



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN
EL MODELO DE DOROTHEA OREM APLICADO A
PACIENTE CON FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA
REALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
“DR. EDUARDO LICEAGA”.

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A

**ANDREA ESTRELLA MONROY
No. DE CUENTA: 308001316**

DIRECTOR ACADÉMICO



MTRA. EVA OLIVIA SALAS MARTÍNEZ

MÉXICO D, F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres el Sr. Héctor Estrella y la Sra. Victoria Monroy por mantenerse firmes y persistentes guiándome en el camino de la vida. Por su esfuerzo al brindarme lo necesario y por haber hecho de mí una mujer responsable y comprometida.

A mis hermanos Brenda y Héctor Omar por hacer mi vida más amena. Por los consejos y el impulso hacia la superación.

Al Lic. en Enfermería Arturo Maciel Hernández por compartirme su experiencia y conocimiento. Por enseñarme que en la vida se debe ser agradecido y brindar ayuda desinteresadamente. Por su cariño y apoyo incondicional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por ser mi casa de estudios. Por poner a mi disposición los recursos para mi formación profesional y con ello ser una persona útil a la sociedad.

A la Mtra. Eva Olivia Salas Martínez, al Dr. Mario Alberto Cruz Ugalde y a la Mtra. Leticia Hernández Delgado por su valiosa asesoría en la realización y seguimiento del presente estudio de caso. Por fomentarme el interés y entusiasmo para actuar como un verdadero profesional de Enfermería.

Al Dr. Roberto Eduardo Castro López por compartirme sus conocimientos, brindarme su confianza y apoyo incondicional. Por sus palabras de aliento y superación en el momento justo para que continuara con mis objetivos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
MARCO TEÓRICO	4
Proceso de Atención de Enfermería	4
Modelo Teórico de Dorothea Orem	5
Enfermedad Diverticular	9
Fístula Enterocutánea	12
METODOLOGÍA	16
VALORACIÓN INICIAL	18
Requisitos de autocuidado	23
VALORACIONES FOCALIZADAS	32
PLAN DE ATENCIÓN	50
Plan de Atención General	50
Plan de Atención de las Valoraciones Focalizadas	108
CONCLUSIÓN	161
BIBLIOGRAFÍA	163
ANEXOS	173

I. INTRODUCCIÓN

Los constantes cambios y necesidades en la salud de la sociedad, han sido la causa de la transformación inevitable en los Sistemas de Salud; de relevante importancia también, en la calidad de los cuidados proporcionados por los profesionales de Enfermería.

Esta evolución condujo a adentrarse en los ámbitos de la ciencia y la filosofía, teniendo como resultado el reconocimiento de Enfermeras emblemáticas que postularon Teorías y Modelos, que aún funcionan como guía a las generaciones actuales, tal es el caso de Dorothea E. Orem quien postuló la “Teoría del Déficit de Autocuidado”, aportando las bases para la correcta aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en reconocidas Instituciones de Salud, por ejemplo, en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

El presente Proceso de Atención de Enfermería, tiene la finalidad de dar a conocer los lineamientos teóricos y metodológicos para desarrollar el cuidado a la persona con base en el Modelo de Dorothea Orem, con la correspondiente valoración de los datos objetivos y subjetivos, elaboración de diagnósticos reales y potenciales, planificación y priorización de intervenciones específicas, ejecución y evaluación de las mismas.

El objetivo de los cuidados brindados por los profesionales de Enfermería es identificar los requisitos universales alterados en la persona, los cuales le impiden tener un adecuado estado de salud y bienestar.

Las funciones de Enfermería deben abarcar el apoyo total y parcial en las actividades de autocuidado, para que con ello, se capacite a la persona a alcanzar la mayor independencia posible en su autocuidado y la reintegración social.

A continuación, se presentará el caso clínico del paciente Julio C. H. R. con diagnóstico de Fístula Enterocutánea de bajo gasto. Inicialmente se abordará la información necesaria para conocer la patología y posteriormente, se detallarán los datos más significativos encontrados en la aplicación del instrumento de

valoración, organizándose por requisitos universales y exponiendo un plan de cuidados por cada diagnóstico, fundamentado científicamente junto con su respectiva ejecución y evaluación.

Se debe aclarar que en el capítulo de Valoración existe una Valoración general, que se llevó a cabo al conocer al paciente y tener el contacto inicial con él, posteriormente se muestran las Valoraciones focalizadas que evidencian los cambios más relevantes en los días que se intervino en su cuidado.

Ligado a lo anterior, lo mismo sucede con el capítulo del Plan de cuidados, en el que se muestra un Plan de cuidados general correspondiente a la Valoración inicial y un Plan de cuidados en donde se engloban las Valoraciones Focalizadas.

De igual manera se aborda un Plan de Alta que le fue explicado y proporcionado al paciente Julio C. H. R. para favorecer y guiar el autocuidado posterior a la hospitalización, de acuerdo a sus capacidades y limitaciones.

Y se finaliza con la Conclusión, en donde se analiza sobre el impacto obtenido en la aplicación del Proceso Enfermero. Los anexos, como apoyo didáctico y la Bibliografía para facilitar la consulta de la información aquí plasmada.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar un estudio de caso a través del desarrollo de las etapas del Proceso Enfermero, bajo el Modelo de Dorothea Orem, con el fin de brindar un cuidado especializado; permitiendo el análisis, propuesta y evaluación de cada intervención específica al paciente Julio con Fístula Enterocutánea.

Objetivos específicos

- Aplicar el método enfermero como una herramienta fundamental en el quehacer del profesional de Enfermería.
- Diseñar un Plan de Cuidados acorde a los requisitos de autocuidado previamente jerarquizados y que requieren de atención, con la finalidad de potencializar la independencia del paciente mejorando su calidad de vida.
- Brindar al paciente un cuidado humanístico, ético y profesional.

III. MARCO TEÓRICO

Proceso Atención de Enfermería

Anteriormente, la práctica de Enfermería se componía de acciones basadas principalmente en el sentido común y en el ejemplo de las enfermeras más experimentales. El cuidado real de los pacientes tendía a las prescripciones del médico.

En la actualidad, los profesionales de Enfermería siguen desempañándose de manera interdependiente respecto a otros profesionales de la salud, pero tienen mayor autonomía para brindar los cuidados. Ahora se confiere a los enfermeros responsabilidad y confiabilidad para brindar una asistencia adecuada que refleje, a su vez, las normas de aceptación general de la Enfermería.

Por lo que “el reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de Enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que lo fundamenta.”¹

Debe ser claro que la naturaleza de la disciplina profesional es el cuidado, lo cual corresponde a su ser; que el desarrollo conceptual se refiere al saber, y el procedimiento de gestión del cuidado al quehacer.

Tal cambio de dirección en la práctica asistencial pudo verificarse gracias a la creación del Proceso Enfermero, el cual es un método del que se valen los enfermeros para resolver los problemas de salud de los pacientes. Cuando la práctica se basa en los elementos de que consta este método, el paciente recibe una atención de calidad, con un mínimo de tiempo y un máximo de eficiencia.

Por lo tanto “el Proceso Enfermero es la base del quehacer del profesional enfermero, lo que le permite investigar para poder administrar los cuidados y educar, o sea, construir y participar con el paciente en su cuidado. Todo enfermero

debe poseer un marco de referencia susceptible de cambios que sustenten su actuación en la práctica diaria.”²

También “el Proceso Enfermero se adecua a un método clínico para la praxis enfermera y consta de las siguientes fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.”³ Proporciona el mecanismo por el cual el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

Por esto se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.

Modelo Teórico de Dorothea Orem

En el presente estudio de caso se aplicará el Modelo de Dorothea Orem, a través del Proceso de Enfermería.

Cabe mencionar que, desde el año 2002 a la fecha, el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, “asignó a la Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería, para establecer modelos profesionales, basados en el Método de

Enfermería y Teorías de Enfermería”,⁴ por ello, los enfermeros que laboran en el Hospital, proporcionan el cuidado empleando a Dorothea Orem.

La relevancia en la aplicación del Modelo implica cambios en las formas, procedimientos e instrumentos de la práctica profesional, que de inicio requiere de interés y disposición del profesional de Enfermería por ampliar su rol, ya que se requiere aplicar los conocimientos adquiridos durante su formación profesional.

Por tal motivo, se adoptó el Modelo de Orem para abordar la aplicación del Proceso Enfermero en el paciente Julio C. H. R., el cual se encontró hospitalizado en la Unidad 303 Cirugía General del Hospital General de México. “Dr. Eduardo Liceaga”, con el diagnóstico médico de Cierre primario de Fístula Enterocutánea (FE) de bajo gasto.

Evidenciando que, para satisfacer los requisitos de autocuidado, la persona debe adquirir conocimientos, actitudes y capacidad para desarrollar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada; cuando la demanda para el autocuidado es mayor que la capacidad y/o los conocimientos de la persona, se produce una incapacitación para el cuidado continuo y es en estas situaciones donde el actuar de Enfermería por medio de sus intervenciones fundamentadas científicamente son el complemento en la salud del paciente.

Para Orem el objetivo de la Enfermería radica en: “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que el personal de Enfermería puede usar cinco métodos de ayuda: actuar compensando en déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo”.⁵

Por tanto, en la Teoría del autocuidado, Orem menciona que el autocuidado es una acción reguladora que las personas deben llevar a cabo por sí solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada, continua y de acuerdo con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus

periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, niveles de desgaste de energía y factores ambientales.

Para Orem, los Requisitos de autocuidado universal son los siguientes: “Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano, y promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal”.⁶

Por otra parte, la necesidad diaria y natural de sobrevivir, desde muchos puntos pueden producir demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo para cuidar de sí mismo. La enfermedad reciente o crónica ó la experiencia de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros. Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que se les hacen para realizar las actividades de autocuidado.⁷

Los seres humanos poseen gran capacidad para adaptarse a los cambios que producen en sí mismos o en su entorno. Sin embargo, puede darse una situación en que la demanda total que se hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En tal situación, la Teoría del déficit de autocuidado hace referencia a aquella persona que puede requerir ayuda a fin de satisfacer sus necesidades de autocuidado; la ayuda puede proceder de muchas fuentes incluyendo las intervenciones familiares, amigos y/o profesionales de Enfermería.

Relacionado a lo anterior, se hará mención también de la Teoría de Sistemas de Enfermería, la cual señala que la Enfermería es una acción humana; son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por profesionales de Enfermería

durante su ejercicio profesional, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de Enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación.

Por otra parte, Orem considera que hay tres tipos de Sistemas de Enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte educativo.

Totalmente compensatorio es el tipo de sistema referido cuando el profesional de Enfermería realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y el profesional de Enfermería debe hacerse cargo de ello hasta el momento en que el paciente puede reanudar su propio cuidado o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier discapacidad.

En el sistema parcialmente compensatorio el profesional de Enfermería debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

El sistema de apoyo/educación es apropiado para el paciente que es capaz de realizar acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de Enfermería. Generalmente el apoyo del profesional de Enfermería se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que el profesional de Enfermería enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje. El profesional de Enfermería puede tener un papel de consultor si solo se requiere información periódica o de actualización. El papel fundamental es de regular la comunicación y el desafío de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado.^{8,9}

Por otra parte, en este capítulo se abordarán los aspectos más relevantes de la patología, con el objetivo de hacer un análisis más específico del padecimiento; cabe mencionar que en el tiempo en que se le realizó el Proceso Enfermero el paciente presentó la Fístula Enterocutánea (FE) como consecuencia de la enfermedad diverticular padecida 3 años antes, por esta razón, a continuación se describen las dos patologías para entender la relación entre ambas.

Enfermedad diverticular

La enfermedad diverticular es considerada predominante en la tercera edad, sin embargo, es de suma importancia enfatizar en los aspectos más relevantes con el fin de describir la enfermedad.

Como antecedentes epidemiológicos mundiales, se reportan diferentes cifras, dependiendo de la región geográfica y del grupo de edad que se estudie; menciona Pereira y Otros en su artículo Diverticulitis complicada: “la prevalencia es menor a un 2% en menores de 30 años, mayor del 40% en mayores de 60 años y alrededor del 66% en mayores de 85 años. La diverticulitis aguda es la complicación más frecuente, afectando entre el 10 y el 25% de los pacientes. Entre el 15% y el 30% de los pacientes con diverticulitis aguda requiere una intervención quirúrgica”.¹⁰

Para México, las cifras estadísticas son un tanto escasas, ya que, no se tiene reportes actuales ni suficientes del resto de los estados de la República Mexicana. Raña Garibay en su artículo Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon, hace un comparativo entre diferentes Hospitales e Institutos sobre estudios realizados: “El Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" informó una prevalencia del 4.1% en estudios radiológicos y 1.9% en autopsias, cifras que contrastan con lo informado en el Hospital Español de México de 9.2% en estudios radiológicos. Un estudio del Hospital Juárez de la ciudad de México, en 2,286 autopsias no se encontró un caso de enfermedad diverticular del colon”.¹

La enfermedad diverticular ha sido considerada por Aller de la Fuente en su artículo Enfermedad Diverticular del colon como: “una enfermedad típica de la civilización occidental lo que se ha relacionado con el cambio dietético constatado en los países europeos, EUA, Canadá y Australia, en los que las dietas ricas en fibras vegetales fueron sustituidas por hidratos de carbono refinados, carnes, etc., y en general por dietas con escaso contenido en fibra”.¹¹ Desafortunadamente, no hay evaluaciones recientes y no sabemos si la frecuencia de la enfermedad diverticular permanece sin cambios.

De forma general, un divertículo es un ápice hueco, en forma de saco o de bolsa, de una cavidad. Pueden aparecer por tanto, a cualquier nivel del tubo digestivo.

Los divertículos intestinales son herniaciones adquiridas de la mucosa del colon, producidas a través de la capa muscular. Aller de la Fuente en su artículo Enfermedad Diverticular del colon, clasifica tres formas clínicas: “a) estado prediverticular, caracterizado por engrosamiento y acortamiento de la pared del colon sin divertículos reconocibles, b) la diverticulosis, que se caracteriza por la presencia de un número variable de divertículos; y c) la diverticulitis, que es la inflamación de los divertículos como consecuencia de su perforación micro o macroscópica”.¹²

En cuanto a la etiología, los divertículos aparecen con mayor frecuencia en personas mayores de 40 años, lo cual lleva a pensar que se trata de una enfermedad por envejecimiento. La dieta juega un papel muy importante en este trastorno, que se relaciona con ingestas pobres de residuos vegetales. Además de otros factores como: a) anomalías estructurales, b) desórdenes de la motilidad intestinal, c) deficiencia de fibra en la dieta y d) otros factores como: Inflamación: tanto en la diverticulosis como en la diverticulitis, AINES: su uso crónico incrementa el riesgo de diverticulosis y aumenta las complicaciones, tabaco: sin riesgo en la formación, pero sí en la generación de complicaciones, obesidad: asociado junto al sedentarismo a la formación de divertículos y la flora colónica: su alteración estaría involucrada en la génesis de los divertículos.

En la patogenia de la enfermedad interviene, por una parte, la debilidad de la pared, generalmente en la zona perforada por los vasos nutricios y, por otro lado, el aumento de la presión intracólica, debido a la segmentación. Cuando el colon se segmenta, su luz se estrecha de tal forma que puede ocurrir una obstrucción transitoria; entonces la presión intraluminal aumenta mucho y se favorece la protusión de la mucosa. Si este trastorno se mantiene, se acaba por lesionar la capa muscular del colon y aparecen los divertículos.

La mayoría de las enfermedades diverticulares son asintomáticas. En ocasiones se presenta alteración en el ritmo intestinal, con cuadros de estreñimiento seguido de diarrea. Otras veces pueden aparecer hemorragias rectales indoloras.

Si aparece diverticulitis se puede presentar fiebre y dolor, generalmente localizado en la fosa iliaca izquierda. Otras complicaciones son la formación de un absceso pericólico o fístulas hacia órganos cercanos.

Para el diagnóstico se recurre a la exploración radiológica, donde se aprecia un contorno espiculado del colon, y a la endoscopia, que permite la visualización del divertículo, del estado de la mucosa y del contenido fecal.

En el tratamiento de la diverticulosis se recomienda una dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento y la segmentación. Si hay dolor cólico se administraran anticolinérgicos, espasmolíticos o analgésicos habituales. Si el cuadro de diverticulosis es agudo, se deberá guardar reposo y seguir una dieta líquida. En las diverticulitis leves, el tratamiento se hace con antibióticos vía oral, pero los casos más graves requieren antibióticos intravenosos, dieta absoluta y sueroterapia. La cirugía se indica ante episodios repetidos, un absceso, una peritonitis, una fístula o una obstrucción intestinal.

La diverticulitis se produce por la perforación diminuta de un divertículo. Los síntomas son dolor en la fosa iliaca izquierda, fiebre y escalofríos, y suele haber signos de irritación del peritoneo (dolor intenso, tendencia a la inmovilidad y dolor al apretar y luego soltar bruscamente). El diagnóstico se basa en los síntomas y

algunos análisis, aunque a veces es precisa una prueba de imagen (eco, tomografía computadorizada).¹³

Fístula Enterocutánea (FE)

Cabe mencionar que la información de las (FE) permanece un tanto antigua, posiblemente se deba a que en la actualidad su manejo se fundamenta siguiendo el patrón de las cuatro fases de Chapman y Sheldon, que más adelante se mencionarán.

La aparición de una fístula es una seria complicación cuyas consecuencias para el paciente se traducen en dolor, incomodidad y retraso en la recuperación; ya que las fístulas entéricas de alta secreción siguen siendo la causa de numerosas defunciones pese a los avances quirúrgicos. La mortalidad o gravedad de estos pacientes viene dada por las fístulas que se producen más proximales y de alta secreción y menor cuando más distales como las iliacas o colónicas.

Los avances médicos en el control de electrolitos, nutrición e infecciones ha reducido en gran manera este índice de mortalidad siendo aún la sepsis una causa importante de mortalidad. Cobo y Otros en su artículo Soporte nutricional y factores de riesgo de aparición de fístulas enterocutáneas menciona que: “se ha pasado de una tasa de mortalidad del 40-65% a una tasa que oscila entre el 5-21%”.¹⁴ Sin embargo, las (FE) se siguen asociando con una elevada morbilidad relacionada con complicaciones sépticas, malnutrición y/o desequilibrio hidroelectrolítico.

