absorber los productos de la digestión.

Su alimentación es por medio de un catéter subclavio derecho.

*Manifestaciones de independencia:*

Consciente.

Tranquila.

Piezas dentarias completas.

#### 3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

*Manifestaciones de dependencia:*

El contenido intestinal es eliminado a través de una fístula enterocutánea.

*Manifestaciones de independencia:*

Orina de dos a tres veces al día, 30 mililitros en cada micción.

Color y olor característicos.

#### 4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

*Manifestaciones de dependencia:*

Presenta debilidad general.

No puede permanecer mucho tiempo de pie.

*Manifestaciones de independencia:*

Actualmente esta consciente con la mejor disposición de moverse.

#### 5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

*Manifestaciones de dependencia:*

No se observan.

*Manifestaciones de independencia:*

Duerme solo por las noches.

Se encuentra satisfecha de las horas que duerme.

Se mantiene alerta todo el día.

#### 6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DEVESTIR ADECUADAS.

*Manifestaciones de dependencia:*

Actualmente requiere ayuda para ponerse la bata de paciente a causa de la debilidad general y a los métodos invasivos, como catéter subclavio y la venoclisis.

*Manifestaciones de independencia:*

Hasta sufrir el absceso perirrenal era completamente independiente.

#### 7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

*Manifestaciones de dependencia:*

Tiene muchos métodos invasivos, y esta pasando por un proceso infeccioso, lo cual representa un peligro de presentar hipertermia en cualquier momento.

*Manifestaciones de independencia:*

Se adapta bien a los cambios de temperatura.

Se mantiene hasta el momento eutermica.

#### 8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

*Manifestaciones de dependencia:*

Baño diario asistido por su familiar (esposo)

Debilidad general.

Se encuentra limitada por la instalación de catéter subclavio y venoclisis para el libre movimiento.

Tiene una herida quirúrgica abierta por drenaje de absceso perirrenal que constantemente esta supurando.

Tiene una fistula enterocutanea, que constantemente esta eliminando contenido intestinal

*Manifestaciones de independencia:*

Manifiesta su deseo de bañarse tan pronto como sea posible.

#### 9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS:

*Manifestaciones de dependencia:*

Debilidad general.

El baño esta relativamente lejos y tiene que ser trasladada en silla de ruedas por el familiar y el camillero.

*Manifestaciones de independencia:*

Se mantiene alerta, consiente y bien orientada.

#### 10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

*Manifestaciones de dependencia:*

Tiene una traqueostomía la cual impide la resonancia de las cuerdas bucales

*Manifestaciones de independencia:*

Consiente, orientada y tranquila

Mantiene contacto con sus familiares que van a visitarla.

Se manifiesta mediante gesticulaciones, movimientos de cabeza y movimiento de los labios.

#### 11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREEENCIAS Y VALORES

*Manifestaciones de dependencia:*

No se observan

*Manifestaciones de independencia:*

Su religión es católica y anteriormente asistía a la iglesia todos los domingos.

Actualmente tiene una imagen en la cabecera de la cama y un rosario en la mesa puente.

#### 13. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

*Manifestaciones de dependencia:*

No se observan.

*Manifestaciones de independencia:*

Antes la hospitalización se sentía satisfecha de hacer las tareas domésticas y de cuidar a sus hijos y a su esposo.

Manifiesta que quiere recuperarse lo más pronto posible para seguir haciéndolo.

### 13. NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

*Datos que deben considerarse:*

Dentro del hospital cuenta con un radio portátil y revistas que su esposo le lleva.

Le gusta ver la televisión y escuchar el radio.

Cuando estaba en su casa, lleva a los niños al parque, se siente satisfecha de sus ocupaciones.

### 14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

*Manifestaciones de dependencia:*

Le fue diagnosticado, hipertensión arterial desde hace seis meses sin recibir ningún tratamiento durante todo este tiempo y desconoce todo acerca de esta enfermedad.

*Manifestaciones de independencia:*

Acerca de su padecimiento actual se mantiene informada de las evoluciones y tratamientos, muestra interés por recibir más información y aprender técnicas para que su recuperación sea más rápida.

## 6. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

### 6.1. Análisis y fijación de prioridades.

#### 6.1.1. Análisis.

Por los datos recogidos, la señora GRG hasta su ingreso, era una persona que se valía por sí misma para todas las actividades de la vida cotidiana, con hábitos de vida saludables y adecuados a su edad. Su esposo está con ella todo el tiempo que sea necesario y están conscientes que es una etapa transitoria y que pronto se recuperará.

La paciente manifiesta que quiere recuperarse lo más pronto posible para cuidar de sus hijos que le están esperando en casa; por lo tanto está en la mejor disposición de hacer y aprender todo lo necesario para recuperar su salud.

Todo esto constituye una serie de recursos a utilizar en la planificación de los cuidados, para esto es necesario identificar y decidir que problemas deben abordarse en primer lugar y cuáles pueden esperar.

### 6.1.2. Fijación de Prioridades.

#### 1. Problemas que amenacen la vida de la persona.

- ❖ Limpieza ineficaz de vías respiratorias debido al acumulo de secreciones manifestado por tos estertores y taquipnea.
- ❖ Riesgo de deterioro físico ocasionado por la necesidad de reposo intestinal manifestado por disminución de peso, apatía y debilidad general

#### 2. Problemas que para la persona/familia sean prioritarios.

#### 3. Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas.

- ❖ Potencial de traumatismo, relacionado con debilidad y disminución de la tonicidad muscular.
- ❖ Alto riesgo de infección, en traqueostomía debido a que es una herida abierta que constantemente se encuentra húmeda.
- ❖ Alto riesgo de infección relacionada a la pérdida de la continuidad de la piel por intervención quirúrgica abierta para drenaje de absceso perirrenal.
- ❖ Alto riesgo de infección de herida quirúrgica relacionado a alteración en el proceso de eliminación intestinal (Fístula enterocutanea).
- ❖ Riesgo potencial de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con métodos invasivos y heridas quirúrgicas abiertas.