Martínez Ordaz en su artículo Fístulas enterocutáneas postoperatorias, las define como: “la comunicación anormal entre el aparato gastrointestinal y la piel, con salida del contenido intestinal a través de la misma por un periodo mayor de 24 horas”.¹⁵

La (FE) es el resultado de un defecto cicatrizal de la pared intestinal, ya sea relacionado a alguna anastomosis intestinal, un sitio de sutura o perforación intestinal, donde la serosa del tubo digestivo lesionado o una perforación no

identificada durante la exploración abdominal, permite la fuga de su contenido hacia fuera de la cavidad abdominal.

Cuando la pérdida de líquido intestinal se difunde y se acumula libremente dentro del abdomen, se desarrolla rápidamente una peritonitis, si el líquido intestinal derramado no tiene escape al exterior se conformarán abscesos de diferente magnitud dependiendo de factores anatómicos y bacteriológicos, cuando finalmente este líquido anormal aflora en la piel se establece una fístula.

Para la clasificación de las (FE) se toma en cuenta: a) Localización: esofágicas, gástricas, duodenales, etc. b) Anatomía de su trayecto: directa (directo del intestino a la piel) y complicada (no es directo a la piel). c) Excreción: controlada (se puede cuantificar correctamente) o descontrolada (no se puede cuantificar correctamente). d) cantidad en 24 horas: bajo (<200 ml), moderado (200-500 ml) y alto (>500 ml).¹⁵

En cuanto a la etiología encontraremos factores locales y predisponentes:

Los factores locales son: infecciones intra-abdominales, procesos inflamatorios agudos, tensión en las anastomosis intestinales, isquemia intestinal y obstrucción intestinal distal que favorece la dehiscencia de las suturas intestinales.

Entre los factores predisponentes se encuentran: malnutrición, inmunocompromiso secundario a medicamentos, por ejemplo, uso de esteroides, entre otros, inmunocompromiso secundario a enfermedades específicas, por ejemplo, Diabetes Mellitus, Cáncer, VIH, entre otras.

Por otra parte, el diagnóstico de la (FE) se confirma con los siguientes datos: observación y monitoreo de la salida de secreción por la herida operatoria, tomografía Axial Computarizada Abdominal (TAC) con doble medio de contraste, trago con azul de metileno, endoscopia gástrica, fistulograma y ultrasonido abdominal.

En lo que corresponde al tratamiento, para Chapman en 1964, la falta de un plan terapéutico era lo que más contribuía al deterioro rápido del paciente. Las claves

en el manejo es el control de la fístula, combatir la sepsis y el apoyo nutricional. Por ello propuso 4 prioridades para el manejo de la fístula.

En 1971, Sheldon reportó la experiencia con estas fases que actualmente son el esquema a seguir en los pacientes con (FE).

“Primera fase: (0-12 horas)

- Corregir déficit hidroelectrolítico.
- Comenzar a controlar la sepsis al drenar quirúrgicamente abscesos accesibles y cobertura antibiótica.
- Control de la fístula, proteger la piel y comenzar a cuantificar pérdidas de volumen y electrolíticas de la fístula.

Segunda fase: (0-48 horas)

- Continuar con la corrección del equilibrio hidroelectrolítico.
- Reponer los gastos hidroelectrolíticos de la fístula.
- Comenzar el programa nutricional intravenoso.

Tercera fase: (1-5 días)

- Intentar vía enteral de alimentación de ser posible (a través de sonda nasoyeyunal, sonda nasogástrica, yeyunostomía, etc).
- Realizar estudios de imagen para delinear la fístula: fistulografía, colon por enema, serie esófago-gastro-duodenal, etc.

Cuarta fase: (después de 5 días)

- Mantener el aporte nutricional adecuado.
- Cirugía para controlar la sepsis.
- Cirugía en caso de que la fístula no cierre”.¹⁵

Y finalmente, las complicaciones que generan las (FE) varían en cantidad y gravedad según sus características, las cuales actúan en forma sinérgica y provocan un rápido deterioro del paciente. Estos se relacionan con: pérdida del

contenido intestinal, problemas cutáneos, infección, problemas vasculares, problemas respiratorios y complicaciones iatrogénicas.¹⁶

Así mismo, “el tracto gastrointestinal secreta cada día unos 7 litros de líquido, los cuales son reabsorbidos en su mayoría, quedando sólo unos 200 ml de agua en las heces. El colon juega un papel clave en el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico del organismo. Además, también participa en la absorción de nutrientes como son el agua, sodio y ácidos grasos de cadena corta, procedentes de la fermentación bacteriana de carbohidratos no digeribles”.¹⁷

Aunado a lo anterior, “el colon recibe aproximadamente 1.500 ml/día de secreciones del tracto gastrointestinal. Sin embargo, con las heces solo se elimina alrededor de 100-150 ml de líquido al día, ya que el resto es absorbido en el colon”.¹⁷ En el caso de colectomía total, el agua no absorbida se elimina con las heces. Ello conlleva cambios en el volumen y consistencia de las heces, tanto más importantes cuanto mayor sea el segmento excluido, pero también dependiendo de su localización.

IV. METODOLOGÍA

El presente estudio de caso fue realizado en las instalaciones del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, durante el periodo comprendido de agosto del 2014 a julio del 2015, año correspondiente a la práctica del servicio social.

La forma de selección del paciente fue aleatoria, en el servicio de Cirugía General 303 donde se encontró al paciente Julio C. H. R. con diagnóstico de Fístula Enterocutánea, despertando un interés por aplicar el Proceso Enfermero a él ya que, mostró un conocimiento amplio sobre su padecimiento, sin embargo, su recuperación se había prolongado demasiado.

Se le explicó sobre la realización del estudio de caso garantizándole que la información obtenida sería utilizada de manera confidencial y sólo para fines académicos, además de beneficiarle en su estado de salud ya que, se trataba de un Plan de Cuidados específico e individualizado. El paciente aceptó sin ninguna objeción. Se le proporcionó un Consentimiento Informado (anexo 1) donde se especificaron los objetivos, etapas, beneficios y procedimiento del presente estudio de caso.

Las fechas específicas de abordaje comprendieron del día 5 de octubre del 2014 cuando se le explicó en qué consistía el estudio de caso y se realizó la valoración general. Posteriormente del día 6 al 16 de octubre del 2014 se realizaron las valoraciones focalizadas, en donde destacaron datos relevantes para el desarrollo de las etapas del Proceso Enfermero que se describirán a continuación.

En la etapa de valoración se realizó una exploración física dividida por aparatos y sistemas, además de una valoración céfalo-podal y, finalmente la aplicación del instrumento de valoración basado en los requisitos de autocuidado planteados por Orem (anexo 2). Así mismo, se complementaron los datos objetivos y subjetivos a través de la anamnesis y revisión del expediente clínico.

Se utilizaron además diferentes escalas de valoración que permitieron complementar la información: Escala Visual Análoga, Signo de Godet, Valoración

de Katz, Escala de Glasgow, Escala de Braden Bergstrom y Escala de Downton. Todo ello, con la finalidad de recabar el mayor número de datos relevantes.

Para la etapa de diagnóstico, se identificaron los diagnósticos reales y potenciales, priorizándolos en base a los requisitos de autocuidado de mayor a menor alteración.

Durante la planeación se establecieron los objetivos de cada diagnóstico antes identificado y se plantearon las intervenciones de Enfermería.

En la ejecución se pusieron en práctica las intervenciones de Enfermería priorizándolas de mayor a menor relevancia, utilizando una fundamentación científica que las sustentara.

En la etapa de evaluación se analizó de manera detallada los resultados obtenidos de las intervenciones de Enfermería y se determinó si los objetivos planteados fueron o no alcanzados.

Por último se le proporcionó al paciente un Plan de Alta individualizado a su padecimiento y tomando en cuenta las complicaciones posteriores que pudiera presentar, con el fin de minimizarlas. El Plan de Alta consistió en información verbal y escrita de medidas dietéticas, higiénicas, cuidados de la bolsa recolectora, signos y síntomas de infección, tratamiento medicamentoso y próximas citas.

V. VALORACIÓN INICIAL

Datos generales

Nombre: Julio C. H. R. **Género:** Masculino. **Edad:** 36 años. **Escolaridad:** Secundaria. **Ocupación:** Comerciante. **Origen:** Estado de México. **Residencia:** Ecatepec. Calle Hidalgo No. 1 col. Tulpetlac. **Estado civil:** Soltero. **Religión:** Católica. **Grupo y Rh:** Desconoce. **Peso:** 55 kilogramos. **Talla:** 1.70 metros. **IMC:** 19.03 kg/m² Normal.

Características de la familia

Tipo de familia monoparental extensa, ya que vive con su madre y uno de sus tres hijos, con un número de tres integrantes en dicha familia. Refiere que la comunicación que sostiene con su madre, sus tres hijos y la madre de ellos es buena. Refiere que cada 15 días se reúne con sus dos hijos que no viven con él, proporcionándoles apoyo emocional y económico, además de realizar actividades recreativas con ellos.

Refiere ser él, el único sustento económico de su familia, con un ingreso aproximado de \$6,000 semanales.

Características del ambiente

Habita en casa propia, integrada por 4 cuartos y 4 ventanas. El tipo de construcción es durable y el combustible que utiliza es gas. Cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Recolección de basura cada 3 días por un camión recolector. Colonia con pavimentación, medios de transporte, centros educativos, recreativos, comerciales y servicios médicos. Zoonosis negativa.

Antecedentes heredofamiliares

Refiere abuelo paterno de 80 años con diagnóstico de cáncer no especificado. Madre de 58 años padece Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 13 años en tratamiento. Padre de 60 años con presencia de insuficiencia venosa. Resto interrogados y negativos.

Antecedentes personales no patológicos

Refiere esquema de vacunación completo. Hábitos higiénico-dietéticos: realiza alimentación 3 veces por día, regular en cantidad y calidad. Baño y cambio de ropa diario. Tabaquismo positivo desde los 15 años, refiere haber dejado la adicción a los 30 años, fumando 5 cigarros por día. Alcoholismo positivo desde los 15 años, refiere haber dejado la adicción a los 30 años, tomando 5 cervezas a la semana sin llegar a la ebriedad. Toxicomanía positiva desde los 15 años, refiere haber dejado la adicción a los 26 años, inhalando cocaína cada 8 días. Presenta tatuaje en la espalda, perforaciones en lengua y en el lóbulo de la oreja derecha.

Antecedentes patológicos

Alérgicos: Metamizol. **Crónico-degenerativos:** Interrogados y negativos. **Quirúrgicos:** 22 cirugías de reconexión intestinal con complicaciones posteriores, con infección agregada. Última reconexión intestinal el 15 de diciembre del 2013 aparentemente sin complicación. Refiere hace 2 años y medio laparotomía exploratoria con colostomía de transverso en asa + remodelación de colostomía y drenaje de absceso pélvico, posteriormente colectomía total y resección de yeyuno con entero-entero anastomosis latero-lateral a ileostomía para cierre primario de perforación intestinal y lavado de cavidad + drenaje de absceso, todo esto secundario a enfermedad diverticular no complicada. En diciembre de 2013 se ingresa para protocolo de reconexión intestinal desarrollando Fístula Enterocutánea (FE) de bajo gasto. **Transfusiones:** Positivos. **Traumáticos:** Interrogados y negativos.

Padecimiento actual

Antecedentes de diverticulitis hace 3 años con un cuadro clínico de dolor evaluado con la escala de EVA 10/10 en fosa iliaca izquierda, fiebre, náuseas y diarrea. Ingresó con antecedente de 22 intentos de reconexión intestinal sin éxito, acude a cita para reprogramación de reconexión intestinal. Solo refiere dolor en la garganta a la hora de deglutir, sin presencia de tos, flemas o alguna otra molestia.

En enero del 2014 a fin de establecer el trayecto y localización de la (FE) se coloca sonda Miller-Abbott a través de la nariz con la cual no se logró el objetivo deseado por la dificultad para poder avanzar dicha sonda, debido a esta situación se retira por completo.

Paciente reingresa al servicio en febrero, pues se da de alta con indicaciones de volver para protocolo de reconexión intestinal y de retirar por completo sonda Miller-Abbott. En este momento refiere poca tolerancia a la vía oral, astenia y adinamia. Durante su estancia fuera del hospital refiere que se le estuvieron administrando soluciones intravenosas para mantener un adecuado estado de hidratación. A través de la (FE), el gasto ha sido similar al que presentó durante la estancia hospitalaria. Niega fiebre u otro daño de respuesta inflamatoria sistémica. Niega otros datos de relevancia.

Estuvo hospitalizado recientemente desde el mes de febrero cuando presenta aumento de gasto a través de la (FE) y con datos de desequilibrio hidroelectrolítico, astenia, adinamia y desnutrición. Durante los últimos meses se maneja con soluciones, nutrición vía oral y parenteral para poder controlar el gasto a través de la (FE). En numerosas ocasiones presenta cuadros infecciosos acompañados de fiebre y malestar general todos asociados al uso de drenajes y catéteres. En septiembre se le realiza una cirugía programada de reparación de fístula intestinal con un tipo de anestesia general balanceada, sin ningún incidente. Cuantificación de sangrado de 100 ml, con un estado postquirúrgico hemodinámicamente estable. Continuó en el servicio con los siguientes diagnósticos médicos:

- Cierre primario de Fístula Enterocutánea de bajo gasto.
- Riesgo de desnutrición moderada (sin desnutrición por IMC).

Exploración por aparatos y sistemas

Respiratorio: Expansibilidad torácica normal. No tiraje. Se comprueba la expansibilidad torácica mediante maniobra vértice-base. Vibraciones vocales conservadas. Sonoridad pulmonar normal. Murmullo vesicular normal. No

estertores. **Cardiovascular:** No deformidades torácicas. Área cardiaca normal. Pulsos presentes y sincrónicos. No várices ni microvárices. Área de submatidez dentro de los límites normales. Ruidos cardiacos rítmicos y bien golpeados. No soplos. **Digestivo:** Boca: labios de coloración normal, no desviación de las comisuras labiales. Mucosa oral deshidratada. Dentadura conservada. Lengua de forma, tamaño y color conservados, bien papilada, sin presencia de saburra. Orofaringe sin alteraciones. Abdomen: blando y depresible, dolor de tipo ardoroso a la palpación valorado con la escala de EVA con 5 puntos. Presencia de (FE). Ruidos peristálticos disminuidos. Hígado: no rebasa el borde costal izquierdo. Región anal: forma y coloración normal, sin presencia de lesiones. **Genitourinario:** Sin presencia de tumoraciones en hipocondrios ni flancos. Región lumbar sin signos inflamatorios ni tumoraciones. Riñones no palpables ni peloteables. Puntos pielorrenoureterales anteriores y posteriores no dolorosos. **Hemolinfopoyético:** No se palpan ganglios linfáticos. Bazo no palpable ni percutible. **Osteomioarticular:** Músculos: simétricos de contornos regulares. Fuerza, tono y trefismo conservados. Huesos: en forma y eje longitudinal conservados, no tumefacción ni edema de partes blandas. No depresiones ni deformidades óseas, no dolorosos a la palpación. Articulaciones: arco de movilidad activo y pasivo conservados en todas las articulaciones. **Nervioso:** Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, que responde al interrogatorio con lenguaje claro y coherente, buena comprensión y expresión. Memoria inmediata, reciente y tardía conservadas.

Exploración física

A la realización de la exploración física el paciente se encuentra íntegro, alerta, orientado en tiempo, lugar y espacio, con actitud mental intelectual y afectiva que le permite integrar y responder a los estímulos internos y externos.

Presenta un **cráneo** simétrico a la palpación, liso. El **cuero cabelludo** se mueve libremente sobre el cráneo sin hiperestesia, inflamación ni depresiones. Implantación homogénea de cabello en todo el casco cefálico, de color negro, grueso, de longitud aproximada de 4 centímetros, limpio. La **cabeza** descansa

sobre el cuello sin desviación de los músculos de la nuca. **Cara** de forma ovalada, simétrica. **Cejas** grandes y gruesas. **Región orbitaria** sin edema. **Párpados** con capacidad de oclusión y abertura completa. **Ojos** simétricos, conjuntivas de aspecto rosado, no eritematoso. Pupilas isocóricas con respuesta hacia la luz. **Nariz** sin presencia de secreciones, de forma simétrica y tamaño regular. **Orejas** de igual tamaño y forma, posición que sigue el canto externo del ojo, sin presencia de dolor a la palpación, sin presencia de secreciones. Presenta perforación en el lóbulo de la oreja derecha. **Boca** de forma simétrica. Labios íntegros, grandes y gruesos, mucosa oral deshidratada. Encías rosadas, sin inflamación ni úlceras. Piezas dentales completas y alineadas, sin caries. Lengua de color rosado, bien papilada, sin presencia de saburra. Presenta una perforación. **Cuello** de forma y volumen normal, flexible, no doloroso a los movimientos de flexión, extensión, lateralización y rotación. Tiroides no visible ni palpable. No ingurgitación yugular. No adenopatías. **Tórax** simétrico y normolíneo. Sin dolor a la palpación. Caja torácica de forma regular sin retracciones, con las costillas y espacios intercostales orientados ligeramente hacia abajo, con expansibilidad torácica normal comprobada mediante maniobra vértice-base. No tiraje. Movimientos sincrónicos y simétricos en ambos hemitórax. Respiración tranquila y sin esfuerzo. Ruidos respiratorios normales. Mamas planas y lisas, sin presencia de tejido mamario glandular. Pezones simétricos sin secreción. Región axilar sin presencia de adenopatías. Presencia de catéter tipo Arrow, instalado en la vena subclavia, el día 2 de septiembre del 2014, al primer intento, calibre 7 Fr, longitud de 3 centímetros, 3 lúmenes, de material poliuretano, instalado con la técnica Seldinger, con una fijación de seda de 2/0, cubriendo el sitio de inserción con cinta microporosa, sin ninguna complicación ni dato de infección. **Abdomen** ligeramente excavado, blando y depresible. Dolor de tipo ardoroso a la palpación valorado con la escala de EVA de 5 puntos debido a presencia de (FE) de bajo gasto a la altura del mesogastrio, de aproximadamente 8 centímetros de diámetro, espontánea inflamatoria. Orificio de origen: intestinal, lateral. Orificio de descarga: en la piel. De bajo gasto menor de 200 mililitros/día. Ruidos peristálticos disminuidos. Perímetro abdominal de 70 cm. **Columna vertebral** con curvaturas y alineación

normales, posición erguida, hombros al mismo nivel, caderas al mismo nivel, no presenta dolor a la palpación. Presenta tatuaje en la espalda. **Región glútea** sin alteraciones. **Extremidades superiores** de forma simétrica, posición normal, sin trofismo muscular ni óseo. Manos de forma simétrica, movimientos normales sin compromiso, sin presencia de lesiones. Dedos íntegros, de forma normal, movilidad sin complicaciones. Uñas integra, limpias, duras, resistentes, con crecimiento normal, tienen una superficie dorsal lisa y algo convexa. Color uniforme excepto la diferencia entre la lúnula y el resto. Crecimiento de 0.5 mm por semana. Articulaciones sin alteraciones. Llenado capilar de 2 segundos. Sin presencia de edema valorado con el signo de Godet. **Extremidades inferiores** simétricas, en posición adecuada, movimientos normales sin compromiso. Pies íntegros, limpios, simétricos, sin presencia de lesiones. Uñas integra, limpias, duras, resistentes, con crecimiento normal, tienen una superficie dorsal lisa y algo convexa. Color uniforme excepto la diferencia entre la lúnula y el resto. Crecimiento de 0.5 mm por semana. Articulaciones sin alteraciones. Llenado capilar de 2 segundos. Sin presencia de edema valorado con el signo de Godet. **Genitales** con distribución de vello púbico normal en cantidad, se observa limpio. Pene sin lesiones ni secreciones. Escroto de aspecto normal sin hernias. Testículos de tamaño normal y descendidos completamente. **Peso:** 55 kilogramos. **Talla:** 1.70 metros. **IMC:** 19.0 kg/m² Normal.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

- Hábitos de salud

El paciente refiere hacer dos veces por día la higiene de sus fosas nasales, en el momento en que lo necesite. Actualmente convive con fumadores, ya que en su negocio los clientes acostumbran fumar. Tabaquismo positivo desde los 15 años, refiere haber dejado la adicción a los 30 años, fumando 5 cigarros por día. No utiliza técnicas para mejorar su respiración y no requiere de ningún apoyo respiratorio.

- Revisión por sistemas

Frecuencia cardíaca: 96 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Tensión arterial: 110/70 mmHg. Temperatura: 36.5 °C.

Aparato respiratorio: Expansibilidad torácica normal. No tiraje. Se comprueba la expansibilidad torácica mediante maniobra vértice-base. Vibraciones vocales conservadas. Sonoridad pulmonar normal. Murmullo vesicular normal. No estertores. **Nariz** sin presencia de secreciones, de forma simétrica y tamaño regular. **Tórax** simétrico y normolíneo. Sin dolor a la palpación. Caja torácica de forma regular sin retracciones, con las costillas y espacios intercostales orientados ligeramente hacia abajo, con expansibilidad torácica normal comprobada mediante maniobra vértice-base. No tiraje. Movimientos sincrónicos y simétricos en ambos hemitórax. Respiración tranquila y sin esfuerzo. Ruidos respiratorios normales. Mamas planas y lisas, sin presencia de tejido mamario glandular. Pezones simétricos sin secreción. Región axilar sin presencia de adenopatías. Presencia de catéter tipo Arrow, instalado en la vena subclavia, el día 2 de septiembre del 2014, al primer intento, calibre 7 Fr, longitud de 3 centímetros, 3 lúmenes, de material poliuretano, instalado con la técnica Seldginer, con una fijación de seda de 2/0, cubriendo el sitio de inserción con cinta microporosa, sin ninguna complicación ni dato de infección. **Sistema cardiovascular:** Latido de la punta no visible ni palpable. No deformidades torácicas. Área cardíaca normal. Pulsos presentes y sincrónicos. No várices ni microvárices. Área de submatidez dentro de los límites normales. Ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados. No soplos. **Sistema vascular periférico: Extremidades superiores** de forma simétrica, posición normal, sin trofismo muscular ni óseo. Manos de forma simétrica, movimientos normales sin compromiso, sin presencia de lesiones. Dedos íntegros, de forma normal, movilidad sin complicaciones. Uñas íntegras, limpias, duras, con crecimiento normal. Articulaciones sin alteraciones. Llenado capilar de 2 segundos. Sin presencia de edema valorado con el signo de Godet. **Extremidades inferiores** simétricas, en posición adecuada, movimientos normales sin compromiso. Pies íntegros, limpios, simétricos, sin presencia de

lesiones. Uñas integras, limpias, duras, con crecimiento normal. Articulaciones sin alteraciones. Llenado capilar de 2 segundos. Sin presencia de edema valorado con el signo de Godet.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

- Hábitos de salud

El paciente refiere tomar 2 litros aproximadamente de agua al día. Durante la estancia hospitalaria refiere tomar agua potable, atole y agua de sabor que le proporcionan en la dieta.

- Revisión por sistemas

El paciente presenta mucosas y piel deshidratadas, menciona hidratar su piel mínimas veces con crema hidratante.

Líquidos parenterales: Nutrición Parenteral de 2050 ml intravenoso para 24 horas. Solución Hartmann de 500 ml + 40 meq de KCl + 2gr de Mg SO₄ para 24 horas. Reposición del gasto de fístula 1:1 con solución Hartmann por turno.

Plan terapéutico: Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas. Paracetamol 1 gr intravenoso por razón necesaria. Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

- Hábitos de salud

El paciente refiere realizar 3 comidas durante el día. Consume a la semana los siguientes alimentos: leche 7/7, carne 3/7, huevo 2/7, verdura 1/7, fruta 7/7, tortilla 7/7, pan 7/7, queso 7/7, embutidos 7/7, sal 7/7 y azúcar 7/7.

Presentó una cifra de glicemia capilar de 90 mg/dl.

Los alimentos que más le agradan son la fruta y el caldo de pollo. Refiere no tener algún alimento que le desagrade. Durante la estancia hospitalaria tiene indicada la dieta Hipograsa seca, sin residuos, así como complementación de 2 sobres de Glutapak 1 cada 12 horas. Suplementos alimenticios: una lata de Ensure cada 24

horas. Los problemas relacionados a la digestión son a partir de la colectomía total a la que fue sometido, por ello el quimo no recorre un trayecto normal. Con la última reconexión intestinal se pretendía que el íleon se comunicara con la última parte del colon descendente, pero esto no fue posible porque existió una dehiscencia de anastomosis. Además, al tener ausencia de colon transversal, se interrumpen las funciones que este desempeña y existe un déficit en la absorción de los nutrientes. Refiere hacer las 3 comidas al día con su madre y su hijo, en su casa, en un tiempo aproximado de 30 minutos en cada comida. El sentido que le da a la hora de comer es de convivencia ya que, es cuando se reúne con su familia y disfruta con ellos ese momento.

- Revisión por sistemas

Aparato digestivo: Boca: labios de coloración normal, no desviación de las comisuras labiales. Mucosa oral deshidratada. Dentadura conservada. Lengua de forma, tamaño y color conservados, bien papilada, sin presencia de saburra. Orofaringe sin alteraciones. Abdomen: blando y depresible, dolor de tipo ardoroso a la palpación evaluado con la escala de Eva de 5 puntos. Presencia de (FE). Hígado: no rebasa el borde costal izquierdo. Región anal: forma y coloración normal, sin presencia de lesiones.

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos

El paciente refiere no tener problemas para la eliminación vesical, la cual se presenta 6 veces aproximadamente durante el día, con una coloración clara.

En la evacuación intestinal el paciente presenta problemas ya que, como se mencionó anteriormente, la ausencia de colon transversal hace que haya una modificación en el trayecto del quimo, debido a la (FE) que presenta su evacuación no alcanza a salir por el recto, sino a nivel del íleon en forma de excreción verdosa de consistencia pastosa, ácida y fétida, de menos de 100 ml en 8 horas. Además de gases intestinales.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

- Hábitos de salud

El paciente refiere que las actividades domésticas que realiza son cocinar y los quehaceres de limpieza que se requieren. Su trabajo consta de un negocio de venta de alcohol, el cual se encuentra ubicado en un espacio del terreno donde se encuentra su casa, el negocio lo atiende de 2:00 pm a 3:00 am, todos los días de la semana.

No realiza ningún tipo de actividad física. En sus tiempos libres le gusta salir a pasear con su hijo. Refiere dormir 6 horas aproximadamente, con una sensación de ánimo al despertar, a pesar de no dormir de manera continua durante la noche ya que, en ocasiones el gasto que sale por la (FE) le provoca irritación en la piel periférica de la misma, no permitiéndole adoptar una posición libre a la hora de dormir y permanecer la mayoría del tiempo en decúbito dorsal.

- Revisión por sistemas

Sistema osteomioarticular: Músculos: simétricos de contornos regulares. Fuerza, tono y trefismo conservados. Huesos: en forma y eje longitudinal conservados, no tumefacción ni edemas de partes blandas. No depresiones ni deformidades óseas, no dolorosos a la palpación. Articulaciones: arco de movilidad activo y pasivo conservados en todas las articulaciones. **Sistema nervioso:** Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, que responde al interrogatorio con lenguaje claro y coherente, buena comprensión y expresión. Memoria inmediata, reciente y tardía conservadas.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

- Hábitos de salud

La comunicación verbal del paciente es directa, abierta, clara. Mantiene un contacto visual. Su lenguaje corporal es apropiado, sus gestos de acuerdo a las emociones que presenta. Su tono de voz es fuerte. Como mecanismo de defensa

suele ignorar la situación que le está provocando una incomodidad. No pertenece a ningún grupo social, deportivo o cultural.

- Revisión por sistemas

Ojos simétricos, conjuntivas de aspecto rosado, no eritematoso. Pupilas isocóricas con respuesta hacia la luz. **Orejas** de igual tamaño y forma, posición que sigue el canto externo del ojo, sin presencia de dolor a la palpación, sin presencia de secreciones.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

En cuanto a las prácticas de seguridad personal, el paciente refiere conocer las medidas de prevención de accidentes en la casa, en el trabajo y en la calle. No acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendadas y medidas terapéuticas. Refiere conocer las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades.

La forma de manejar las situaciones de tensión en su vida es a través del auto enfado, posteriormente reza y trata de buscar alguna solución coherente. Refiere tabaquismo positivo desde los 15 años, refiere haber dejado la adicción a los 30 años, fumando 5 cigarrillos por día. Alcoholismo positivo desde los 15 años, refiere haber dejado la adicción a los 30 años, tomando 5 cervezas a la semana sin llegar a la ebriedad. Toxicomanía positiva desde los 15 años, refiere haber dejado la adicción a los 26 años, inhalando cocaína cada 8 días. Actualmente sufre un cambio físico que le alteró su auto imagen, él refiere que tuvo una pérdida de peso importante, además de tener la (FE), que le impide tener ciertas actividades normales, como por ejemplo, caminar o correr por periodos prolongados, ya que el gasto que sale por la (FE) le irrita la piel periférica de la misma, por lo cual prefiere estar en reposo. A pesar de mostrar una actitud positiva ante la vida, comprender y aceptar su estado de salud actual, comenta que no se siente bien con su aspecto físico y eso le impide tener una relación íntima satisfactoria con su actual pareja. Refiere ser de religión católica y apearse a sus creencias para obtener un

consuelo y estímulo para enfrentar la situación de salud por la que está atravesando.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal

- Hábitos de salud

El paciente refiere bañarse diario, con un cambio de ropa total diario. Aseo bucal 3 veces al día, después de cada comida. Se lava las manos después de ir al baño y antes de consumir alimentos. La limpieza para él significa tener una buena imagen corporal y un buen estado emocional. Los productos que utiliza para la higiene personal son: jabón, shampo, desodorante, pasta dental, cepillo dental, papel higiénico y crema humectante.

- Revisión por sistemas

Piel de color homogénea, con presencia de sequedad, sin erupciones, heridas, masas ni protuberancias. **Cuero cabelludo** se mueve libremente sobre el cráneo sin hiperestesia, inflamación ni depresiones. Implantación homogénea de cabello en todo el casco cefálico, de color negro, grueso, de longitud aproximada de 4 centímetros, limpio. **Genitales** con distribución de vello púbico normal en cantidad, se observa limpio. Pene sin lesiones ni secreciones. Escroto de aspecto normal sin hernias. Testículos de tamaño normal y descendidos completamente.

Diagnósticos de Enfermería

Requisito	Diagnóstico	Prioridad
Aporte suficiente de agua.	Desequilibrio hidroelectrolítico R/C colectomía total M/P pérdida de peso, piel y mucosas deshidratadas.	1
Aporte suficiente de alimentos.	Alteración en la nutrición R/C baja ingesta de alimentos, dieta Hipograsa seca M/P incapacidad para digerir los alimentos y absorber los nutrientes.	2
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.	Riesgo de infección R/C Fístula Enterocutánea (FE) y procedimientos invasivos: catéter venoso central (CVC).	3
Equilibrio entre la actividad y el reposo.	Alteración en el ciclo de descanso y sueño R/C excreción irritante de la (FE), movilidad limitada al dormir M/P insomnio, falta de energía, bostezos, disconfort, informe verbal de dificultad para conciliar el sueño, dolor de tipo ardoroso en la piel periférica (EVA de 5 puntos).	4

Procesos de eliminación y los excrementos.	Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C alteración en el tracto intestinal, dieta hipograsa seca M/P ruidos peristálticos disminuidos, deshidratación.	5
Aporte suficiente de alimentos.	Riesgo de glicemia inestable R/C aporte dietético (NPT), suplementos alimenticios, pérdida de peso.	6
Potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.	Baja autoestima R/C actual estado de salud, estancia hospitalaria prolongada M/P llanto, informe verbal de desesperanza.	7
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.	Riesgo de caídas R/C 3 puntos en la escala Downton (riesgo moderado).	8
Equilibrio entre la soledad y la interacción social.	Alteración en el patrón sexual R/C falta de privacidad, incomodidad por la (FE) M/P vergüenza, verbalización del problema.	9

VI. VALORACIONES FOCALIZADAS

Valoración focalizada 1

06 de octubre del 2014

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

El paciente no presenta ninguna complicación para respirar, sus fosas nasales se encuentran libres de secreciones. No manifiesta tos. Sus campos pulmonares se auscultan bien ventilados. Mantiene un llenado capilar de 2 segundos en las cuatro extremidades, sin cianosis ni edema. Catéter venoso central 7 Fr en miembro torácico derecho instalado el 02 de septiembre del 2014, funcional.

Presentó las siguientes cifras en las constantes vitales: Frecuencia cardiaca: 77 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Tensión arterial: 110/70 mmHg. Temperatura: 36.7 °C.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Refiere haber tomado 250 ml de agua durante el turno matutino. Se observa su mucosa oral deshidratada al igual que su piel.

Líquidos parenterales: Solución Hartmann de 500 ml con 40 meq KCl + 2gr MgSO4 para 24 horas. NPT de 2050 ml para 24 horas. **Reposición:** 1:1 de 100 ml del gasto de la (FE) con solución Hartmann. **Ingresos intravenosos:** 949.6 ml. **Total ingresos** 1199.6 ml.

Plan terapéutico: Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas. Paracetamol 1 gr intravenoso por razón necesaria. Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Durante su estancia hospitalaria refiere hacer 3 comidas y consumir todo lo que le ofrecen en la dieta. Refiere que le gustaría tener desayunos un poco más variados en cuanto al tipo de alimento ya que, por bastante tiempo han sido muy similares. Realiza higiene bucal 1 vez durante el turno.

El tipo de dieta indicada es Hipograsa seca: Galletas, 1 vaso de atole y 1 sobre de Glutapak. **Ingresos orales totales:** 250 ml. **Glicemia capilar:** 90 mg/dl. **Peso:** 55 kg. **Talla:** 1.70 mts. **IMC:** 19.03 kg/m² Normal. **Perímetro abdominal:** 70 cm.

- **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.**

Mantiene (FE) de bajo gasto. La piel periférica a la misma no presenta datos de infección. Abdomen ligeramente excavado, blando y depresible. Doloroso y sensible a la palpación debido a presencia de (FE) de bajo gasto a la altura del mesogastrio, de aproximadamente 8 centímetros de diámetro, espontánea inflamatoria. Orificio de origen: intestinal, lateral. Orificio de descarga: en la piel. De bajo gasto menor de 200 mililitros/día. Perímetro abdominal de 70 cm.

Egresos: Diuresis de 500 ml de coloración clara. Excreción de la (FE) de 100 ml de consistencia semisólida verde pastosa. Pérdidas insensibles (8 hrs) de 282.5 ml. **Total de egresos:** 882.5 ml.

Balance total: +317.1 ml.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.**

Se mantiene en estado de alerta durante el turno. Puede realizar todas sus actividades de autocuidado de acuerdo a la valoración de Katz. Mantiene una posición libremente escogida, además de ambulación. El paciente refiere dormir 8 horas aproximadamente durante la noche, además de no tener problemas para conciliar el sueño. Se siente descansado al despertar. No hace siestas.

Un puntaje de 15 en la escala de Glasgow. Puntaje de 0 en la escala del dolor. Puntaje de 22 (Riesgo bajo) en la escala de Riesgo de UPP (Braden Bergstrom).

- **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.**

Durante el turno matutino mantuvo una comunicación clara y abierta con todo el personal de salud e incluso con los demás pacientes.

- **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

El paciente realiza baño en regadera, utiliza productos de higiene personal, su ropa se muestra limpia. Se lava las manos antes del desayuno, también antes y después de tener contacto con los residuos de la (FE). Se le realiza curación, cambio de apósitos y vendaje abdominal.

Se realiza curación de Catéter Venoso Central, observando que no presenta datos de infección en el sitio de inserción ni en la piel periférica. Se mantiene funcional.

Refiere conocer las medidas de prevención de caídas. Puntaje de 3 (Moderado riesgo) en la escala de Riesgo de Caídas (Downton).

Valoración focalizada 2

07 de octubre del 2014

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Presentó las siguientes cifras en las constantes vitales: Frecuencia cardiaca: 82 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Tensión arterial: 110/60 mmHg. Temperatura: 36.6 °C.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Refiere haber tomado 550 ml de agua durante el turno matutino. Su piel se observa con sequedad y su mucosa oral se mantiene deshidratada.

Líquidos parenterales: Solución Hartmann de 500 ml con 40 meq KCl + 2 gr MgSO4 para 24 horas. NPT de 2050 ml para 24 horas. **Reposición:** 1:1 de 120 ml del gasto de la (FE) con solución Hartmann. **Ingresos intravenosos:** 969.6 ml. **Total de ingresos:** 1519.6 ml.

Plan terapéutico: Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas. Paracetamol 1 gr intravenoso por razón necesaria. Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Refiere estar tolerando la vía oral. La dieta continúa Hipograsa seca: Pan integral, 1 vaso de atole, 1 sobre de Glutapak y 1 vaso de agua. Realiza higiene bucal 1 vez durante el turno, no presenta halitosis. **Ingresos orales totales:** 550 ml. **Glicemia capilar:** 98 mg/dl. **Peso:** 55 kg. **Talla:** 1.70 mts. **IMC:** 19.03 kg/m² Normal. **Perímetro abdominal:** 70 cm.