#### 4. Problemas que por tener una misma causa, pueden abordarse Conjuntamente.

- ❖ Dificultad para vestirse y desvestirse ocasionado por apatía debilidad y métodos invasivos, manifestado por desarreglo personal.
- ❖ Dificultad para realizar el aseo corporal ocasionado por debilidad y apatía manifestada por depender de una persona para hacerlo.

5. Problemas que tienen una solución sencilla.

- ❖ Alteración en el funcionamiento del sistema músculo/esquelético relacionado al tiempo que pasa en cama manifestado por dolores musculares.
- ❖ Alteración de la comunicación verbal relacionado a la permanencia de la cánula endotraqueal manifestado por ausencia del habla.
- ❖ Déficit de conocimientos acerca de la hipertensión arterial: factores de riesgo, la importancia del tratamiento, signos y síntomas y las complicaciones que puede presentar.
- ❖ Riesgo potencial a sufrir trastornos del comportamiento como ansiedad o la depresión ocasionado por los factores estresantes a los que constantemente esta expuesta.
- ❖ Alteración potencial de la nutrición por aumento de peso debido a la falta de información en el consumo de alimentos así como de la importancia de mantener el peso corporal adecuado.

6.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA, PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES, EJECUCIÓN, EVALUACION.

6.2.1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

<b>Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de vías respiratorias debido al acumulo de secreciones manifestado por tos estertores y taquipnea.</b>		
<b>Objetivos:</b>	<b>Planificación y Ejecución:</b>	<b>Evaluación:</b>
<p>Que la paciente logre respirar libremente mediante la cánula endotraqueal durante la permanencia de esta.</p>	<p>Explicar a la paciente los objetivos de las intervenciones.                      Explicar al paciente como respirar antes de la aspiración de secreciones.                      Darle fisioterapia pulmonar 5 a 10min. antes de cada aspiración.                      Lavarse las manos antes y después del contacto con el paciente.                      Aspirar las secreciones mediante la cánula según sea necesario.                      Mantenerlo es posición semifowler.                      Ministrar medicamentos expectorantes.                      Movilizar al paciente cada 2 horas.                      Registrar cantidad, consistencia y color de las secreciones. (Riopelle, 1997)</p>	<p>La Enfermera logra mantener las vías aéreas limpias, campos pulmonares libres de secreciones; disminuye tos, estertores y taquipnea, se le retira cánula endotraqueal; 20 días después por mejoría clínica.</p>



## 6.2.2 NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

<b>Diagnostico de Enfermería: Riesgo de deterioro físico ocasionado por la necesidad de reposo intestinal manifestado por disminución de peso apatía y debilidad.</b>		
<b>Objetivos:</b>	<b>Planificación y ejecución:</b>	<b>Evaluación:</b>
Que la paciente mantenga un estado nutricional adecuado durante su estancia en el hospital.	Proporcionar los nutrientes esenciales para la paciente que no puede tomar alimentos por la vía digestiva.	La paciente se encuentra tranquila; se mantiene en el peso; presenta ligera palidez de tegumentos y mucosas orales hidratadas.
La enfermera asegurara que el paciente reciba los nutrientes esenciales mediante la alimentación parenteral total.	Regular el goteo de acuerdo con las indicaciones medicas ya sea por gravedad o por bomba de infusión.  Identificar oportunamente signos de mal nutrición.(Riopelle,1997)	Manifiesta interés por moverse y ponerse de pie.

### 6.2.3 NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

<b>Diagnóstico de Enfermería: Alteración en el funcionamiento del sistema músculo esquelético relacionado al tiempo que pase en cama manifestado por dolores musculares.</b>		
<b>Objetivo:</b>	<b>Planificación y ejecución:</b>	<b>Evaluación:</b>
Que el familiar aprenda y colabore activamente con la rutina de ejercicios después de tres sesiones.	Explicar a la paciente y al familiar el procedimiento mientras se movilizan las extremidades una a una en cada ocasión. Enseñar al paciente posturas adecuadas.	La paciente y su esposo aprendieron a realizar los ejercicios adecuadamente.
La enfermera desarrollará una rutina de ejercicios para mantener o restablecer el movimiento normal de las articulaciones así como el tono muscular lo más rápidamente posible	Antes del tratamiento de ejercicios pasivos se levanta al paciente de su cama a una altura confortable y una posición adecuada. Ayudar al paciente según sus necesidades de movimiento. (Mttehew, 1992)	Se restablece el funcionamiento músculo esquelético después de un mes, se recupera la fuerza, tonicidad.
La paciente realizará con la ayuda de la enfermera, cambios posturales y ejercicios pasivos para restablecer el funcionamiento músculo esquelético.	La sesión de ejercicios se realiza cada dos horas o por lo menos dos veces al día.	La paciente camina por si sola hacia la regadera sólo con un poco de ayuda.

6.2.4. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

<b>Diagnóstico de Enfermería: Dificultad para vestirse y desvestirse ocasionado por debilidad y métodos invasivos manifestado por desarreglo personal.</b>		
<b>Objetivo:</b>	<b>Planificación y ejecución:</b>	<b>Evaluación:</b>
<p>La enfermera aplicara el procedimiento adecuado para cambio de ropa aun paciente con infusión intravenosa.</p> <p>La enfermera enseña al paciente y al familiar a retirar la bata y efectuar el baño.</p>	<p>El cambio se hace después del baño, con el cambio de ropa de cama diariamente.</p> <p>La enfermera enseña al paciente y al familiar a retirar la bata, para efectuar el baño, respetando siempre la intimidad del paciente. (González, 1997)</p>	<p>La paciente se mantiene limpia y confortable.</p> <p>La paciente se mantiene limpia y confortable durante su estancia en el hospital.</p>

6.2.5. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LÍMITES NORMALES.

<b>Diagnóstico de Enfermería: Riesgo potencial de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado a métodos invasivos y heridas quirúrgicas abiertas.</b>		
<b>Objetivo:</b>	<b>Planificación:</b>	<b>Evaluación:</b>
<p>La enfermera identificará los signos y síntomas de hipertermia oportunamente, durante la permanencia de los métodos invasivos y heridas quirúrgicas.</p>	<p>Anotar cualquier cambio, (signos vitales, temperatura de la piel, estado de conciencia.</p>	<p>La paciente presenta hipertermia.</p>
<p>La enfermera aplicará los medios necesarios para disminuir la temperatura corporal en caso de ser necesario.</p>	<p>Aplicar las técnicas de cuidados apropiados (toma y registro de temperatura).</p> <p>Aplicar medios físicos. Administración y vigilancia de la medicación (antibióticos, Antipiréticos, antiinflamatorios, Sulfamidas). Según indicaciones medicas.</p>	<p>La Enfermera aplica las medidas necesarias para controlar la temperatura durante la permanencia de la hipertermia. Logrando mantenerla eutérmica, durante la permanencia de los métodos invasivos y heridas quirúrgicas abiertas.</p>

6.2.6. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

<b>Diagnóstico de enfermería: Dificultad para realizar el aseo corporal ocasionado por debilidad manifestado por desarreglo personal.</b>		
<b>Objetivos:</b>	<b>Planificación y ejecución:</b>	<b>Evaluación:</b>
La enfermera ayudará al paciente a mantener una buena higiene corporal.	Ayuda al paciente asistiéndola en el cuidado de su higiene.  Realizar el baño diario. (González, 1997)	La paciente se encuentra limpia y aseada todos los días.
Aumentar la motivación del paciente frente a su apariencia física y sus cuidados higiénicos.	La enfermera menciona el confort y bienestar que causa el sentirse limpio; platicando con ella durante los procedimientos.	La paciente manifiesta sentirse confortable.

6.2.7. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

<b>Diagnóstico de Enfermería: Potencial de traumatismo, relacionado con la debilidad y disminución de la tonicidad muscular.</b>		
<b>Objetivos:</b>	<b>Planificación y ejecución:</b>	<b>Evaluación:</b>
La paciente no sufrirá ningún tipo de lesión mientras esté hospitalizada.	La enfermera aplica las técnicas de movilización adecuadamente.	La paciente fue movilizado de un lado a otro cuando lo requirió, con ayuda de su familia sin sufrir ningún accidente.
La enfermera enseñara al paciente y a su familiar la movilización en una demostración.	Explicar al paciente y al familiar el procedimiento de movilización y sugerirle formas en que puede colaborar.	La paciente expresara su comprensión y aceptación de las medidas de seguridad.
La paciente demostrará habilidad conjuntamente con su familiar en la aplicación del procedimiento de movilización.	Colocar la silla cerca de la cabecera de la cama y asegurar las ruedas, procurando que los descansos de los pies estén plegados. - La enferma siempre debe estar acompañada por otra persona.	La paciente y su familiar demostraron habilidad durante la movilización.

**Diagnostico de Enfermería: Alto riesgo de infección, en traqueostomía debido a que es una herida abierta que constantemente se encuentra húmeda.**

Objetivos:	Planificación y ejecución:	Evaluación:
<p>La enfermera disminuya los factores de riesgo de infección de la traqueostomía.</p> <p>La enfermera identificara oportunamente cualquier dato de infección.</p>	<p>Lavarse antes y después del contacto con pacientes.</p> <p>Usar técnica aséptica; al cambiar el apósito de la traqueostomía. Cuando se ensucie o después de cada aspiración.</p> <p>Mantener la cánula en la traqueostomía en condiciones estériles.</p> <p>Revisar color, olor, cantidad y tipo de toda secreción.</p> <p>Vigilar la presencia de inflamación, eritema o hemorragia en el sitio e informar si aparece una hemorragia excesiva o un drenaje inusual.</p> <p>Identificar cualquier aumento de la temperatura. (Matthew, 1992)</p>	<p>No se presentan datos de infección durante la estancia de la cánula endotraqueal en el sitio de inserción, la cánula es retirada 20 días después.</p>

**Diagnostico de Enfermería: Riesgo de infección relacionado a la pérdida de la continuidad de la piel por intervención quirúrgica abierta para drenaje de absceso perirrenal.**

Objetivos:	Planificación y ejecución:	Evaluación:
La enfermera mantendrá limpio y libre de Factores de riesgo de infección en la herida abierta.	Las curaciones se hacen 3 veces al día con técnica estéril.  Se utiliza agua bidestilada o solución Fisiológica.  Se cubre con apósitos estériles y se realiza vendaje abdominal.  Se registran datos como cantidad de pus, color, olor.	La herida abierta permanece limpia y no presenta datos de infección.  Se realiza cierre de herida quirúrgica el 25 de febrero del 2004.



**Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de infección de herida quirúrgica relacionado a alteración en el proceso de eliminación intestinal.**

Objetivos:	Planificación y ejecución:	Evaluación:
La enfermera mantendrá libre de material intestinal la herida quirúrgica diariamente.	<p>Antes de cada curación se sienta a la paciente en el borde de la cama, la gravedad ayuda a que el contenido intestinal salga por la Fístula.</p> <p>Retirar el material intestinal de la herida con técnica estéril.</p> <p>Cubrir la herida con apósitos estériles y aplicar el vendaje abdominal.</p> <p>Cuantificar el gasto de Fístula Enterocutanea.</p>	La herida no presenta signos de infección y se mantiene limpia se realiza Hemicolecotomía e ileotransversoanastomosis por bordes de fístula evertidos el día 03 de febrero del 2004.