- **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.**

Presenta diuresis sin dificultad y canaliza gases. (FE) con gasto intestinal moderado, con tendencia a la disminución. Se realiza curación, cambio de apósitos y vendaje abdominal. **Egresos:** diuresis de 600 ml de color claro. Excreción de la (FE) de 120 ml de consistencia semisólida verde. Pérdidas insensibles (8 hrs) de 282.5 ml. **Total de egresos:** 1002.5 ml.

Balance total: +517.1 ml.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.**

El paciente se encuentra deambulando la mayor parte del turno matutino, incluso sale del servicio y deambula por sus alrededores. Realiza sus actividades de autocuidado de acuerdo a la valoración de Katz. Refiere haber dormido 8 horas aproximadamente durante la noche, sin ninguna complicación. Se siente descansado. Durante el turno no realizó siestas.

Un puntaje de 15 en la escala de Glasgow. Puntaje de 0 en la escala del dolor. Puntaje de 22 (Riesgo bajo) en la escala de Riesgo de UPP (Braden Bergstrom).

- **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

Puntaje de 3 (Moderado riesgo) en la escala de Riesgo de Caídas (Downton).

Valoración focalizada 3

08 de octubre del 2014

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Presentó las siguientes cifras en las constantes vitales: Frecuencia cardiaca: 74 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Tensión arterial: 100/60 mmHg. Temperatura: 36.4 °C.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Refiere haber consumido 250 ml de agua en el turno matutino. Se observa mucosa oral deshidratada y piel con signos de sequedad.

Líquidos parenterales: Solución Hartmann de 500 ml con 40 meq KCl + 2 gr MgSO₄ para 24 horas. NPT de 2050 ml para 24 horas. **Reposición:** 1:1 de 80 ml del gasto de la (FE) con solución Hartmann. **Ingresos intravenosos:** 929.6 ml. **Total ingresos:** 1179.6 ml.

Plan terapéutico: Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas. Paracetamol 1 gr intravenoso por razón necesaria. Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas. Por indicación médica se agrega Trimebutina 200 mg vía oral cada 8 horas.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Refiere haber consumido todo el desayuno de su dieta. Continúa con dieta Hipograsa seca: Pan integral, 1 vaso de atole y 1 sobre de Glutapak. **Ingresos orales totales:** 250 ml. **Glicemia capilar:** 102 mg/dl. **Peso:** 55 kg. **Talla:** 1.70 mts. **IMC:** 19.03 kg/m² Normal. **Perímetro abdominal:** 70 cm.

- **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.**

Continua presente bajo gasto por (FE), se hace curación, cambio de apósitos y vendaje abdominal durante el turno. **Egresos:** diuresis de 800 ml de color claro.

Excreción de la (FE) de 80 ml de consistencia semisólida verde. Pérdidas insensibles (8 hrs) de 282.5 ml. **Total de egresos:** 1162.5 ml.

Balance total: +17.1 ml.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.**

El paciente se encuentra alerta, orientado en tiempo, espacio y lugar. Se mantiene en decúbito dorsal la mayor parte del turno. Refiere no haber podido conciliar el sueño durante la noche, ya que la piel periférica a la (FE) le ardía al tener contacto con la excreción de la misma. Hace siesta de 1 hora durante el turno.

Presenta un puntaje de 4 en la escala de EVA localizado en la región periférica a la (FE). Un puntaje de 15 en la escala de Glasgow. Puntaje de 22 (Riesgo bajo) en la escala de Riesgo de UPP (Braden Bergstrom).

- **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

Se rehúsa a bañarse ya que manifiesta sentirse un poco cansado y con frío. Solamente realiza cambio de ropa completa. Realiza las demás actividades de autocuidado de acuerdo a la valoración de Katz sin ninguna complicación.

Presenta un puntaje de 3 (Moderado riesgo) en la escala de Riesgo de Caídas (Downton).

Valoración focalizada 4

09 de octubre del 2014

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Presentó las siguientes cifras en las constantes vitales: Frecuencia cardiaca: 73 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto. Tensión arterial: 100/70 mmHg. Temperatura: 36.6 °C.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Refiere haber tomado 250 ml de agua durante el turno. Se observa mucosa oral hidratada y piel humectada.

Líquidos parenterales: Solución Hartmann de 500 ml con 40 meq KCl + 2 gr MgSO₄ para 24 horas. NPT de 2050 ml para 24 horas. **Reposición:** 1:1 de 60 ml del gasto de la (FE) con solución Hartmann. **Ingresos intravenosos:** 909.6 ml. **Total ingresos:** 1159.6 ml.

Plan terapéutico: Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas. Paracetamol 1 gr intravenoso por razón necesaria. Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas y Trimebutina 200 mg via oral cada 8 horas.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Refiere haber consumido todo el desayuno de su dieta, la cual continúa siendo Hipograsa seca: Galletas, 1 vaso de atole y 1 sobre de Glutapak. **Ingresos orales totales:** 250 ml. **Glicemia capilar:** 97 mg/dl. **Peso:** 55 kg. **Talla:** 1.70 mts. **IMC:** 19.03 kg/m² Normal. **Perímetro abdominal:** 71 cm.

- **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.**

Egresos: diuresis de 500 ml de color claro. Excreción de la (FE) de 60 ml de consistencia pastosa verde. Pérdidas insensibles (8 hrs) de 282.5 ml. **Total de egresos:** 842.5 ml.

Balance total: +317.1 ml.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.**

El paciente comenta nuevamente no haber podido conciliar el sueño durante la noche, ya que la piel periférica a la (FE) le ardía debido al gasto que presentó durante la noche. Posterior al baño y cambio de ropa completo se le realiza

curación, cambio de apósitos y vendaje, observando eritema piel. Durante el turno no presenta más molestias.

Puntaje de 3 en la escala del dolor localizado en la piel periférica a la (FE). Un puntaje de 15 en la escala de Glasgow. Puntaje de 22 (Riesgo bajo) en la escala de Riesgo de UPP (Braden Bergstrom).

- **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.**

Se muestra alerta, cooperador y alegre. Comenta que recibirá la visita de su pareja, lo cual lo mantiene muy entusiasmado.

- **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

Se realiza curación del Catéter Venoso central, no presenta datos de infección. Se mantiene funcional.

Mantiene puntaje de 3 (Moderado riesgo) en la escala de Riesgo de Caídas (Downton).

Valoración focalizada 5

10 de octubre del 2014

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Presentó las siguientes cifras en las constantes vitales: Frecuencia cardiaca: 79 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Tensión arterial: 110/70 mmHg. Temperatura: 36.7 °C.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Refiere haber tomado 750 ml de agua durante el turno. Se observa mucosa oral hidratada y piel humectada.

Líquidos parenterales: Solución Hartmann de 500 ml con 40 meq KCl + 2 gr MgSO4 para 24 horas. NPT de para 24 horas. **Reposición:** 1:1 de 90 ml del

gasto de la (FE) con solución Hartmann. **Ingresos intravenosos:** 939.6 ml. **Total de ingresos:** 1689.6 ml.

Plan terapéutico: Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas. Por indicación médica se modifica a Paracetamol 750 mg vía oral por razón necesaria. Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas. Trimebutina 200 mg vía oral cada 8 horas.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Continua con dieta Hipograsa seca: Sandwich, 1 vaso de atole, 1 sobre de Glutapak y 2 vasos de agua. **Ingresos orales totales:** 750 ml. **Glicemia capilar:** 108 mg/dl. **Peso:** 55 kg. **Talla:** 1.70 mts. **IMC:** 19.03 kg/m² Normal. **Perímetro abdominal:** 70 cm.

- **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.**

Egresos: diuresis de 500 ml de color clara. Excreción de la (FE) de 90 ml de consistencia semisólida verde. Pérdidas insensibles (8 hrs) de 282.5 ml. **Total de egresos:** 872.5 ml.

Balance total: +817.1 ml.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.**

El paciente se encuentra en decúbito dorsal la mayor parte del turno, solo deambula para realizar sus actividades de autocuidado de acuerdo a la valoración de Katz. Toma siesta de dos horas durante el turno.

Presenta un puntaje de 15 en la escala de Glasgow. Puntaje de 0 en la escala de EVA. Puntaje de 22 (Riesgo bajo) en la escala de Riesgo de UPP (Braden Bergstrom).

- **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.**

Se muestra un tanto indiferente ante las intervenciones de enfermería que se le realizan, comenta que se siente deprimido, que considera que es demasiado el

tiempo que ha estado en el hospital y que no siente tener mejoría en cuanto a su estado de salud, comienza a expresar sus sentimientos e incluso llega al llanto.

- **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

Presenta un puntaje de 3 (Moderado riesgo) en la escala de Riesgo de Caídas (Downton).

Valoración focalizada 6

13 de octubre del 2014

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Presentó las siguientes cifras en las constantes vitales: Frecuencia cardiaca: 84 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Tensión arterial: 110/70 mmH. Temperatura: 36.8 °C.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Refiere haber tomado 250 ml de agua durante el turno matutino. Se observa mucosa oral deshidratada y piel con sequedad.

Líquidos parenterales: Solución Hartmann de 500 ml con 40 meq KCl + 2 gr MgSO4 para 24 horas. NPT de 2050 ml para 24 horas. **Reposición:** 1:1 con 50 ml del gasto de la (FE) con solución Hartmann. **Ingresos intravenosos:** 899.6 ml. **Total de ingresos:** 1149.6 ml.

Plan terapéutico: Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas. Paracetamol de 750 mg vía oral por razón necesaria. Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas y Trimebutina 200 mg vía oral cada 8 horas.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Refiere no tener apetito, sin embargo consume todo lo que le ofrecen en el desayuno. Continúa con dieta Hipograsa seca: Pan integral, 1 vaso de atole, 1

sobre de Glutapak. **Ingresos orales totales:** 250 ml. **Glicemia capilar:** 96 mg/dl. **Peso:** 55 kg. **Talla:** 1.70 mts. **IMC:** 19.03 kg/m² Normal. **Perímetro abdominal:** 70 cm.

- **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.**

Presenta síntomas de irritación en la piel periférica a la (FE), continua con bajo gasto, con tendencia a la disminución. **Egresos:** Diuresis de 500 ml de color claro. Excreción de la (FE) de 50 ml de consistencia pastosa verde. Pérdidas insensibles (8 hrs) de 282.5 ml. **Total de egresos:** 832.5 ml.

Balance total: +317.1 ml.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.**

Refiere no haber podido conciliar el sueño durante la noche, debido a que sentía cansancio al estar en decúbito dorsal y al cambiar a decúbito lateral, el gasto de la (FE) le producía ardor en la piel periférica a la misma.

Un puntaje de 15 en la escala de Glasgow. Puntaje de 3 en la escala de EVA. Puntaje de 22 (Riesgo bajo) en la escala de Riesgo de UPP (Braden Bergstrom).

- **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

Presenta un puntaje de 3 (Moderado riesgo) en la escala de Riesgo de Caídas (Downton).

Valoración focalizada 7

14 de octubre del 2014

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Presentó las siguientes cifras en las constantes vitales: Frecuencia cardiaca: 82 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto. Tensión arterial: 100/60 mmHg. Temperatura: 36.7 °C.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Refiere haber tomado 1000 ml de agua durante el turno matutino. Se observa ligera palidez de tegumentos y mucosa oral hidratada. Piel hidratada.

Por indicación médica se suspende la solución Hartmann de 500 ml + 40 meq KCl + 2 gr MgSO₄ para 24 hrs, quedando solución Hartmann de 500 ml para 24 hrs.

Líquidos parenterales: Solución Hartmann de 500 ml para 24 horas. NPT de 2050 ml para 24 horas. **Reposición:** 1:1 de 40 ml del gasto de la (FE) con solución Hartmann. **Ingresos intravenosos:** 889.6 ml. **Total ingresos:** 1889.6 ml.

Plan terapéutico: Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas. Paracetamol 750 mg vía oral por razón necesaria. Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas y Trimebutina 200 mg vía oral cada 8 horas.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Continúa tolerando la vía oral, con dieta Hipograsa seca: Galletas, 1 vaso de atole, 1 sobre de Glutapak y 3 vasos de agua. **Ingresos orales totales:** 1000 ml. **Glicemia capilar:** 90 mg/dl. **Peso:** 55 kg. **Talla:** 1.70 mts. **IMC:** 19.03 kg/m² Normal. **Perímetro abdominal:** 71 cm.

- **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.**

Con disminución del gasto por (FE). Se solicita valoración por Clínica de Estomas para adaptación de bolsa en Fístula. No muestra síntomas de eritema en la piel periférica a la Fístula. **Egresos:** Diuresis de 800 ml de color clara. Excreción de la (FE) de 40 ml de consistencia líquida verde. Pérdidas insensibles (8 hrs) de 282.5 ml. **Total de egresos:** 1122.5 ml.

Balance total: +767.1 ml.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.**

Un puntaje de 15 en la escala de Glasgow. Puntaje de 0 en la escala de EVA. Puntaje de 22 (Riesgo bajo) en la escala de Riesgo de UPP (Braden Bergstrom).

- **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

Se realiza curación de Catéter Venoso Central, no presenta datos de infección. Se mantiene funcional.

Presenta un puntaje de 3 (Moderado riesgo) en la escala de Riesgo de Caídas (Downton).

Valoración focalizada 8

15 de octubre del 2014

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Presentó las siguientes cifras en las constantes vitales: Frecuencia cardiaca: 84 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Tensión arterial: 100/60 mmHg. Temperatura: 36.8 °C.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Refiere haber tomado 750 ml de agua durante el turno matutino. Se observa mucosa oral hidratada. Piel hidratada.

Líquidos parenterales: Solución Hartmann de 500 ml para 24 horas. NPT de 2050 ml para 24 horas. **Reposición:** 1:1 de 40 ml del gasto de la (FE) con solución Hartmann. **Ingresos intravenosos:** 889.6 ml. **Total ingresos:** 1639.6 ml.

Plan terapéutico: Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas. Paracetamol 750 mg vía oral por razón necesaria. Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas y Trimebutina 200 mg vía oral cada 8 horas.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Refiere seguir tolerando la vía oral. Continúa con dieta: Hipograsa seca: Sandwich, galletas, 1 vaso de atole, 1 sobre de Glutapak y 2 vasos de agua. **Ingresos orales totales:** 750 ml. **Glicemia capilar:** 90 mg/dl. **Peso:** 55.100 kg. **Talla:** 1.70 mts. **IMC:** 19.07 kg/m² Normal. **Perímetro abdominal:** 71 cm.

- **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.**

Presenta disminución del gasto de la (FE) y canaliza gases. Acuden de Clínica de estomas a valorar al paciente, adaptan bolsa de una pieza para excreción de la (FE), quedando colocada sin ninguna complicación. Se mantiene con vendaje. **Egresos:** Diuresis de 500 ml de coloración clara. Excreción de la (FE) de 40 ml de consistencia pastosa verde. Pérdidas insensibles (8 hrs) de 282.5 ml. **Total de egresos:** 822.5 ml.

Balance total: +817.1 ml.

- **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.**

El paciente se encuentra en su cama la mayor parte del turno matutino. Hace siesta de 1 hora. Se muestra cansado, aun así realiza todas sus actividades de autocuidado de acuerdo a la valoración de Katz.

Un puntaje de 15 en la escala de Glasgow. Puntaje de 0 en la escala de EVA. Puntaje de 22 (Riesgo bajo) en la escala de Riesgo de UPP (Braden Bergstrom).

- **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

Presenta un puntaje de 3 (Moderado riesgo) en la escala de Riesgo de Caídas (Downton).

Valoración focalizada 9

16 de octubre del 2014

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

Se retira al final del turno Catéter venoso central. Presentó las siguientes cifras en las constantes vitales: Frecuencia cardiaca: 87 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Tensión arterial: 110/70 mmHg. Temperatura: 36.8 °C.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Refiere haber tomado 250 ml de agua durante el turno. Se observa mucosa oral hidratada. Piel hidratada.

Líquidos parenterales: Solución Hartmann de 500 ml para 24 horas. NPT de 2050 ml para 24 horas. **Reposición:** 1:1 de 40 ml del gasto de la (FE) con solución Hartmann. **Ingresos intravenosos:** 889.6 ml. **Total ingresos:** 1139.6 ml.

Plan terapéutico: Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas. Paracetamol 750 mg vía oral por razón necesaria. Octreotide 100 mcg subcutánea cada 8 horas y Trimebutina 200 mg vía oral cada 8 horas.

- **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Continua con dieta: Hipograsa seca: Pan integral, galletas, 1 vaso de atole y 1 sobre de Glutapak. **Ingresos orales totales:** 250 ml. **Glicemia capilar:** 88 mg/dl. **Peso:** 55.100 kg. **Talla:** 1.70 mts. **IMC:** 19.07 kg/m² Normal. **Perímetro abdominal:** 72 cm.

- **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.**

No presenta datos de dolor ni irritación de la piel periférica a la (FE), mantiene drenaje de bajo gasto en la bolsa recolectora, la cual se encuentra colocada de forma correcta. Se mantiene con vendaje abdominal. **Egresos:** Diuresis de 400 ml de coloración clara. Excreción de la (FE) de 40 ml de consistencia pastosa verde. Pérdidas insensibles (8 hrs) de 282.5 ml. **Total de egresos:** 722.5 ml.

Balance total: +417.1 ml

- **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.**

Presenta un puntaje de 15 en la escala de Glasgow. Puntaje de 0 en la escala del dolor. Puntaje de 22 (Riesgo bajo) en la escala de Riesgo de UPP (Braden Bergstrom).

- **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

Presenta un puntaje de 3 (Moderado riesgo) en la escala de Riesgo de Caídas (Downton).

- **Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.**

Se le proporciona Plan de Alta por parte de Enfermería en donde se le explica de manera verbal y escrita las medidas higiénicas, dietéticas y los cuidados de la bolsa recolectora que debe seguir en su domicilio, además del tratamiento medicamentoso. Se le proporciona cita abierta en caso de presentar signos y síntomas de infección en la (FE). Se le da cita fija para 15 días posterior al Alta. El paciente se va a su domicilio acompañado de su madre.