6.2.8. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

<b>Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la comunicación verbal relacionado a instalación de cánula endotraqueal manifestado por ausencia del habla.</b>		
<b>Objetivos:</b>  La paciente será capaz de comunicarse eficazmente con sus familiares, amigos y con el equipo de salud en todo momento.	<b>Planificación y Ejecución:</b>  Procurarle lo necesario para comunicarse por escrito.  Decirle que estará pendiente de cualquier cosa que pase y que acudirá inmediatamente a su llamado.	<b>Evaluación:</b>  La paciente se encuentra tranquila y satisfecha de la comunicación que mantiene con las personas que están a su alrededor.

### 6.2.9. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

<b>Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimientos acerca de la hipertensión arterial: factores de riesgo, la importancia del tratamiento, signos y síntomas y las complicaciones que puede presentar.</b>		
<b>Objetivos:</b>	<b>Planificación y ejecución:</b>	<b>Evaluación:</b>
<p>La enfermera explicará la naturaleza de la hipertensión y los efectos que tiene sobre el corazón, Los riñones y el cerebro, en la primera sesión.</p> <p>La paciente mantendrá la presión arterial dentro de un margen deseable para conservar su salud.</p>	<p>Explicar con palabras sencillas para definir los conceptos de presión arterial, hipertensión, presión sistólica y diastólica.</p> <p>Explicar los efectos que tiene la hipertensión sobre el corazón, los riñones y el cerebro.</p> <p>Explicar al paciente y al familiar como tomar adecuadamente la presión arterial.</p> <p>Hacer que la paciente lleve un registro escrito de las presiones arteriales, incluyendo la fecha y cualquier información pertinente si ésta, esta alta o baja.</p> <p>Enseñar al paciente los síntomas y signos de hipertensión como: Cefalea, acúfenos, fosfenos, visión borrosa, confusión disnea de esfuerzo.</p> <p>Asegurar que el paciente entienda que la ausencia de síntomas no significa que la presión arterial esta controlada; recordándole que</p>	<p>La paciente acepta la información que se le da acerca de la hipertensión arterial y logra describir su concepto, las manifestaciones y las complicaciones.</p> <p>La paciente es capaz de explicar el procedimiento correcto de la toma de la presión arterial.</p>

<p>La paciente tomara el medicamento antihipertensivo según lo prescrito.</p>	<p>los síntomas solo aparecen en las etapas avanzadas.</p> <p>Enseñar a la paciente sobre los medicamentos que controlen la presión arterial, debe conocer: el nombre, el tipo de medicamento, la acción general, la dosis y el horario de administración así como los efectos secundarios y su manejo.</p>	<p>Esta consciente de la importancia de seguir un tratamiento específico así como reducir los factores de riesgo.</p>
<p>La enfermera ayudara al paciente para que haga los cambios de comportamiento y reduzca, controle o mantenga la presión arteria dentro de niveles aceptables.</p>	<p>Aconsejar a la paciente que no debe dejar de tomar en forma brusca los medicamentos ya que puede presentar una hipertensión de rebote.</p> <p>Enseñar a la paciente los factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificaciones en la dieta.</li> <li>- Evitar los alimentos que tienen alto contenido en sal.</li> <li>- Comer lo menos posible en restaurantes de comida rápida.</li> <li>- Reducir el consumo de grasas saturadas</li> <li>- Evitar el consumo de alcohol.</li> <li>- Explicar los efectos que tiene la nicotina sobre los vasos sanguíneos.</li> <li>- Insistir en la necesidad de participar en un programa regular de ejercicios aeróbicos.</li> <li>- Ayudar al paciente para que identifique las fuentes de estrés enseñándole técnicas de relajación.</li> </ul>	

**Diagnóstico de Enfermería: Riesgo potencial a sufrir trastornos del comportamiento como la ansiedad o la depresión ocasionando por los factores estresantes a los que constantemente esta expuesta.**

Objetivos:	Planificación y Ejecución.	Evaluación
<p>La enfermera enseñara a la paciente como afrontar los factores estresantes de manera positiva, previniendo y disminuyendo así los efectos de dichos factores y la respuesta al estrés.</p> <p>La paciente demostrara aptitudes efectivas para el afrontamiento de las situaciones de estrés después de 4 sesiones.</p>	<p>Ayudar a la paciente a identificar y eliminar los factores estresantes que requieren respuestas adaptativas.</p> <p>Apoyar a la paciente mediante estrategias saludables que pueden ayudar a satisfacer las exigencias adaptativas frente a los factores estresantes (véase anexo 2)</p> <p>Ayudar a la paciente a usar técnicas de relajación. (Véase anexo 3 y 4)</p> <p>Ayudar a la paciente a usar mecanismos de defensa de un nivel superior (Véase anexo 5)</p>	<p>La paciente logra expresar abiertamente sus sentimientos y las razones de estas, busca soluciones positivas y maneja adecuadamente las situaciones de estrés, se mantiene mas relajada y segura, utiliza constantemente las técnicas de relajación.</p>

**Diagnóstico de Enfermería: Alteración potencial de la nutrición por aumento de peso debido a la falta de información en el consumo de alimentos**

Objetivos:	Planificación y Ejecución:	Evaluación:
<p>La paciente sabrá de la importancia de mantener un peso corporal adecuado al término de dos pláticas.</p>	<p>Motivar a la paciente para mantener su peso corporal adecuado.</p> <p>Enseñar a la paciente de una forma clara y sencilla la cantidad adecuada de nutrientes esenciales que debe consumir al día. (véase anexo 6)</p>	<p>La paciente muestra interés acerca de todo lo relacionado para mantener su peso ideal.</p>
<p>La paciente describirá las porciones deseadas de cada grupo de alimentos para satisfacer las necesidades nutricionales básicas al término dos pláticas.</p>	<p>Implementar una guía diaria de consumo de alimentos que permita identificar y corregir el déficit o exceso nutricional existente o potencial.(véase anexo 7)</p> <p>Realizar una retroalimentación en su hogar, para asegurar que el consumo de nutrientes esenciales sea el adecuado.</p>	<p>Logra describir los tipos de nutrientes y cantidad que debe consumir al día.</p>
<p>La paciente mantendrá el peso corporal dentro de los márgenes deseados.</p>	<p>Hablarle de cómo el ejercicio puede ayudar a mantener el peso corporal deseado.</p>	<p>El peso corporal actual se ha mantenido dentro de los límites deseados.</p>

## 7. PLAN DE ALTA.

La recuperación total del paciente es gradual y consecutiva, se le aconseja paciencia en las recomendaciones sugeridas para reiniciar sus actividades cotidianas y conservar su salud.

- ❖ En caso de fiebre o dolor intenso acudir inmediatamente al médico.
- ❖ Insistir en la importancia de acudir a las citas programadas para revisión.
- ❖ Llevar un control estricto sobre la hipertensión arterial.
- ❖ Insistir acerca de la importancia de mantener el peso corporal adecuado.
- ❖ Incluir en la rutina diaria un tiempo para el ejercicio aumentando de forma gradual sus actividades.
- ❖ Reafirmar los conocimientos acerca del manejo de estrés en situaciones de crisis.

## 8. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

### 8.1 Conclusiones.

El Proceso de Atención de Enfermería realizado a un paciente post-operado de Absceso perirrenal basado en el Modelo de Virginia Henderson permitió desarrollar cada uno de los pasos del proceso, identificando sus necesidades, priorizándolas, aplicando las actividades de enfermería, obteniendo los mejores resultados.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería aunado al Modelo de Virginia Henderson me permitió desarrollar las actividades de enfermería, tomando en cuenta que las personas deben mantener el equilibrio biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales; que es parte integral de una familia, y que en estado de enfermedad requiere de cuidados básicos que le ayuden a recuperar la capacidad de interactuar en su entorno.

En concerniente al trabajo realizado, adquirí destrezas y habilidades, pero lo más importante desarrolle aun más la sensibilidad que todo profesional de enfermería debe poseer; para satisfacer correctamente las necesidades básicas de un individuo enfermo, favoreciendo su rehabilitación; esto se logra con bases y fundamentos relacionados con el tipo de padecimiento y a las necesidades que este ocasiona.

La satisfacción más grande de un licenciado en enfermería es ver que la respuesta de los cuidados de enfermería, en conjunto con el personal médico han sido favorables; logrando ser dado de alta para su manejo en su domicilio tres meses después de haber iniciado su tratamiento.

### 8.2 Sugerencias

- ❖ Incluir en el programa de estudios una materia específicamente para el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería.
- ❖ Sensibilizar al futuro licenciado en Enfermería de la importancia de la aplicación del Proceso de Atención de enfermería; en la estructura de brindar cuidados en la satisfacción de las necesidades básicas de un individuo sano o enfermo.



## GLOSARIO DE TERMINOS:

**Absceso.** Cavidad que contiene pus y está rodeada de tejido inflamatorio formado como consecuencia de la supuración en una infección localizada (característicamente, una infección estafilococcica); la curación del absceso se produce cuando este drena o es abierto quirúrgicamente. Si un absceso se localiza en profundidad, el drenaje, tiene lugar por medio de un trayecto fistuloso que lo comunica con la superficie.

**Anamnesis.** Reunión de datos relativos a un paciente, médico o psiquiátrico, que comprenden antecedentes familiares y personales, experiencias y, en particular, recuerdos, que se usan para analizar su situación.

**Cefálico.** Relativo a la cabeza; alejado del extremo o cola.

**Diafragma.** En anatomía, estructura musculofibrosa en forma de cúpula que separa las cavidades torácica y abdominal.

**Endocarditis.** Trastorno que afecta al endocardio y las válvulas cardiacas y responde a múltiples causas. Entre los distintos tipos que presenta destacan la endocarditis bacteriana, la endocarditis bacteriana y la endocarditis de Libman-Sacks.

**Fasciotomía.** Incisión quirúrgica en una región de la fascia.

**Fístula.** Comunicación anormal entre un órgano interno y la superficie corporal, o entre dos órganos internos, las fístulas pueden formarse en diferentes zonas, desde la encía hasta en ano y también pueden ser creadas para fines terapéuticos o para obtener muestras de las secreciones corporales.

**Glándulas.** Cualquiera de los numerosos órganos del cuerpo compuestos de células especializadas que secretan sustancias no relacionadas con su metabolismo ordinario. Algunas son lubricantes mientras que otras, como la hipófisis o el tiroides, producen hormonas.

**Hipotensión.** Estado anormal en el que la tensión arterial no es adecuada para la perfusión y oxigenación conveniente de los tejidos. Puede estar producida por una extensión del espacio intravascular, un descenso del volumen circulante o un defecto del bombeo cardíaco.

**Leucopenia.** Disminución anormal del número de glóbulos blancos, por debajo de 5,000 por milímetros cúbicos. Puede deberse a efectos secundarios farmacológicos, radiaciones u otras infecciones y puede afectar a uno o a todos los tipos de leucocitos.

**Leucocitosis.** Aumento anormal del número de leucocitos circulantes. Este aumento suele acompañar de infección bacteriana, pero no vírica. El valor normal va desde 5,000 a 10,000 células por milímetro cúbico de sangre.

**Linfopenia.** Número de linfocitos inferior a lo normal en la circulación periférica que produce como un trastorno hematológico primario o en ausencia con deficiencias nutricionales, enfermedades malignas o mononucleosis infecciosa.

**Mesocolón.** Pliegue del peritoneo que comunica el colon sigmoide con la pared pélvica formando una línea de inserción curva cuyo extremo superior se localiza al nivel de la división de la arteria ílica primitiva izquierda.

**Monocitos.** Leucocito mononuclear grande de 13  $\mu$  a 25 $\mu$  de diámetro, con núcleo ovoide o arriñonado, que contiene material cromático lineal suelto; presenta un citoplasma azul grisáceo, lleno de pequeños gránulos rojizos y azurófilos.