Diagnósticos de Enfermería de las valoraciones focalizadas

Requisito	Diagnóstico	Fecha de inicio y término	Prioridad
Aporte suficiente de agua.	Desequilibrio hidroelectrolítico R/C colectomía total M/P pérdida de peso, piel y mucosas deshidratadas.	6 de octubre 2015. Persiste.	1
Aporte suficiente de alimentos.	Alteración en la nutrición R/C baja ingesta de alimentos, dieta hipograsa seca M/P incapacidad para digerir los alimentos y absorber los nutrientes.	6 de octubre 2015. Persiste.	2
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.	Riesgo de infección R/C Fístula Enterocutánea, procedimientos invasivos (Catéter Venoso Central).	6 de octubre 2015. Persiste.	3
Equilibrio entre actividad y reposo.	Alteración en el ciclo de descanso y sueño R/C excreción irritante de la (FE), movilidad limitada al dormir M/P insomnio,	6 de octubre 2015. Persiste.	4

	dolor de tipo ardoroso en la piel periférica a la (FE), falta de energía, bostezos, discomfort, informe verbal de dificultad para conciliar el sueño.		
Procesos de eliminación y los excrementos.	Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C alteración en el tracto intestinal, dieta hipograsa seca M/P ruidos peristálticos disminuidos, deshidratación.	6 de octubre 2015. Persiste.	5
Equilibrio entre la soledad y la interacción social.	Baja autoestima R/C actual estado de salud, estancia hospitalaria prolongada M/P llanto, informe verbal de desesperanza, siestas.	6 de octubre 2015. Persiste.	6

VII. PLAN DE ATENCIÓN

Plan de atención general

DIAGNÓSTICO	Desequilibrio hidroelectrolítico R/C colectomía total M/P pérdida de peso, piel y mucosas deshidratadas.		
DEFINICIÓN	Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud.		
OBJETIVO	Mantener un equilibrio hidroelectrolítico.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Monitorización de líquidos y electrolitos: -Observar los niveles de electrolitos en suero. -Vigilar los signos vitales. -Corregir la deshidratación. -Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. -Vigilar si los signos y síntomas del desequilibrio de líquidos y/o electrolitos	T.C. T.C. T.C. T.C. T.C. T.C.	El entendimiento de la fisiología ácido-base considera que todos los cambios en la sangre, en el pH, en la salud y en la enfermedad ocurren a través de cambios en 3 variables: (a) Dióxido de carbono (CO ₂), (b) concentración relativa de electrolitos y (c) concentración de ácidos débiles. Los disturbios del medio interno y ácido-base generan alteraciones a 3 niveles: a) Daño directo del disturbio a nivel multiorgánico (b) Respuesta compensatoria ante el disturbio generado que puede ser adecuada o incompleta (c) Alteración funcional de las células del sistema inmune. ¹⁸	Se valoraron los niveles de electrolitos en los laboratorios del paciente (anexo 4) los cuales se encontraron dentro de los parámetros normales: Fosforo 4.3 md/dl. Magnesio 1.8 mg/dl. Sodio 139.00 mmol/L. Potasio 3.9 mmol/L. Cloro 103 mmol/L. Calcio 9.10 mg/dl. Se estableció valorar los signos vitales una vez por

<p>persisten o empeoran.</p> <p>-Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.</p> <p>-Llevar un registro preciso de ingresos y egresos.</p> <p>-Mantener el nivel de flujo intravenosos prescrito.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Cualquier alteración de los valores normales, orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por ende se debe sospechar de un estado mórbido.¹⁹</p> <p>El balance hídrico se consigue cuando las pérdidas se compensan con la ingesta de alimentos y bebidas y con la producción metabólica de agua. El balance de agua varía a lo largo del día, pero normalmente se regula a un 0,1-0,2% del peso corporal a lo largo de las 24 horas a pesar de la amplia variabilidad de alimentos y líquidos consumidos y de la pérdida de agua. El déficit y el exceso de agua provocan cambios compensatorios en el comportamiento de beber o en el volumen de orina expulsado hasta que el balance de agua se haya restablecido. Las</p>	<p>turno, los cuales se presentaron dentro de los parámetros normales:</p> <p>Frecuencia cardiaca: 96 latidos por minuto.</p> <p>Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.</p> <p>Tensión arterial: 110/70 mmHg. Temperatura: 36.5 °C.</p> <p>El paciente se mantuvo en hidratación por medio de los líquidos parenterales suministrados, los cuales contienen electrolitos: Solución Hartmann de 500 ml + 40 meq de KCl + 2gr de Mg SO₄ para 24 horas, además de que la cantidad del gasto de la Fístula es repuesta 1:1 con solución</p>
---	-------------------------	---	---

	<p>necesidades de agua varían entre personas y según su dieta, las condiciones ambientales, el nivel de actividad y otros factores.²⁰</p> <p>La mayoría de procesos metabólicos y funciones de órganos dependen de concentraciones precisas de electrolitos tanto extracelulares como intracelulares mantenidas a partir de múltiples mecanismos, en el que están implicadas hormonas y órganos reguladores que influyen en la distribución de electrolitos. Además de los mecanismos fisiológicos implicados existen situaciones que pueden igualmente afectar a la homeostasis como puede ser desequilibrio ácido-base, un control incorrecto del balance de fluidos, desórdenes neurohormonales y patologías que comprometan la funcionalidad de órganos implicados en la homeostasia.²¹</p> <p>El manejo de las alteraciones electrolíticas presentes en pacientes hospitalizados requiere medir con exactitud el aporte y pérdida de fluidos y de</p>	<p>Hartmann, también el paciente refiere consumir 2 litros aproximadamente de agua al día, sin embargo, se le observan piel y mucosas deshidratadas.</p> <p>Se estableció vigilar los signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico para valorar la tendencia a disminuir o aumentar y con ello monitorizar la respuesta del paciente ante la terapia de electrolitos prescrita.</p> <p>Se utilizó la bomba de infusión para la administración de las soluciones parenterales para obtener un control estricto de ingresos y egresos del</p>
--	--	--

		<p>electrolitos, así como las pérdidas renales y no renales.²¹</p> <p>En caso de que los pacientes requieran soporte nutricional para un correcto manejo de agua y electrolitos, la NPT debe hacerse teniendo en cuenta el aporte de electrolitos (fundamentalmente sodio) y fluidos presentes en el tratamiento durante esta etapa inicial ya que la administración de exceso de fluidos puede llevar a hiponatremia y sobrecarga de volumen; sin embargo, lo contrario podría llevar a hipernatremia y deshidratación, como alteraciones electrolíticas más habitualmente observadas. De esta forma, los trastornos electrolíticos producidos en el entorno hospitalario por la administración de medicamentos con electrolitos en su composición podrían ser prevenidos conociendo los electrolitos aportados tanto en una nutrición como en determinados medicamentos.²¹</p>	<p>paciente y hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>
<p>Enseñanza individual: -Brindar educación para la</p>	<p>A.E.</p>	<p>La deshidratación leve puede producir síntomas como sed, dolor de cabeza, debilidad, mareos y fatiga y</p>	<p>Se le proporcionó al paciente información de manera</p>

<p>salud al paciente sobre los signos y síntomas que indican la presencia de deshidratación así como la importancia del tratamiento que ha de seguir en caso de que ya se encuentre deshidratado.</p>		<p>generalmente provoca cansancio y somnolencia. Los síntomas de una deshidratación moderada incluyen sequedad de boca, poco o ningún volumen de orina, pesadez, un pulso cardíaco rápido y falta de elasticidad de la piel. La deshidratación grave es una emergencia médica potencialmente letal, y está caracterizada por sed extrema, falta de volumen de orina, aceleración de la respiración, alteración del estado mental y piel fría y húmeda.²²</p>	<p>verbal sobre los signos y síntomas de deshidratación (piel y mucosas deshidratadas, somnolencia o cansancio, polidipsia, poliuria, dolor de cabeza, estreñimiento, mareos, ojos hundidos, hipotensión, taquicardia, taquipnea, irritabilidad, delirio e inconsciencia), se le permitió expresar sus dudas e inquietudes al respecto y se le dio la oportunidad de preguntar en situaciones posteriores para aclarar sus dudas.</p>
---	--	---	---

DIAGNÓSTICO	Alteración en la nutrición R/C baja ingesta de alimentos, dieta hipograsa seca M/P incapacidad para digerir los alimentos y absorber los nutrientes.		
DEFINICIÓN	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.		
OBJETIVO	Mejorar el estado nutricional.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Asesoramiento nutricional: -Identificación de las conductas alimentarias que favorezcan la ingesta de alimentos. -Valorar los esfuerzos realizados por el paciente para conseguir el objetivo del diagnóstico. -Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos de alimentos básicos, así como, la percepción de la	P.C. P.C. T.C.	La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de ésta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria, en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados. ²³ Las personas que presentan una autoestima alta, muestran un control de sus impulsos mayor, con más frecuencia se auto refuerzan, se auto afirman y muestran una actitud positiva hacia su propio cuerpo. La baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con	Se logró establecer una relación efectiva entre la enfermera y el paciente que permitiera llevar a cabo las demás intervenciones de Enfermería. Se motivó al paciente para mantener las conductas alimentarias (acudir puntual al llamado para las comidas, consumir en su totalidad todas las comidas, etc.) que favorezcan la ingesta de los alimentos, posteriormente se le reconocieron los esfuerzos por mostrar

<p>necesaria modificación de la dieta.</p> <p>-Informar al paciente sobre el tipo de dieta prescrita y los suplementos nutricionales.</p>	<p>A.E.</p>	<p>trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas.²⁴</p> <p>El Plato del Bien Comer es una representación gráfica de los grupos de alimentos que funciona como guía alimentaria. El principal objetivo de El Plato del Bien Comer es servir como ayuda visual en las actividades de orientación alimentaria en las que es necesario y útil ilustrar la agrupación de los alimentos. En la NOM-SSA2-043-2005 se describen los aspectos que deben considerarse siempre que se brinde información de alimentación y nutrición a la población mexicana.²⁵</p> <p>Los suplementos alimenticios son por definición productos elaborados a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no con vitaminas o minerales cuya presentación puede ser de forma farmacéutica, y que tiene la finalidad de incrementar la ingesta dietética total, complementarla</p>	<p>disposición para mejorar su estado nutricional. Se le proporcionó información de manera verbal sobre el plato del bien comer y con el recurso didáctico de la imagen (anexo 3), con el objetivo de hacer una comparación con el tipo de dieta que tiene prescrita y los suplementos nutricionales, con el fin de dar a conocer la razón de la necesaria modificación de su dieta. El paciente manifestó comprender la información, sin embargo se le dio la oportunidad y confianza para aclarar dudas posteriores sobre dicho tema.</p>
---	-------------	--	---

		o bien suplir algún componente. ²⁶	
<p>Manejo de la nutrición:</p> <p>-Crear un ambiente agradable a la hora de la comida.</p> <p>-Determinar las preferencias de comidas del paciente.</p> <p>-Sugerir al equipo multidisciplinario variar el menú diario del paciente que aplique dentro del tipo de dieta establecida y así facilitar la ingesta de los alimentos.</p> <p>-Corroborar en las indicaciones médicas el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.</p>	P.C.	El punto central de la alimentación adecuada para mejorar la salud está en la forma de cocinar los alimentos, seguida por los ejercicios y el estilo de vida. Cada día se puede escoger los tipos de	El paciente consume su desayuno en el comedor designado para todos los pacientes del servicio, con ello se fomenta la convivencia y un ambiente agradable a la hora de consumir los alimentos.
	P.C.	alimentos que se quieran comer, cómo se cocinaran, que debe ser preferiblemente: hervidos, asados, al horno, al vapor, y tratar siempre de evitar o disminuir	
	P.C.	los alimentos fritos. Además, la cantidad que se comerá y la calidad de los productos a usar, que deben ser lo más naturales y orgánicos posible. De esta manera la alimentación diaria tiene el poder de mejorarnos o de hacer que no enfermemos. Se puede mantener la salud o acelerar su declinación. ²³	Se le permitió al paciente mencionar los alimentos que le agradan y con ello tener la oportunidad de sugerir al equipo multidisciplinario variar el menú diario. Sin embargo
	T.C.	La necesidad nutricional de un individuo es relativa. La evaluación calculada de las necesidades de nutrición de la persona depende de factores como la altura, el peso, el sexo, la edad, la morfología individual, la actividad, el trabajo, el clima, el estado de salud y las condiciones de vida. Por otro lado,	los encargados de proporcionar las dietas comentaron que ya tienen los menús establecidos y no pueden hacer modificaciones en ellos.
	T.C.		

<p>-Supervisar la ingesta y los hábitos alimentarios.</p> <p>-Pesar al paciente una vez al día para vigilar las tendencias de pérdida o ganancia de peso.</p> <p>-Hacer los registros correspondientes del peso e IMC en la hoja de Enfermería.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>entendemos por dieta equilibrada aquella en la que además de respetarse las necesidades alimenticias cualitativas y cuantitativas de un sujeto, existe una correcta proporción entre los diversos nutrientes. Normalmente, en una alimentación variada se conservan las proporciones adecuadas.²⁷</p> <p>La valoración nutricional es una metodología que tiene como objetivos: a) Determinar los signos y síntomas clínicos que indiquen posibles carencias o excesos de nutrientes, b) Medir la composición corporal del sujeto, c) Analizar los indicadores bioquímicos asociados con malnutrición, d) Valorar si la ingesta dietética es adecuada, e) Valorar la funcionalidad del sujeto, f) Realizar el diagnóstico del estado nutricional, g) Identificar a los pacientes que pueden beneficiarse de una actuación nutricional, y e) Valorar posteriormente la eficacia de un tratamiento nutricional; para ello debe incluir tres aspectos muy importantes: una valoración global, estudio de la dimensión y composición corporal.²⁸</p>	<p>Se estableció rectificar diario en las indicaciones médicas el tipo y cantidad de la dieta establecida. La dieta para el paciente es Hipograsa seca.</p> <p>Se supervisó al paciente durante el consumo de su desayuno con el fin de observar la cantidad ingerida y los hábitos alimentarios que acostumbra. Se observó que el paciente tiene buen apetito, consumió todos sus alimentos e incluso manifestó quedar insatisfecho.</p> <p>Se estableció la importancia de vigilar la variación diaria del peso del paciente para identificar las tendencias de pérdida o ganancia del</p>
---	-------------------------	---	--

	<p>Todos los pacientes con (FE) están en riesgo nutricio y deben someterse a una evaluación completa y un plan de tratamiento nutricio, por ello es importante evaluar indicadores como el porcentaje de pérdida de peso ya que más de 5% en un mes o 10% en 6 meses es clínicamente significativo y afecta negativamente el estado nutricio; más de 20% de pérdida de peso habitual en 6 meses o menos, puede terminar en falla fisiológica severa.²⁹</p> <p>El índice de masa corporal clasificándolo de acuerdo a lo establecido por la OMS es: bajo peso: IMC menor a 18,4; peso normal: IMC de 18,5 a 24,9; sobrepeso de 25 a 29,9; obesidad grado 1: de 30 a 34,9; obesidad grado II de 35 a 39,9 y obesidad grado III o mórbida igual o mayor a 40 kg/m².³⁰</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada</p>	<p>mismo. Presentó un peso de 55 kg y un IMC 19.0 kg/m² Normal. Se realizó el registro correspondiente en la hoja de Enfermería.</p>
--	---	---

		<p>persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.³¹</p>	
<p>Terapia nutricional: -Supervisar la ingesta de suplementos nutricionales prescritos. -Comprobar mediante los 5 correctos la administración de la bolsa de NPT. -Mantener una técnica estéril durante la</p>	<p>T.C. T.C. T.C.</p>	<p>Los suplementos alimenticios son por definición productos elaborados a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no con vitaminas o minerales cuya presentación puede ser de forma farmacéutica, y que tiene la finalidad de incrementar la ingesta dietética total, complementarla o bien suplir algún componente.²⁶</p> <p>La seguridad del paciente se define como la ausencia</p>	<p>Se estableció rectificar diario en las indicaciones médicas la ingesta de los suplementos nutricionales prescritos (Ensure y Glutapak).</p> <p>Se estableció rectificar diario en las indicaciones médicas la administración de la NPT, posteriormente, utilizando</p>

<p>administración de la NPT, cambiando los equipos de acuerdo a las normas establecidas.</p> <p>-Comprobar la solución NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según órdenes.</p> <p>-Utilizar bomba de infusión.</p> <p>-Vigilar los niveles de albúmina, proteínas totales.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad.³²</p> <p>De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012 que constituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos, la Nutrición Parenteral (NP) consiste en el aporte de nutrientes al organismo por una vía venosa y, que por distintas circunstancias posee un balance nitrogenado negativo, por tanto, los nutrientes entran directamente al torrente circulatorio</p>	<p>los 5 correctos administrarla; utilizando una técnica estéril en el manejo y administración de la misma y para mantener un estricto control de ingresos se utilizar la bomba de infusión. Se estableció rectificar en las indicaciones médicas los componentes correctos de la NPT para satisfacer las necesidades metabólicas del paciente: Nutrición Parenteral de 2050 ml intravenoso para 24 horas. Se valoraron los niveles de albúmina (2.10 g/dl) y proteínas totales (5.7 g/dl) en los laboratorios, se observó que se encuentran por debajo de los</p>
--	-------------------------------------	--	--

	<p>obviando el proceso digestivo y el filtro hepático. En general se utiliza en los pacientes que no son candidatos a nutrición enteral o que están malnutridos o tienen riesgo elevado de desarrollar malnutrición.³³</p> <p>Se le denomina técnica estéril al conjunto de acciones que incluye el lavado meticuloso de las manos con jabón antiséptico, uso de barreras estériles, como: campos quirúrgicos, guantes estériles, mascarilla simple cubre-bocas el uso de todo el instrumental estéril así como la utilización de antiséptico para preparación de la piel.³³</p> <p>La albúmina y las globulinas son proteínas totales (completas), tienen prácticamente todos los aminoácidos. La albúmina es la proteína principal del plasma humano (3.8 a 4.8 g/dL), desempeña la importante labor en un 75 - 80% de la presión oncótica del plasma humano. Otra de las funciones importantes de la albúmina es la de permitir el transporte de ácidos grasos, hormonas esteroideas,</p>	<p>parámetros normales. (anexo 3)</p>
--	--	---