**Nefrolitiasis.** Trastorno caracterizado por la presencia de cálculos en el riñón.

**Nutricionales.** Cuidados, Sustancias, Procedimientos y medios necesarios para asegurar la ingesta y la asimilación de los alimentos.

**Parénquima.** Tejido propio de un órgano distinto del soporte o tejido conectivo.

**Percutáneo.** Procedimiento que se realiza a través de la piel, como la aspiración de un líquido de un espacio situado bajo la piel con la ayuda de una aguja, un catéter y una jeringa, o la instilación de un líquido en una cavidad o espacio por medios similares.

**Peristaltismo.** Contracciones coordinadas, rítmicas y seriadas del músculo liso que fuerzan el desplazamiento de los alimentos a través del conducto digestivo, la bilis a través del conducto biliar y la orina a través de los uréteres.

**Peritoneal.** Amplia membrana serosa que recubre toda la pared abdominal y se refleja en las vísceras intraabdominales. Se divide en peritoneo parietal y visceral. Otras partes del peritoneo son el mesocolon transversal, el epiplón mayor y el epiplón.

**Peritonitis.** Inflamación del peritoneo, producido por bacterias o sustancias irritantes introducidas en la cavidad abdominal, a través de una herida o por la perforación de un órgano del aparato gastrointestinal o reproductor.

**Plasma.** Porción líquida, acuosa e incolora de la linfa y la sangre en la que se encuentran suspendidos los leucocitos, los hematíes y las plaquetas. No contiene células y está constituido por agua, electrolitos, proteínas, glucosa, grasas, bilirrubina y gases.

**Subfrénico.** Relativo al área situada por debajo del diafragma.

## BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.

ALFARO, Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería,

Doyma, España. 1988.

CAO, Torija. Nutrición y dietética. 2° edición. Masson Barcelona

2001, p.p. 309.

GISPERT, Carlos. Diccionario de Medicina, Océano, Mosby. Océano.

España 2003, p.p. 1504.

FERNANDEZ, Novel, El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de

Casos. Masson, España 1999, p.p.115.

GONZALEZ, Ma De Jesús. El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia

Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la practica de

Enfermería. Progreso, S.A. México D.F. 1997, p.p.320.

HARRISON, Principios de medicina interna, Vol. 1. 14° Edición

Mc Graw-Hill Interamericana. México D.F. 1998, p.p. 1602.

HERNANDEZ Connesa Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método

Ma Graw-Hill Interamericana. España 1999, p.p. 152.

KATZUNG, Bertram. Farmacología básica y clínica 7° edición Traducida de la

7° Edición en Ingles Manual Moderno México D.F. 2000, p.p. 1310.

RIOPELLE, L.Gronidin.M.Phaneuf. Cuidados de Enfermería. Un Proceso Centrado en las necesidades de la persona. 1° reimpresión España 1997, p.p.352.

LONG y col. Enfermería Medicoquirúrgica. Un enfoque del Proceso de Enfermería, 3° Edición. Tomo 1. Hartcourt Brace España 1997, p.p. 789.

MARRINER T. Ann Modelos y Teorías en Enfermería cuarta Edición, Mosby, Madrid España 1999.

MATTHEW, Cahill. Tratamientos en Enfermería. Mc Graw-Hill Interamericana México D.F. 1992, p.p. 773.

NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación Harcourt, S.A. Madrid España 2001-2002, p. 264.

RUBIO D. Severino Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería D.R. División Universidad Abierta, ENEO, México D.F. 1998, p.p. 314.

SCHWARTZ, Series y col. Principios de Cirugía. Séptima edición, Vol. II. Mc Graw-Hill Interamericana México 2003, p.p. 2397.

### **Direcciones electrónicas.**

Pérez M. Operacionalización del proceso de atención de enfermería {Mayo-Agosto-2002}<http://www.enfermeriaourense.com/pae.html>.

Roldan A. Proceso de Atención de Enfermería {11 de Febrero-2003}  
<http://www.aesm.net/smental/arantxa2.htm>

# ANEXOS

## Anexo1.Valoración completa según el modelo de Virginia Henderson.

### DATOS GENERALES.

Nombre y apellidos: Guadalupe Gayosso Rosas Edad: 40 años  
Sexo: femenino Dirección: Av. Apatlaco #207 Col. Apatlaco. Del. Iztapalapa  
Población: México D.F. Ocupación habitual: al hogar  
Idioma habitual: castellano  
Persona de referencia: Felipe de Jesús Rodríguez Colín  
Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
Nivel de instrucción  Analfabeto  Analfabeto funcional  sin problemas para leer y escribir.  
Personas que proporcionan la información: Felipe de Jesús Rodríguez (espos)  
Fecha de ingreso: 03 de Enero del 2004 Hora de ingreso: 10 am.  
Unidad de ingreso: Servicio de Cirugía General Cama: 101  
Procedencia: Domicilio  CCEE  UCIA  OTROS: Unidad de cuidados intensivos.  
Última hospitalización: Ninguna  
Orientación diagnóstica Médica: \_\_\_\_\_  
Motivo de la hospitalización según el usuario: Drenaje de absceso

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

PERSONALES: Quirúrgicos, traumáticos, transfusionales, interrogados y negados, se conoce con HAS desde hace 6 meses sin tratamiento médico.

FAMILIARES: Padre finado por HAS

Alergias conocidas: Ninguna

Tratamiento Domiciliario:

Dieta (con o sin prescripción): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Medicación (con o sin prescripción)

---

---

---

---

---

Vacunación antitetánica

1ª. Dosis fecha        /  /  

2ª. Dosis fecha        /  /  

3ª. Dosis fecha        /  /  

Ultima vacunación Fecha   /  /  

Ig:    Si    No      Fecha   /  /  

Nombre y apellidos de la enfermera: Lilia Campos Juárez

Firma: \_\_\_\_\_

## VALORACIÓN FÍSICA ESPECÍFICA AL INGRESO

FECHA: 10 ENERO DEL 2004.

### Signos vitales

TA : 110/70 mm/hg F.C.: 68 x' Rítmico F.R. 36 x' Temperatura: 36.7°C Talla: 1.65 metros Peso: 63 kilogramos.

Dolor:  NO  SI Localización: en flanco derecho  
Intensidad\*: 3  
Duración: solo al movimiento  
Tipo: \_\_\_\_\_  
Frecuencia: \_\_\_\_\_

### Hábitos tóxicos

Alcohol  NO  Si Cantidad a la Sem: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Patrón de consumo: \_\_\_\_\_  
Hábito tabaquismo: No fuma

### Aparato neurológico

Nivel de conciencia:  consciente  Somnoliento  Obnubilado  Estuporoso  Comatoso  
Nivel de orientación:  orientado  Desorientado  Tiempo  Espacio  Personas  
Estado emocional:  Nervioso  Eufórico  Depresivo  Apático  Tranquilo  
Déficit sensorial:  Visual  Auditivo  Táctil  Olfativo  Gustativo  
Déficit en el habla:  No  SI Especificar: respira por medio de una cánula endotraqueal.  
Mano dominante:  Derecha  IZQUIERDA  Ambidiestro  
Utiliza:  Gafas  Lentes de contacto  Audífono

\* Escala dolor ausencia de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mucho dolor.

## Aparato cardiorespiratorio

Tos:  No  Sí  Seca/irritativa (sin expectoración)  
 Húmeda/productiva (con expectoración)

Expectoración:  No  Sí Tipo: traquebroqueal  
Cantidad:  Escasa  Abundante

Dificultad para expectorar:  NO  Sí Especificar: falta de movimiento  
Disnea:  No  Sí  Ortopnea  
Pulsos periféricos:  Carotídeos  Temporales  Femorales  Pedios  
Portador de traqueotomía:  Sí  No.

## Aparato locomotor

Dificultad para: Moverse en la cama:  Sí  No  
Transferencia:  Cama-silla  Silla-cama  
Deambular:  No  Sí Tipo de ayuda: \_\_\_\_\_

Prótesis: NO  
Antecedentes de caídas: NINGUNA.

## Aparato digestivo

Dentición:  íntegra  
Dificultad para: la masticación NO  
Eliminación intestinal:  Continente  Incontinente  
Portador de: Empapador  Sí  No  
Estoma intestinal:  No  Sí Tipo: \_\_\_\_\_  
Dispositivo/tipo: \_\_\_\_\_  
Sonda nasogástrica  Permanente  Temporal

Deposición: Frecuencia: \_\_\_\_\_  
Consistencia:  Dura  Blanda  Pastosa  Líquida  
Color: \_\_\_\_\_  
Molestias:  Sí  No  
Esfuerzo excesivo:  Sí  No  
Última deposición: \_\_\_\_\_

## Aparato Renal

Eliminación urinaria:  Continente  Incontinente  
Especificar: \_\_\_\_\_  
 IRC  Diálisis peritoneal  Hemodiálisis

Frecuencia: No. micciones diurnas: 3 No. micciones nocturnas: 1

Aspecto:  Claro  Turbio

Color:  Coluria  Hematuria  Amarillenta

Olor:  Fuerte  Suave

Molestias:  No  Si

Tipo: \_\_\_\_\_

Portador de:  Colector  Sonda  Permanente  Temporal Fecha de colocación: \_\_\_\_\_

Empapador

Estoma  urinario

Dispositivo/tipo: \_\_\_\_\_

Compresa

Ninguno de los anteriores.

## Aparato Genital

Fecha de la última regla: 15 de octubre del 2003 Frecuencia: cada 30 días

Duración: 3 días Cantidad: moderada Dolor:  no  si

Métodos para calmar el dolor: \_\_\_\_\_  Menopausia.

## Sistema integumentario

Estado general de la piel y mucosas

Limpias:  Si  No

Temperatura:  Caliente  Fría  Normal

Color:  Normocoloreada  Cianótica  Pálida  Ictérica.

Hidratación:  Turgente  Signos de pliegue positivo

Textura:  Fría  Rugosa  Escamosa

Integridad:  Si  No Especificar: tiene una herida abierta en flanco derecho para drenaje de absceso perirrenal.

Alteraciones localizadas (especificar): traqueostomía, catéter subclavio derecho y venoclisis en miembro inferior derecho.

Edema:  Si  No Localización: \_\_\_\_\_

Uñas:  Pies Limpias:  Si  No Aspecto: \_\_\_\_\_

Manos Limpias:  Si  No Aspecto: \_\_\_\_\_

cabello: Limpio:  Si  No

Nombre de la enfermera: Lilia Campos Juárez Firma: \_\_\_\_\_

## **Anexo.2 Tipos de estrategias de enfrentamiento**

<b>Categoría</b>	<b>Ejemplos</b>
Acción	Salir a caminar, lavar los suelos, jardinería
Cognoscitiva	Solución de problemas
Intrapsíquica	Religión, actividades encaminadas a investigar El significado del estrés
Interpersonal	Uso de personas de apoyo, conversar con alguien
Emocional	Uso de mecanismos de defensa como la negación. (Long, 1997)

## **Anexo 3. Relajación progresiva**

1. Asuma una posición cómoda en una habitación tranquila
2. Comience centrando su atención en una respiración serena
3. Contraiga grupos musculares específicos (vea el paso 5) durante 5 a 7 segundos, después relájelos rápidamente
4. Concéntrese durante 10 segundos en la sensación provocada por los músculos relajados
5. Siguiendo la secuencia, repita cada grupo muscular, haciendo contracción dos o tres veces:
  - a. Brazos y manos: apriete los puños, flexione los codos fuertemente, contraiga el brazo y el antebrazo y apriete los hombros contra la espalda fuertemente
  - b. Cara: arrugue la frente, cierre los ojos fuertemente, arrugue la nariz, apriete los labios, sonría con los dientes fuertemente apretados
  - c. Cuello: Presione la barbilla contra el pecho
  - d. Tronco: trate de juntar los omóplatos fuertemente, apriete el abdomen y los glúteos
  - e. Piernas y pie: presione hacia abajo con las piernas, flexione los dos de los pies hacia arriba (dorsiflexión),
  - f. Comience con la pierna dominante
6. Repita el proceso en las áreas en donde se haya identificado la mayor tensión. (Long, 1997)