		<p>bilirrubina, catecolaminas, como también algunos fármacos. Entre las globulinas tenemos las alfa - globulinas, beta- globulinas y gama globulinas, parte de las globulinas realizan función de anticuerpos, por lo tanto son importantes en el papel inmunológico.³⁴</p>	
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	Riesgo de infección R/C Fístula Enterocutánea (FE), procedimientos invasivos (Catéter Venoso Central).		
DEFINICIÓN	Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.		
OBJETIVO	Disminuir el riesgo de infección.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Protección contra las infecciones:</p> <p>-Identificar factores de riesgo (usuario comprometido, integridad de la piel, exposición ambiental).</p> <p>-Valorar constantes vitales y registrarlas en la hoja de</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>Los diversos factores que intervienen en la génesis de la infección de heridas están relacionados con el ambiente, el huésped, la sala de operaciones, la cirugía y los microorganismos involucrados para permitir la infección. Algunos de los factores de riesgo observados en la infección de herida son: Factores intrínsecos; infección en lugar remoto de la herida, alteraciones inmunológicas por regímenes terapéuticos, enfermedades crónicas, trastornos</p>	<p>Por medio de la valoración inicial se identificaron los factores de riesgo del paciente y los del medio ambiente que le pudieran provocar una infección y con ello tener una visión más amplia para decidir las intervenciones posteriores.</p>

<p>Enfermería.</p> <p>-Recuento de leucocitos en los laboratorios.</p> <p>-Mantener una higiene corporal del paciente y ambiental estricta.</p> <p>-Vigilancia regular de los cambios que presente la apariencia de la (FE).</p> <p>-Vigilar signos y síntomas de infección (existencia de enrojecimiento, calor extremo, drenaje en la piel, y las membranas mucosas).</p> <p>-Aplicar la Meta Internacional para la Seguridad del Paciente No. 5 “Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica”.</p>	<p>T.C.</p> <p>P.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>nutricionales (obesidad, desnutrición), el hábito de fumar y dentro de los factores extrínsecos; técnica quirúrgica inadecuada, duración prolongada de la cirugía, hospitalización prolongada, inadecuado lavado de manos, vestuario quirúrgico inadecuado, rasurado inadecuado, climatización y la esterilización inadecuada, antibiótico profiláctico inadecuado. Para definir el tipo de infección postquirúrgica, debe tomarse en cuenta el tipo de herida de acuerdo a la clasificación de las heridas; limpias, limpias-contaminadas, contaminadas y sucias o infectadas.³⁵</p> <p>Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Cualquier alteración de los valores normales, orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por ende se debe sospechar de un estado mórbido.³¹</p>	<p>Se determinó el registro de las constantes vitales una vez por turno en la hoja de Enfermería, siempre con la posibilidad de revalorarlos en caso de sospecha o presencia de datos de infección; durante la valoración inicial el paciente presentó cifras dentro de los parámetros normales:</p> <p>Frecuencia cardíaca: 96 latidos por minuto.</p> <p>Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.</p> <p>Tensión arterial: 110/70 mmHg. Temperatura: 36.5 °C.</p> <p>Se revisó en los laboratorios (anexo 3) el número de leucocitos (8.7 X10e3/uL),</p>
---	---	--	---

<p>-Aplicar los 5 momentos para la higiene de las manos.</p>	<p>Los leucocitos, son células sanguíneas que se originan en la médula ósea. Conforman el sistema inmunitario y permiten combatir las infecciones al defender al organismo de bacterias o virus. Estas células se encuentran en la sangre, los ganglios, el bazo, las amígdalas, las adenoides y en la linfa. El número de glóbulos blancos presentes en el organismo es de 4.000 a 10.000/m³. Se habla de una "hiperleucocitosis" cuando la cantidad de glóbulos blancos es superior a 10.000/m³. Se habla de una "leucopenia" cuando la cantidad de glóbulos blancos es inferior a 4.000/m³. Existen 3 tipos de leucocitos: los polinucleares, los linfocitos y los monocitos.³⁶</p> <p>La higiene personal del paciente tiene como objetivo conservar la piel y las mucosas para facilitar sus funciones protectoras. Constituye una de las bases de la prevención de infecciones hospitalarias. La limpieza previa de la piel es imprescindible para la aplicación de antisépticos eficaces.³⁷</p>	<p>observando que se encontraba dentro de los parámetros normales, sin embargo, se determinó estar en constante monitoreo con el fin de prevenir alguna infección.</p> <p>Se estableció y se le informó al paciente de la importancia de mantener la mayor higiene posible de su persona y del espacio en donde se encuentre la mayor parte del tiempo. El manifestó estar de acuerdo y saber la importancia de la información.</p> <p>Se estableció estar en constante observación de los cambios que presente la (FE) y la piel periférica a la</p>
--	---	---

	<p>La sepsis en estos pacientes es una regla con muy escasas excepciones. Pueden manifestarse de forma localizada (absceso), generalizada (peritonitis), sepsis del sitio operatorio y focos extrabdominales (abscesos esplénicos, hepáticos y endocarditis). La desnutrición que acompaña al cuadro predispone al paciente a reiterados episodios de sepsis sistémica, la cual, no controlada, constituye hoy la principal causa de muerte de estos pacientes.¹⁶</p> <p>El propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia, como en el conocimiento de expertos. La MISP No. 5 tiene como objetivo Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través</p>	<p>misma, para con ello detectar a tiempo signos y síntomas de infección.</p> <p>Como fundamentación para las intervenciones de enfermería se decidió tomar la MISP No. 5 al igual que los 5 momentos para la higiene de las manos, considerando la importancia de ambas para la prevención de infecciones.</p>
--	--	---

		<p>de un programa efectivo de lavado de manos.³⁸</p> <p>Según el modelo de “Los cinco momentos para la higiene de las manos” de la OMS, corresponden con los cinco momentos esenciales en los que se requiere realizar la higiene de las manos durante la prestación de la asistencia sanitaria. El contacto directo e indirecto (por medio de un objeto intermedio o líquido corporal) con el paciente justifica la necesidad de una o más indicaciones para la higiene de las manos antes y después del contacto, con el fin de impedir la transmisión al paciente, al personal de salud o al área sanitaria.³⁹</p>	
<p>Cuidados de la (FE) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inspeccionar la (FE) cada vez que se realiza el cambio de vendaje. -Realizar curación 1 vez por día. -Mantener una técnica aséptica siempre que se 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>La sepsis es la complicación principal de las (FE). Se presenta como consecuencia de la presencia de tejido necrótico que se infecta por microorganismos de la flora intestinal y por estafilococos. La sepsis a su vez afecta la cicatrización, pues provoca hipoperfusión e hipoxia; los infiltrados celulares, específicamente neutrófilos, dañan tejidos debido a la liberación de enzimas lisosomales y de radicales libres; aumenta la</p>	<p>Se estableció estar al pendiente de los cambios que presente la (FE) y la piel periférica a la misma, utilizando las medidas de asepsia correspondientes para realizar la curación, haciendo el cambio de</p>

<p>manipule la (FE).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retirar gasas, apósitos y vendaje contaminados y limpiar la excreción de la (FE). -Limpiar la (FE) con jabón quirúrgico y solución salina. -Aplicar antiséptico según prescripción. -Aplicar polvo protector adecuado a la piel. -Mantener la región limpia y seca y evitar la contaminación con otros líquidos o sustancias corporales. -Mantener libre la (FE) de fuentes de presión o fricción excesivas. - Anotar las características 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>P.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>presencia de citocinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral α (TNF-α), que incrementan la producción de óxido nítrico promoviendo la inestabilidad vascular.²⁴</p> <p>Se define curación, como el conjunto de técnicas que se realizan sobre una herida, considerando la misma desde la valoración y seguimiento, limpieza y aplicación de antisépticos hasta la colocación del apósito y el posterior registro de las actividades. Los objetivos de la curación de heridas son: Favorecer la cicatrización de la herida. Prevenir, controlar o eliminar la infección. Proteger la herida de daños adicionales. Proteger la piel circundante de infecciones y traumatismos. Aportar la mayor comodidad posible al paciente.⁴⁰</p> <p>Se denomina técnica aséptica al conjunto de acciones utilizadas en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos que incluye: lavado</p>	<p>gasas, apósitos y vendaje una vez por día o las veces que sean necesarias.</p> <p>Fue necesario establecer los materiales (jabón quirúrgico y solución salina) y la técnica (del centro a la periferia) con los que se realizara la curación, ya que se identificó que no se hacía de la manera correcta. Se estableció aplicar antiséptico (Accuaseptic) después de la curación y polvo protector (Stomahesive) para proteger la piel.</p> <p>Se reconoció la importancia de mantener la región lo más limpia y seca que fuese posible, aun considerando que se tratara de una herida</p>
---	---	--	---

<p>de la (FE), del líquido drenado y de la piel periférica.</p> <p>-Hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>	<p>T.C.</p>	<p>de manos con solución antiséptica, uso de guantes, mascarilla simple (cubre-boca) y solución antiséptica en el sitio a manipular.²⁸</p> <p>La solución salina estéril o suero fisiológico (0,9%) es la solución para la limpieza de heridas preferida debido a que es una solución isotónica y no interfiere con el proceso de cicatrización normal, no daña los tejidos, no causa sensibilidad o alergias y no altera la flora de la piel, lo que podría permitir el crecimiento de microorganismos más virulentos.⁴⁰</p> <p>Un antiséptico es un producto químico que se aplica sobre los tejidos vivos con la finalidad de eliminar los microorganismos patógenos o inactivar los virus. No tienen actividad selectiva ya que eliminan todo tipo de gérmenes.⁴⁰</p> <p>En la realización de la cura de heridas quirúrgicas se deben tomar una serie de precauciones, entre las que cabe destacar el importante mantenimiento de la</p>	<p>contaminada por el tipo de excreción que produce.</p> <p>Se informó al paciente no tener la (FE) bajo presión o fricción en exceso y se estableció poner énfasis en este detalle al colocar el vendaje, para evitar lesiones innecesarias en la piel.</p> <p>Se estableció registrar después de la curación en la hoja de Enfermería, las características de la (FE), del líquido drenado y la piel periférica con el fin de llevar un control estricto de los avances o complicaciones que se presentaran y actuar en base a ello.</p>
--	-------------	---	--

	<p>esterilidad, cuya finalidad es evitar al máximo cualquier contaminación de la herida, mientras que donde ya está presente, su fin es evitar que se extienda a otras zonas de la lesión, a otros pacientes o incluso al personal. Para evitar la infección debemos conocer que las principales vías de contagio son la vía aérea, la infección cruzada desde heridas de otro paciente o desde otras heridas en distinta localización del mismo paciente mediante material contaminado.⁴⁰</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven</p>	
--	--	--

		como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal. ²⁶	
<p>Valoración del estado de la piel:</p> <p>-Vigilar lesiones, abrasiones, erupciones, maceraciones ó reacciones alérgicas a causa de la excreción o del roce.</p> <p>-Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</p> <p>-Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (horario de cambio de posición, posición correcta, confort).</p> <p>-Hacer los registros</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>A.E.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>Los problemas cutáneos debido a las secreciones digestivas, por su PH y contenido enzimático y de bacterias provoca una dermatitis por irritación química, que además, de producir considerable incomodidad al paciente puede llevar a la destrucción parietal.¹⁶</p> <p>Al hablar de hidratación cutánea se suele hacer referencia fundamentalmente a la cantidad de agua presente en la epidermis. En condiciones ideales el contenido de agua en la epidermis debe ser de un 10-20%. La piel deshidratada se muestra apagada, rugosa, tirante y falta de flexibilidad. Puede también producir sensación de tirantez y presentar escamas diseminadas por toda su superficie y arrugas finas (estrías de deshidratación), apareciendo a menudo, picor y escozor. La manifestación de esta</p>	<p>Se tomaron medidas específicas como la identificación de lesiones causadas por el roce del vendaje o por la excreción, además de signos y síntomas de infección, observar los extremos de sequedad o humedad en la (FE) y piel periférica.</p> <p>Además se plantearon acciones que ayudaran a minimizar el deterioro de la integridad tisular, educando al paciente a mantener posiciones que le ayuden a no dirigir el gasto de la</p>

<p>correspondientes en la hoja de Enfermería</p>		<p>deshidratación cutánea se denomina xerosis.⁴¹</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.²⁶</p>	<p>fístula hacia la piel periférica y con ello aumentar su grado de confort.</p> <p>Se estableció hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>
<p>Cuidados del Catéter Venoso Central: -Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter.</p>	<p>T.C.</p>	<p>Se denomina técnica aséptica al conjunto de acciones utilizadas en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos que incluye: lavado de manos con solución antiséptica, uso de guantes,</p>	<p>Se consideró la importancia de mantener una técnica aséptica siempre que se manipulara el Catéter Venoso Central, realizar la</p>

<p>-Curación cada 72 horas o cuando el apósito transparente este manchado, despegado o húmedo.</p> <p>-Cuidados del sitio de incisión.</p> <p>-Limpiar la zona del Catéter Venoso Central y la piel periférica al mismo, siempre que sea preciso con clorhexidina y/o otras soluciones apropiadas.</p> <p>-Hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>maskarilla simple (cubre-boca) y solución antiséptica en el sitio a manipular.²⁸</p> <p>De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, que constituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión de los Estados Unidos Mexicanos, los equipos de infusión deberán ser cambiados cada 24 horas si se está infundiendo una solución hipertónica: dextrosa al 10%, 50% y NPT, y cada 72 horas en soluciones hipotónicas e isotónicas. En caso de contaminación o precipitación debe cambiarse inmediatamente.²⁸</p> <p>Las principales complicaciones relacionadas con la inserción de catéteres venosos centrales se dividen en mecánicas e infecciosas, destacando las infecciosas por su impacto en la morbimortalidad y por los costes asociados, con tasas de mortalidad atribuible que oscilan entre un 20-35%, con prolongación de la hospitalización (media de 7 días) y el consiguiente incremento del coste. Los tipos de</p>	<p>curación del mismo cada 72 horas, o las veces que fuese necesario si el apósito transparente no se encontrara en optimas condiciones o si se observaran datos de secreción en el sitio de inserción o algún otro signo o síntoma de infección.</p> <p>Se establecieron los materiales y la técnica específica para realizar la curación.</p> <p>Se reconoció la importancia de hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería de los días de curación y de las condiciones en las que se encuentra el catéter.</p>
---	---	--	--

		<p>infección asociada al catéter pueden ser locales o sistémicas, y éstas últimas derivan en complicaciones graves como endocarditis, meningitis, osteomielitis o shock séptico.⁴²</p> <p>La colonización del catéter se produce generalmente desde la piel o la conexión del mismo y se relaciona con factores como el material del catéter, la ubicación (mayor frecuencia de complicaciones infecciosas en CVC femorales y yugulares frente a subclavia), el número de luces, el tipo de inserción, la duración del mismo y las características del paciente. La administración de NPT por el CVC conlleva un aumento del riesgo de bacteriemia y/o infección local. En la gran mayoría de los casos (> 75%) el microorganismo causal es un Gram positivo, seguido de los Gram negativos (10-15%) y levaduras (5-10%).⁴²</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la</p>	
--	--	---	--

		<p>planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.²⁶</p>	
<p>Orientación sobre las infecciones : -Orientar al paciente para detectar cualquier cambio producido en la (FE). -Orientar al paciente a mantener la región de la (FE) limpia, seca y evitar la contaminación con</p>	<p>A.E. A.E.</p>	<p>El contenido entérico derramado compromete la integridad de los distintos planos de la pared abdominal e impide la cicatrización. La primera consecuencia en este aspecto es habitualmente una dermatitis por irritación química seguida rápidamente de infección del resto de los planos celular y músculoaponeuróticos que, de no controlarse rápidamente, puede culminar en la destrucción de la pared abdominal. En las fístulas de la porción alta del</p>	<p>Se le explicó al paciente la importancia de mantener lo más limpia y seca la región de la (FE) y mantenerla cubierta con el vendaje colocado de la manera correcta, además, estar al pendiente de cualquier cambio que observara en la</p>

<p>otros líquidos o sustancias corporales.</p> <p>-Alentar al paciente a mantener una higiene corporal estricta.</p> <p>-Enseñar al paciente las medidas de asepsia.</p> <p>-Informar al paciente los signos y síntomas de infección.</p> <p>-Orientar al paciente a mantener la región del Catéter Venoso Central limpia y seca y evitar la contaminación con otros líquidos o sustancias corporales.</p>	<p>A.E.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<p>tubo digestivo predomina la acción química sobre la bacteriana, inversamente a lo que sucede en las fístulas bajas.⁴³</p> <p>La higiene personal del paciente tiene como objetivo conservar la piel y las mucosas para facilitar sus funciones protectoras. Constituye una de las bases de la prevención de infecciones hospitalarias. La limpieza previa de la piel es imprescindible para la aplicación de antisépticos eficaces.³⁷</p> <p>Se denomina técnica aséptica al conjunto de acciones utilizadas en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos que incluye: lavado de manos con solución antiséptica, uso de guantes, mascarilla simple (cubre-boca) y solución antiséptica en el sitio a manipular.²⁸</p> <p>Dentro de los signos y síntomas de infección, la fiebre es el síntoma más frecuente. También se puede</p>	<p>(FE), en la piel periférica o en el líquido drenado, se le indicó hacerlo a la hora de realizar el baño, así mismo, solo dejar correr el agua de la regadera a chorro sobre la herida para posteriormente hacer la curación. Con ello se enfatizó en la importancia de mantener una higiene corporal estricta.</p> <p>Se enseñó al paciente las formas para mantener lo más limpia posible la (FE) y el vendaje, además de la técnica correcta del lavado de manos con agua y jabón y con solución alcoholada realizándolo antes y después de manipular la (FE) o material que tuviera contacto</p>
--	---	--	--

	<p>acompañar de signos de inflamación local, eritema, induración o pus. En ocasiones las manifestaciones revisten mayor gravedad, pudiendo causar sepsis.⁴⁴</p> <p>Los procedimientos que han demostrado tener un mayor impacto en la reducción de las infecciones relacionadas con catéteres son la higiene de manos, el uso de barreras asépticas máximas durante la inserción y asepsia de la piel del punto de inserción con clorhexidina al 2% y ante cada manipulación del mismo. Además deben retirarse todos los CVC que no sean necesarios.⁴²</p>	<p>con la misma.</p> <p>Se le brindó información de manera verbal de los signos y síntomas de infección.</p> <p>También se le explicó la importancia de mantener en óptimas condiciones la región del Catéter, identificar e informar en caso de que fuera necesario.</p>
--	--	---

DIAGNÓSTICO	Alteración en el ciclo de descanso y sueño R/C excreción irritante de la (FE), movilidad limitada al dormir M/P insomnio, falta de energía, bostezos, disconfort, informe verbal de dificultad para conciliar el sueño, dolor en la piel periférica (EVA de 5 puntos).		
DEFINICIÓN	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.		
OBJETIVO	Disminuir el nivel del dolor. Fomentar la calidad y cantidad del sueño.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN

<p>Manejo del dolor:</p> <p>-Valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes.</p> <p>-Valorar y revalorar el dolor por medio de la escala de EVA y hacer el registro correspondiente en la hoja de Enfermería.</p> <p>-Observar expresiones verbales y no verbales de dolor.</p> <p>-Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor).</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>La Asociación Internacional del Dolor ha definido a esta entidad como una experiencia sensorial subjetiva y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial. El dolor es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual.⁴⁵</p> <p>La medición del dolor, se conduce mediante la escala visual análoga (EVA), que evalúa de manera subjetiva la intensidad o severidad del dolor percibido, tanto crónico como agudo, permitiendo al paciente expresar la severidad de su dolor y posibilitando obtener un valor numérico del mismo, donde en una línea de 0 a 10 cm se señala el dolor, considerando a 0 como ausencia y a 10 cm como el peor dolor posible.⁴⁶</p> <p>Teniendo en cuenta la necesidad práctica de evaluar el dolor en los pacientes adultos, parece imprescindible la valoración adicional de aspectos</p>	<p>Se estableció valorar de forma minuciosa las características del dolor para realizar las intervenciones de Enfermería adecuadas.</p> <p>Se estableció valorar y revalorar durante el turno por medio de la escala de EVA el dolor y anotarlo en la hoja de Enfermería con el fin de tener el registro específico de las variaciones que presentara. Manifestó un puntaje de 5/10 en la escala EVA. Además, se observaron las expresiones verbales y no verbales que manifestó el paciente para compararlo con el número de la escala EVA y tener un parámetro más amplio para</p>
---	---	--	--

		<p>emocionales, afectivos, de comportamiento, así como el tener en cuenta otras variables implicadas como estado de ánimo, estrés y ansiedad, entre otras con objeto de delimitar con mayor detalle los factores asociados a la administración de analgesia. El correcto manejo del dolor por parte del equipo multidisciplinario mejora la calidad de vida de los pacientes.⁴⁶</p>	<p>establecer las intervenciones posteriores. Se estableció valorar el impacto del dolor sobre la calidad de vida del paciente, ya que, el dolor se manifiesta al contacto del gasto de la (FE) sobre la piel periférica a la misma, esto con el fin de mantener al paciente en confort y evitar más complicaciones que lo hagan adoptar actitudes perjudiciales para su salud.</p>
<p>Administración de analgésicos: -Comprobar las indicaciones médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p>	<p>T.C.</p>	<p>La terapéutica del dolor se basa en el bloqueo de las vías nerviosas que llevan la información de la lesión provocada hasta el cerebro y así, evitar la percepción del dolor. Es por ello que los analgésicos, ya sean tipo AINES (antiinflamatorios no esteroideos), o analgésicos narcóticos como los opioides exógenos, bloquean alguna estructura de la vía nociceptiva.⁴⁷</p>	<p>Se estableció revisar las indicaciones médicas sobre la administración del medicamento analgésico (Paracetamol 1 gr intravenoso por razón necesaria), además de</p>

<p>-Utilizar los 7 correctos como fundamentación para la administración de los medicamentos.</p> <p>-Administración de Paracetamol 1 gr intravenoso por razón necesaria.</p> <p>-Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</p> <p>-Hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad.³²</p> <p>El paracetamol es un medicamento que se utiliza para el tratamiento sintomático del dolor de intensidad leve o moderada y la fiebre. La dosis máxima diaria recomendada es de 4g (ocho tabletas de 500 mg).⁴⁸</p> <p>Del paracetamol se describen las siguientes reacciones secundarias: erupciones cutáneas,</p>	<p>utilizar como fundamentación para las intervenciones los 7 correctos, con el fin de llevar a cabo una administración sin algún tipo de error, por ello también se estableció como prioridad monitorizar cualquier manifestación de reacción adversa después de que por razón necesaria se administre el analgésico. Posteriormente se revaloró por medio de la escala de EVA la intensidad del dolor, obteniendo un puntaje de 2/10. Se hicieron los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>
--	---	---	--

	<p>lesiones eritematosas o urticaria en forma ocasional. En raras ocasiones ha provocado neutropenia, pancitopenia, metahemoglobinemia, anemia hemolítica y leucopenia, en casos graves puede acompañarse de fiebre y lesiones de mucosas. Puede producir daño hepático, debido a necrosis hepatocelular secundaria a su metabolito circulante (N-acetil-p-benzoquinona).⁴⁹</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y</p>	
--	--	--

		del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal. ²⁶	
Enseñanza individual: -Educar al paciente a vigilar su propio dolor. -Uso de técnicas alternativas para manejo del dolor (relajación, distracción, cambios posturales, estimulación cutánea).	A.E. A.E.	<p>El dolor se considera el evento más estresante y generador de discomfort para un elevado porcentaje de los pacientes. Este se convierte en el principal obstáculo para dormir, pues incrementa la ansiedad e inquietud y deteriora el patrón de reposo.⁵⁰</p> <p>La utilidad de las técnicas alternativas estriba en que conducen a la consecución de un estado de reducción de la activación general del organismo, con lo que esto supone de beneficio, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y psicológica. De hecho, en muchos trastornos y enfermedades está implicado como uno de los factores responsables un exceso de activación. En estos casos, la práctica de las técnicas alternativas no solamente resulta útil, sino que suele estar presente en alguna de sus manifestaciones en el propio procedimiento terapéutico.⁵¹</p>	<p>Se consideró prioritario educar al paciente en el manejo de su propio dolor con el fin de tomar medidas específicas que lo ayuden a minimizar las molestias, se le enseñó a valorar la causa, intensidad, localización, duración, frecuencia, etc.</p> <p>Se le indicó el uso de técnicas alternativas para el manejo del dolor, se le mostraron técnicas como la relajación, cambios posturales, distracción, estimulación cutánea, etc.</p> <p>Se le dio la oportunidad de elegir las técnicas que le parecieran más sencillas y</p>

			que se adaptaran a sus necesidades en el momento en que fueran necesarias. El paciente se mostró interesado y aprendió a realizar las técnicas por sí solo.
<p>Confort:</p> <p>-Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento).</p> <p>-Alentar a que mantenga horarios regulares para dormir y despertarse. Evitar siestas prolongadas.</p>	<p>P.C.</p> <p>P.C.</p> <p>P.C.</p>	<p>La comodidad es un aspecto esencial y sencillo del cuidado de enfermería en el manejo del paciente, aunado a esto, es necesario promover el bienestar psicológico, promoviendo una posición cómoda para dormir, reducir y priorizar el número de actividades de cuidado para evitar interrupciones en el sueño del paciente.⁵⁰</p> <p>El sueño es una necesidad humana fundamental. Es considerado un reloj biológico complejo que funciona sobre un periodo de 24 horas, en el cual se controla una gran cantidad de procesos fisiológicos, como la temperatura, el pulso, la tensión arterial y la secreción hormonal y que, a su vez, sincroniza factores</p>	<p>El paciente refirió que durante algunas noches no puede mantenerse dormido, ya que, al colocarse en decúbito lateral, la excreción de la (FE) le produce irritación en la piel periférica a la misma y debe permanecer en decúbito dorsal, lo cual le produce incomodidad y cansancio en estar la mayor parte de la noche en esa posición. Por tal motivo las intervenciones</p>

<p>-Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.</p>		<p>ambientales como la luz y la oscuridad.⁵⁰</p> <p>En la etapa de transición de la vigilia al sueño, ocupa cerca del 5% del tiempo de sueño en adultos sanos. En esta se presenta una disminución de las constantes vitales. Durante esta fase el sueño es fácilmente interrumpible. Esta etapa dura pocos minutos.⁵⁰</p>	<p>de enfermería para este diagnóstico fueron sólo reforzadas de manera práctica y verbal para que el paciente fuera capaz de realizarlas por si solo durante la noche.</p> <p>Se le enseñó al paciente a utilizar las cobijas y almohadas colocándolas de manera que cumplieran la función de sostener diferentes partes de su cuerpo para mantenerse más cómodo durante las horas de sueño y no necesariamente en decúbito dorsal.</p> <p>Se enfatizó en la importancia de hacer de la hora del sueño una rutina, para tener</p>
--	--	--	--

			presente la necesidad de conciliar el sueño de una manera más sencilla. De esta manera se evitará hacer siestas prolongadas durante el día que pudieran interferir en las horas ideales de sueño durante la noche.
--	--	--	--

DIAGNOSTICO	Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C alteración en el tracto intestinal, dieta hipograsa seca M/P ruidos peristálticos disminuidos, deshidratación.		
DEFINICIÓN	Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.		
OBJETIVO	Mejorar la función gastrointestinal.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Manejo intestinal: -Auscultar 1 vez por turno los ruidos intestinales. -Medir una vez por día el perímetro abdominal.	T.C. T.C.	Los ruidos intestinales son consecuencia de la contracción de la musculatura intestinal y de la movilización de su contenido. Son ruidos suaves, continuos, abundantes y separados por pausas regulares. Lo normal es escuchar como clics o	Se estableció auscultar 1 vez por turno la intensidad de los ruidos intestinales para valorar el movimiento de los intestinos a medida

<p>-Valorar por medio de la escala de EVA el dolor abdominal.</p> <p>-Mantenerse en posición decúbito lateral derecha para favorecer el vaciamiento gástrico y la motilidad gastrointestinal.</p> <p>-Posteriormente colocarse en decúbito lateral izquierdo para evitar el reflujo gastroesofágico.</p> <p>-Hacer el registro correspondiente en la hoja de Enfermería.</p>	<p>T.C.</p> <p>P.C.</p> <p>P.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>gorgoteos regulares, entre 5 a 35 por minuto. Si el intestino contiene líquido y gas, se pueden auscultar ruidos de alto tono -intestino delgado- o cuando el gorgoteo es prolongado y de tono más grave se habla de borborigmo del colon. Para concluir que los ruidos intestinales están ausentes, se deben auscultar unos 3 a 5 minutos.⁵²</p> <p>La Federación Internacional de Diabetes incorporó población no obesa para determinar los puntos de corte de la circunferencia de cintura y redujo los puntos de corte para definir obesidad abdominal, considerando de mayor riesgo cifras > 94 cm para los hombres y > 80 cm para las mujeres. La medición de la circunferencia de cintura debe ser realizada a nivel la línea media axilar, en el punto medio entre el reborde costal y la cresta iliaca, con una huincha plástica no deformable. Se realiza con el paciente en posición de pie, y al final de una espiración normal. Se recomienda realizar al menos 2 mediciones las cuales deben ser promediadas.⁵³</p>	<p>que impulsan los alimentos.</p> <p>Se auscultaron ruidos peristálticos disminuidos, sin embargo el paciente canalizaba gases a través de la (FE).</p> <p>Se estableció medir una vez por día el perímetro abdominal para valorar la presencia de distensión abdominal o datos de desnutrición. Presentó un perímetro abdominal de 70 cm.</p> <p>De acuerdo a la aplicación de la escala del dolor de EVA, se valoró y revaloró el dolor abdominal, con el fin de identificar si existía algún tipo de obstrucción que limitara la actividad</p>
--	---	--	--

	<p>La importancia del uso de la Escala Visual Analógica (EVA), se explica porque la medición del nivel de intensidad del dolor es un predictor significativo de la complejidad del manejo del dolor y del tiempo necesario para obtener un control estable de éste. Siendo la intensidad del dolor, probablemente, la experiencia clínica más relevante, independientemente de la propia enfermedad, por lo que debería ajustarse a una metodología estándar de evaluación. Y tal vez, el criterio más importante de validez para una medida de dolor sea su capacidad para detectar cambios con el tratamiento o en procedimientos que sabemos que los producen.⁵⁴</p> <p>Desde la ingestión del alimento el contenido gástrico tarda unas horas en vaciarse al intestino delgado. Los mecanismos que regulan el vaciamiento del estómago tienen como objetivo la óptima digestión y absorción de esos alimentos. El vaciamiento del quimo sigue un orden determinado, modificándose la velocidad en</p>	<p>intestinal. El paciente no refería dolor abdominal que tuviera como causa alguna obstrucción intestinal, a pesar de que la dieta indicada era Hipograsa seca, se observó que después de ingerir los alimentos comenzaba a excretarlos por la (FE), lo cual indicó que existía actividad intestinal. Sin embargo al tener alteración en el tracto intestinal los ruidos peristálticos se mantuvieron disminuidos.</p> <p>Se sugirió al paciente después de ingerir los alimentos colocarse en decúbito lateral derecho para favorecer el vaciamiento</p>
--	--	--

	<p>función de las propiedades física y químicas de los alimentos ingeridos. Los líquidos comienzan a vaciarse inmediatamente y su velocidad depende de su composición química y su tonicidad. Los sólidos tienen una fase inicial de retardo hasta que su tamaño se reduce a unas dimensiones mínimas que permiten su vaciamiento. El vaciamiento gástrico está determinado, por la motilidad del estomago, los patrones motores de la unión gastoduodenal (píloro) y la motilidad del duodeno proximal.⁵⁵</p> <p>El reflujo gastroesofágico es el paso del contenido gástrico a la porción distal del esófago, siendo en ocasiones asintomático; por lo que se considera normal o fisiológico. Sin embargo, cuando está asociado con síntomas como pirosis, disfagia, tos, crisis de asma o dolor torácico atípico se asocia generalmente a un daño de la mucosa esofágica, oro faringe, laringe, árbol bronquial, y pulmones. Cuando el reflujo es sintomático y se acompaña de estas lesiones se conoce como enfermedad por reflujo</p>	<p>gástrico y favorecer la motilidad gastrointestinal; después colocarse en decúbito lateral izquierdo para evitar el reflujo gástrico. Se estableció hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>
--	---	--

	<p>esófago gástrico. Generalmente se produce por trastorno de los mecanismos que previenen la entrada excesiva de contenido gástrico (ácido, pepsina, y sales biliares) en el esófago distal.⁵⁶</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.²⁶</p>	
--	---	--

DIAGNOSTICO	Riesgo de glicemia inestable R/C aporte dietético (NPT), suplementos alimenticios, pérdida de peso.		
DEFINICIÓN	Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre.		
OBJETIVO	Mantener los niveles de glicemia dentro de parámetros normales.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Identificación de riesgos: -Tomar muestra de sangre capilar una vez por turno. -Vigilar los niveles de glucosa en sangre. -Observar signos y síntomas de hiperglucemia (polidipsia, poliuria, astenia, adinamia, fosfenos) e hipoglucemia (mareos, diaforesis, palidez, polifagia, cefalea, astenia, adinamia, alteración en el estado de conciencia,	T.C. T.C. T.C.	El análisis de la muestra mediante la medición de potenciales eléctricos, proceso conocido como Bioamperometría, en el cual la enzima de glucosa-deshidrogenasa convierte la glucosa en gluconolactona, dicho proceso produce variaciones electrolíticas, las que son la base de la medición hecha por el medidor. ⁵⁷ Los niveles normales de glucosa en sangre en ayunas rondan los 80 mg/dl, pero después de consumir una comida copiosa tan sólo se les permite estar por encima de los 100 mg/dl durante unos 30 minutos. La rápida secreción de insulina es la clave de este control, que por un lado detiene la producción de glucosa por parte del hígado y por otro promueve que el tejido muscular se lleve la glucosa y la almacene	Se rectificó en las indicaciones médicas la toma de glicemia capilar una vez por turno para valorar y vigilar los niveles de glucosa en sangre. En la valoración inicial presentó cifras dentro de los parámetros normales: 90 mg/dl. Se enfatizó en observar los signos y síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia que pudiera presentar.

<p>hormigueo alrededor de la boca, ataques epilépticos).</p>		<p>como glucógeno.⁵⁸</p> <p>Hiperglucemia en ayuno es la elevación de la glucosa por arriba de lo normal >110 mg/dl, durante el periodo de ayuno. La hiperglucemia posprandial, a la glucemia > 140 mg/dl, dos horas después de la comida. La hipoglucemia es el estado agudo, en el que se presentan manifestaciones de tipo vegetativo (sudoración fría, temblor, hambre, palpitations y ansiedad), o neuroglucopénicas (visión borrosa, debilidad, mareos), debido a valores subnormales de glucosa, generalmente <60-50 mg/dl.⁵⁹</p>	
<p>Potenciación de la seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Utilizar técnicas asépticas en la punción. -Puncionar en un dedo diferente cada día de la semana. -Puncionar en los laterales de los dedos. 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>Se denomina técnica aséptica al conjunto de acciones utilizadas en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos que incluye: lavado de manos con solución antiséptica, uso de guantes, mascarilla simple (cubre-boca) y solución antiséptica en el sitio a manipular.²⁸</p> <p>La glicemia capilar se define como la punción que se</p>	<p>Para la realización de la técnica de punción de glicemia capilar se estableció tener especial cuidado en utilizar las técnicas asépticas correspondientes para garantizar que los resultados en las cifras no tuvieran</p>

<p>-Desechar los materiales utilizados de la forma correcta siguiendo lo establecido en la NOM-087 "Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos".</p> <p>-Hacer el registro correspondiente en la hoja de Enfermería una vez por turno.</p>	T.C.	<p>realiza tanto en el pulpejo del dedo de la mano como en el lóbulo de la oreja, con el fin de conocer los niveles de glucosa sanguínea en el paciente.⁶⁰</p> <p>Los residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI) son aquellos materiales generados durante los servicios de atención médica que contienen agentes biológico infecciosos (cualquier microorganismo capaz de producir enfermedades cuando está presente en concentraciones suficientes, en un ambiente propicio, en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada) que puedan causar efectos nocivos a la salud, generados en lugares públicos, sociales o privados. En México, las regulaciones señaladas en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 están dirigidas a proteger el medio ambiente y la salud de la población en general; esta norma marca de manera puntual el adecuado manejo de los RPBI que consiste en identificación, separación, envasado, almacenamiento, acopio, recolección, transporte, tratamiento y disposición final, y al mismo tiempo</p>	<p>interacción de factores externos, además de fomentar la seguridad del paciente y la enfermera siguiendo los estándares establecidos en la NOM-087 "Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos".</p> <p>Se estableció puncionar un dedo diferente cada día de la semana y siempre en los laterales de los mismos, para evitar mayor dolor y pérdida de la sensibilidad de las yemas de los dedos.</p> <p>Se estableció hacer el registro de los resultados de la glicemia capilar en la hoja de Enfermería y con ello se lograr un registro específico</p>
---	------	--	---