#### **Anexo 4. RELAJACIÓN DE BENSON**

1. Siéntese cómodamente en una habitación tranquila.
2. Cierre los ojos.
3. Relaje los músculos del organismo (es decir, "déjese ir").
4. Concéntrese en la respiración repita una palabra o sonido como "un" u "om-m" después de cada exhalación.
5. Continúe durante 20 minutos.
6. Abra los ojos.
7. Tome un tiempo para ajustarse al entorno antes de moverse.

Para algunos factores estresantes agudos, como los que experimentan los adultos hospitalizados, la enfermera puede usar formas resumidas de relajación que pueden implementarse más rápidamente. Técnicas eficaces de este tipo incluyendo la respiración profunda o apretar y relajar las manos.(

## Anexo 5. Mecanismos de defensa

---

### Nivel superior: mecanismos menos primitivos

- Represión Las ideas dolorosas para el consciente son mantenidas a la fuerza dentro del inconsciente.
- Supresión Los pensamientos o deseos son inhibidos conscientemente
- Sublimación La energía de las tendencias reprimidas es transformada y dirigida a objetivos socialmente aceptables.
- Identificación La persona asume las cualidades o elementos de la personalidad de otra.
- Compensación La persona inventa, encubre o disfraza las deficiencias Reales o Imaginarias en otra área
- Desplazamiento Una emoción se transfiere o se desplaza de su objeto original aun sustituto más aceptable que es menos amenazante
- Racionalización Se dan explicaciones verosímiles para justificar una creencia o un comportamiento motivado por fuentes inconscientes.

### Nivel inferior: mecanismos más primitivos

- Negación Los pensamientos, sentimientos o deseos intolerables son negados, la Persona no reconoce los elementos de la realidad que le son Displacenteros o dolorosos.
- Regresión La persona regresa a un patrón de comportamiento perteneciente a una etapa anterior de desarrollo.
- Conversión La experiencia emocional dolorosa se reprime y se expresa Después en forma de un síntoma físico.
- Proyección Aquello que no es emocionalmente aceptable dentro de sí mismo es rechazado y atribuido a otros.
- Introyección La persona absorbe para sí misma las actitudes emocionales, los deseos, los ideales o la personalidad de otros; las aspiraciones y Autorestricciones de otros son incorporadas en la personalidad.
- Formación Reactiva La persona adopta actitudes y comportamientos que son opuestos a los impulsos a los cuales el individuo está reaccionando. (Long, 1997)
-

## Anexo 6. Guía diaria de alimentos para adultos

Grupo de alimentos (porciones/día    cantidad/porción    Nutrientes proporcionados

### Leche

2 o más	1 taza de leche 40g(1-1/2 oz)de queso 1 ¾ tazas de helado	Proteínas, calcio, fósforo, riboflavina, otras vitaminas y minerales (excepto hierro y vitamina C).
	1 taza de yogur	

### Proteína animal(carne)

2 o más	60 a 75g (2 a 3 oz) De carne magra, Pollo, pescado 2 huevos 2 tazas de judías, guisantes, lentejas 4 cucharadas de mantequilla de cacahuete	Proteínas, grasa, vitaminas del complejo B (los productos vegetales no contienen vitamina B12)
---------	---	---

### Verduras/frutas

4 o más en total. Una verdura de color verde oscuro o amarillo intenso al menos cada dos días	½ taza de brócoli, col rizada, zanahoria, calabaza, espinacas, patatas, nabos, albaricones, melón	Vitamina A
1 al día (fuentes de vitamina C)	½ taza de fruta o zumos cítricos, repollo, brócoli, coles de bruselas, pimientos, fresas, tomates	Vitamina C
2 o 3 al día (otros)	½ taza de patatas o o manzana, otras verduras o frutas	Todas las frutas/verduras: vitaminas, minerales (bajos en sodio), fibra

### Pan/cereal

4 o más (grano entero o enriquecido)	1 rebanada de pan 30g (1 oz) de cereal seco ½ a ¾ taza de cereal cocido, arroz, pasta.(Long, 1997)	Carbohidratos complejos, proteína, hierro, tiamina, riboflavina, niacina
---	--	--



## Anexo 7. Tipos de modificaciones en la dieta.

---

<b>Proteína</b>	Se incrementa cuando hay pérdidas debidas a catabolismo Tisular, sangrados, exudados Se disminuye cuando existe fallo renal crónica o coma hepático Eliminación de proteínas específicas (por ejemplo, alergias o mala absorción de gluten)
<b>Grasas</b>	Se incrementan para aportar calorías esenciales en forma concentrada Se disminuyen para perder peso o en pacientes con diabetes mellitus Cambio de carbohidratos simples a complejos en la diabetes mellitus Eliminación de carbohidratos específicos con trastornos de Intolerancia a los carbohidratos, por ejemplo, deficiencia de lactasa
<b>Vitaminas</b>	Se incrementan si existe deficiencia de vitaminas Se administran en forma alterna para mejorar la absorción o el uso
<b>Minerales</b>	Restricción de sodio en la hipertensión, retención de líquidos. Enfermedades renales Se incrementan o disminuye el potasio y el calcio en casos de falta o exceso. Se suministran mediante una prescripción si hay deficiencia
<b>Líquidos,</b>	Postoperatorio, enfermedades del tracto gastrointestinal, dificultad para masticar o deglutir.
<b>Semisólidos.</b>	
<b>Purés</b>	
<b>Dietas de eliminación</b>	Alergia a los alimentos. (Long, 1997)

---