		<p>exime de esta obligación a los centros generadores de residuos biológico- infecciosos que generen menos de 25 Kg al mes.⁶¹</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.²⁶</p>	<p>de las variaciones en los resultados de las cifras.</p>
<p>Aumentar los sistemas de apoyo: -Orientación al paciente</p>	<p>A.E.</p>	<p>La Educación para la Salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de</p>	<p>Se orientó de manera verbal al paciente sobre el concepto de glicemia capilar,</p>

sobre el riesgo de glicemia inestable.	los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva. La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. La educación para la salud debe ser una herramienta más del quehacer diario del personal de salud, y convertirse en una parte indivisible entre la relación del individuo y la comunidad con los servicios de salud. ⁶²	los valores normales y la realización de la técnica. Se dio oportunidad para que externara sus dudas al respecto y se proporcionó la confianza de aclarar dudas posteriores sobre el tema.
--	--	--

DIAGNÓSTICO	Baja autoestima R/C actual estado de salud, estancia hospitalaria prolongada M/P llanto, informe verbal de desesperanza.
DEFINICION	Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

OBJETIVO	Fomentar la autoestima.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Potenciación de la autoestima:</p> <p>-Observar las frases del paciente sobre su propia valía.</p> <p>-Animar al paciente a identificar sus virtudes.</p>	<p>T.C.</p> <p>A.E.</p>	<p>Las fuentes interiores de la autoestima son el sentido propio de valía y la confianza en que se es plenamente capaz de enfrentar los desafíos de la vida. Branden explica que una autoestima saludable se sustenta en un doble pilar conformado por la eficacia personal y el respeto a una misma, y si alguno de ellos falta: la autoestima se deteriora.⁶³</p> <p>Cuando una persona goza de una determinada habilidad o capacidad, pero no la reconoce como valiosa, ésta falta de reconocimiento debe bastarle para aplicarse con más ahínco en esa habilidad o capacidad. Si desarrolla con mayor disciplina y esfuerzo esa habilidad o capacidad a la que no le ha dado la importancia debida, su vida será muchísimo más productiva y satisfactoria.⁶⁴</p>	<p>Durante la valoración inicial se observaron conductas y comentarios que el paciente expresó sobre el sentido de importancia que mostraba de sí mismo, por lo cual, se decidió observarlo posteriormente para determinar su bienestar personal, lo cual posiblemente iba a repercutir directamente en las demás intervenciones de Enfermería.</p> <p>Se planeó identificar los días donde el paciente se mostrara más alegre y cooperador para poder dialogar con él sobre la</p>

			identificación de sus virtudes y con ellos fomentar su autoestima, sin embargo, los días donde se mostrara con menor energía e indiferente, también dialogar con él para lograr fortalecer las virtudes antes identificadas y poder utilizarlas como fortalezas.
<p>Mejora de la imagen corporal:</p> <p>-Observar la frecuencia de las frases de autocrítica.</p> <p>-Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.</p> <p>-Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.</p>	<p>T.C.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<p>La autocrítica se define como un proceso que incluye el reconocimiento de los propios errores, el aceptarlos, saber perdonarlos y, por fin, superarlos así como reconocer aquello que se hace bien, que genera satisfacción y sentido de utilidad, sea o no reconocido por los demás: es suficiente con el propio reconocimiento.⁶³</p> <p>Comprende la morfología corporal (belleza, estatura, etc.) y las características fisiológicas (enfermedades físicas o psicológicas, congénitas o adquiridas) Hay que integrar el aspecto físico a la aceptación de</p>	<p>Durante la anamnesis directa con el paciente se observó también la autocrítica que manifestaba. Se concluyó que dependiendo de su estado de ánimo durante el turno, sus comentarios serían positivos o negativos. Sin embargo, todos los días se debería alentar para realizar acciones que mejoraran su</p>

		<p>nuestra personalidad.⁶³</p> <p>La imagen corporal es un constructo complejo que incluye percepciones del cuerpo (componente perceptivo), actitudes, sentimientos y pensamientos (componente cognitivoafectivo), así como las conductas derivadas de estas (componente conductual), contribuyen a la formación del autoconcepto y forman parte de él. En esta compleja construcción de la imagen del individuo, la imposición de un modelo estético origina una inevitable comparación y discrepancia entre el cuerpo ideal (autoimagen ideal del cuerpo) que impone la sociedad y el cuerpo percibido (autoimagen percibida del cuerpo). De esta discrepancia y la comparación negativa puede surgir insatisfacción corporal, considerada una de las causas más destructivas de la autoestima.⁶⁵</p>	<p>aspecto, incluso él mencionó que acostumbraba realizar sus actividades de autocuidado más temprano que el resto de los pacientes y expresaba que eso lo hacía sentir mejor consigo mismo. Se le sugirió utilizar prendas y accesorios de vestir que lo hicieran sentir mejor. Se enfatizó también en dar mayor importancia a sus sentimientos y virtudes antes que al aspecto físico, con el fin de hacerlo sentir más valioso como persona.</p>
<p>Apoyo emocional: -Favorecer la conversación o el llanto</p>	<p>A.E.</p>	<p>La autoafirmación significa respetar mis deseos, necesidades y valores y buscar su forma de expresión adecuada en la realidad. Significa la disposición a</p>	<p>Se permitió al paciente expresar sus sentimientos de manera libre todas las</p>

<p>como medio para disminuir la respuesta emocional.</p> <p>-Ayudar al paciente a reconocer sentimientos que no le favorezcan para elevar su autoestima.</p> <p>-Proporcionar apoyo en la toma de decisiones.</p>	<p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<p>valerme por mí misma, a ser quien soy abiertamente, a tratarme con respeto en todas las relaciones humanas. Está relacionada con la autenticidad.⁶³</p> <p>La autoestima se ha definido como el concepto que tenemos de nuestra valía personal, que involucra todos nuestros sentimientos, pensamientos, actitudes y experiencias que sobre nosotros mismos hemos recogido en el trayecto de nuestra vida. Es así, como el conjunto de evaluaciones, experiencias e impresiones, se correlacionan para formar un sentimiento positivo de nosotros mismos ó por el contrario, un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos ser. La autoestima, es como nuestra propia imagen, a las luz de nuestros valores y metas, es decir, la apreciación que tiene cada persona de sí mismo.⁶⁶</p> <p>El autoconcepto y autoestima juega un papel muy importante en la vida de las personas; la satisfacción de uno mismo los éxitos y fracasos, el bienestar</p>	<p>veces que fuera necesario y se le explicó que podría hacerlo como terapia de desahogo para que posteriormente, con una actitud más serena pudiera dar respuesta a las situaciones adversas o a los sentimientos negativos que estuviera sintiendo en determinado momento. Con lo anterior, dio como resultado que el paciente identificara los sentimientos negativos que le perjudicaban en su forma de valorarse positivamente y posteriormente utilizar sus virtudes como fortalezas.</p>
---	-------------------------	--	---

		psíquico y el conjunto de las relaciones sociales se ven afectados. Tener una autoestima positiva es de la mayor importancia para la vida personal, profesional y social del sujeto. Esto favorece el sentido de la propia identidad, constituye su marco de referencia, desde el cual interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye su rendimiento personal, aumenta sus expectativas, su motivación, contribuyendo así a su salud y equilibrio psíquico. ⁶⁶	
--	--	---	--

DIAGNÓSTICO	Riesgo de caídas R/C 3 puntos en la escala Downton (riesgo moderado).		
DEFINICIÓN	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.		
OBJETIVO	Disminuir el riesgo de caídas.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Identificar las necesidades de seguridad del paciente: -Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.	T.C.	Para obtener un ambiente libre de riesgos deben considerarse acciones preventivas para minimizar los factores riesgosos, los cuales pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Los primeros comprenden las características propias de la persona y los segundos se refieren al entorno hospitalario. ⁶⁷	El paciente comentó que acostumbra caminar por los pasillos del servicio y salir por los alrededores del mismo, llevando siempre la bomba de infusión conectada

<p>-Aplicar la escala de riesgo de caídas (Downton) y revalorarla durante el turno.</p> <p>-Valorar nivel de conciencia (escala de Glasgow).</p> <p>-Hacer el registro correspondiente en la hoja de Enfermería.</p> <p>-Aplicación de semaforización de colores en la cabecera de la cama del paciente para identificar riesgo de caídas.</p> <p>-Orientar al paciente sobre las medidas de seguridad establecidas para evitar caídas.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>A.E.</p>	<p>La Escala de J.H. Downton evalúa caídas previas, medicamentos (ninguno, diuréticos, antiparkinsonianos, hipotensores no diuréticos, antidepressivos), déficits sensitivo-motores (ninguno, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, en miembros como ictus o neuropatías), estado mental (orientado, confuso), marcha (segura con ayuda, insegura con/sin ayuda, imposible), edad (< 65 años o > 65). Asigna calificaciones de 0 y 1, con 2 o más puntos se consideran de alto riesgo.⁶⁸</p> <p>La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una sub escala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las sub escalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los</p>	<p>a su Catéter Venoso Central, por ello se identificaron los factores de riesgo de caída que presenta, tomando en cuenta no solo el interior del servicio sino también sus alrededores. Se le proporcionó la información de forma verbal sobre los riesgos de presentar una caída valorando el entorno y sus conductas; se pudo evaluar la comprensión de la información proporcionada al paciente al detectar acciones de precaución y con ello colaborar con la disminución del riesgo.</p> <p>Por parte de las intervenciones de Enfermería, se identificó la</p>
---	---	---	---

	<p>números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.⁶⁹</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.²⁶</p> <p>Los programas de prevención han demostrado una reducción del número de caídas y de lesiones derivadas de las mismas, por lo que se hace</p>	<p>importancia de valorar y revalorar las escalas de Downton y Glasgow y hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería. Dichas escalas tuvieron una puntuación de 3 (riesgo moderado) y 15 (estado normal) respectivamente. Se utilizó la medida establecida por el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” de tener durante la estancia hospitalaria del paciente, colocado en la parte superior de la cabecera de la cama una tarjeta del color de la semaforización de acuerdo al riesgo de caída que sea</p>
--	---	---

		<p>necesario elaborar un protocolo que ayude a los profesionales sanitarios a identificar el riesgo que tienen los pacientes de sufrir caídas, los factores relacionados y las intervenciones recomendadas para disminuir dicho riesgo, basándonos en las mejores evidencias científicas disponibles.⁷⁰</p> <p>El profesional de Enfermería es quien, directamente, se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado del paciente, además de desarrollar competencias específicas que garanticen un ejercicio basado en los más altos estándares de calidad con enfoque en la seguridad del paciente, ya que su práctica requiere demostrar evidencia de su compromiso con la garantía de calidad en la atención del paciente.⁷¹</p>	<p>evaluado, con el fin de identificarlo con mayor facilidad. En el caso del paciente Julio, se colocó una tarjeta naranja con el letrero “Riesgo Moderado”.</p>
<p>Crear un ambiente seguro para el paciente: -Identificar las</p>	<p>T.C.</p>	<p>Los factores extrínsecos corresponden a los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico o bien elementos de uso personal. Estos contribuyen</p>	<p>Se identificó la importancia de mantener en orden y limpio el cuarto en donde</p>

		inherente a su trabajo y representa el más amplio enfoque de la protección del ser humano. Por lo tanto su atención se centra tanto en la prevención de accidentes y lesiones como en la asistencia a las personas lesionadas. ⁷³	
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	Alteración en el patrón sexual R/C falta de privacidad, incomodidad por la (FE) M/P vergüenza, verbalización del problema.		
DEFINICIÓN	Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.		
OBJETIVO	Orientar al paciente para que logre una sexualidad satisfactoria.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Asesoramiento sexual: -Discutir la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades.	A.E.	La sexualidad es innata al ser humano, una parte de su desarrollo es instintivo y la otra es aprendida. Distinguir entre los aspectos naturales y los condicionamientos sociales que nos imponen determinadas metas y conductas, a menudo, resulta muy difícil. Toda persona en las distintas etapas de su vida enfrenta la contradicción entre la necesidad innata de liberar su energía sexual y las necesidades culturalmente aprendidas que orientan su sexualidad.	Se logró establecer una relación enfermera-paciente basada en la confianza y en el respeto. Se le dio la oportunidad al paciente de expresar sus sentimientos y necesidades de manera libre. Se alentó al paciente para

		<p>La contradicción entre ambas fuerzas marca el desarrollo sexual del individuo. De acuerdo con la manera en que vayamos manejando ambos aspectos, y logremos integrarlos con otras esferas de nuestra individualidad, es lo que, sin dudas, definirá la forma de vivir nuestra sexualidad. En dicho ámbito esto traduce la capacidad de establecer y mantener relaciones, de comunicar nuestras necesidades, gustos y conflictos, el tipo de pareja que se desea establecer, el nivel de aceptación de nuestra imagen corporal, así como la intensidad del disfrute sexual.⁷⁴</p>	<p>expresar esos mismos sentimientos y necesidades a su pareja y con ello lograr un ambiente de confianza y respeto entre ellos para tener una relación sexual completa y satisfactoria. Se desconocen los resultados de esta última intervención ya que el paciente sólo recibió la visita de su pareja 1 vez durante el turno matutino y no hablaron del tema en esa ocasión.</p>
<p>Potenciación de la imagen corporal: -Observar la frecuencia de las frases de autocrítica y percepción de la imagen corporal. -Ayudar al paciente a</p>	<p>T.C. A.E.</p>	<p>La autocrítica se define como un proceso que incluye el reconocimiento de los propios errores, el aceptarlos, saber perdonarlos y, por fin, superarlos así como reconocer aquello que se hace bien, que genera satisfacción y sentido de utilidad, sea o no reconocido por los demás: es suficiente con el propio reconocimiento.⁶³</p>	<p>Se le permitió al paciente expresar libremente su sentir ante la percepción de su imagen corporal y con ello se permitió rescatar sus cualidades para potencializarlas.</p>

<p>identificar acciones que mejoren su aspecto. -Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.</p>	<p>A.E.</p>	<p>La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales.⁷⁵</p> <p>La sexualidad está estrechamente asociada con la realización personal, el estilo de interrelaciones con nuestros semejantes, el proceso de formación de pareja y de familia, así como con los afectos. La afectividad, la identidad y la personalidad van de la mano junto con el desarrollo de la sexualidad. La personalidad determina la expresión de la sexualidad que adoptará diferentes caracteres individualizados</p>	<p>Se logró que el paciente mejorara su aspecto para sentirse más seguro de sí mismo: realizando todas las actividades de autocuidado y expresando siempre que el sentirse aseado y arreglado lo hacía sentir de mejor ánimo, más seguro de sí mismo e incluso más recuperado en cuanto a su estado de salud.</p>
--	-------------	--	---

		<p>que reflejan las particularidades de cada persona y su historia. En el modelo de personalidad del ser humano interviene lo sociocultural unido a la amplia gama de elementos motivacionales que acontecen en su entorno natural y social. A través de la personalidad se cristalizan importantes valores que definen rasgos esenciales en el individuo, como la identificación del sexo psicológico.⁷⁴</p>	
--	--	--	--

PLAN DE ATENCIÓN DE LAS VALORACIONES FOCALIZADAS

DIAGNÓSTICO	Desequilibrio hidroelectrolítico R/C colectomía total M/P pérdida de peso, piel y mucosas deshidratadas.		
DEFINICIÓN	Riesgo de cambio en el nivel de electrolitos séricos que puede comprometer la salud.		
OBJETIVO	Mantener un equilibrio hidroelectrolítico.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Monitorización de líquidos y electrolitos: -Observar los niveles de electrolitos en suero. -Vigilar los signos vitales. -Corregir la deshidratación. -Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. -Vigilar si los signos y síntomas del desequilibrio de líquidos	T.C. T.C. T.C. T.C. T.C.	El entendimiento de la fisiología ácido-base considera que todos los cambios en la sangre, en el pH, en la salud y en la enfermedad ocurren a través de cambios en 3 variables: (a) Dióxido de carbono (CO ₂), (b) concentración relativa de electrolitos y (c) concentración de ácidos débiles. Los disturbios del medio interno y ácido-base generan alteraciones a 3 niveles: a) Daño directo del disturbio a nivel multiorgánico (b) Respuesta compensatoria ante el disturbio generado que puede ser adecuada o incompleta (c) Alteración funcional de las células del sistema inmune. ¹⁸ Los signos vitales son valores que permiten	Durante los días de valoración se revisaron los niveles de electrolitos en suero en los resultados de los laboratorios, las cifras que se obtuvieron fueron las siguientes: Fosforo 4.3 md/dl. Magnesio 1.8 mg/dl. Sodio 139.00 mmol/L. Potasio 3.9 mmol/L. Cloro 103 mmol/L. Calcio 9.10 mg/dl. (anexo 3) Observando que se mantuvieron dentro de las cifras normales. Sin embargo, no se tuvo variación en las mismas, ya que, no se tomaron muestras

<p>y/o electrolitos persisten o empeoran.</p> <p>-Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.</p> <p>-Mantener el nivel de flujo intravenosos prescrito.</p> <p>-Llevar un registro preciso de ingresos y egresos.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Cualquier alteración de los valores normales, orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por ende se debe sospechar de un estado mórbido.¹⁹</p> <p>El balance hídrico se consigue cuando las pérdidas se compensan con la ingesta de alimentos y bebidas y con la producción metabólica de agua. El balance de agua varía a lo largo del día, pero normalmente se regula a un 0,1-0,2% del peso corporal a lo largo de las 24 horas a pesar de la amplia variabilidad de alimentos y líquidos consumidos y de la pérdida de agua. El déficit y el exceso de agua provocan cambios compensatorios en el comportamiento de beber o en el volumen de orina expulsado</p>	<p>posteriores que arrojaran datos que permitieran hacer alguna comparación.</p> <p>Durante los días de valoración se tomaron las cifras de las constantes vitales, una vez por turno; se pudo observar que se mantuvieron dentro de los parámetros normales con los siguientes rangos: Frecuencia cardiaca de 73 a 87 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria de 18 a 20 respiraciones por minuto. Tensión arterial de 100/60 a 110/70 mmHg. Temperatura de 36.4 a 36.8 °C.</p> <p>Sin embargo siempre se enfatizó en la opción de revalorarlos en caso de que fuera necesario.</p> <p>El paciente se mantuvo hidratado mediante los líquidos parenterales</p>
--	-------------------------------------	--	---

	<p>hasta que el balance de agua se haya restablecido. Las necesidades de agua varían entre personas y según su dieta, las condiciones ambientales, el nivel de actividad y otros factores.²⁰</p> <p>La mayoría de procesos metabólicos y funciones de órganos dependen de concentraciones precisas de electrolitos tanto extracelulares como intracelulares mantenidas a partir de múltiples mecanismos, en el que están implicadas hormonas y órganos reguladores que influyen en la distribución de electrolitos. Además de los mecanismos fisiológicos implicados existen situaciones que pueden igualmente afectar a la homeostasis como puede ser desequilibrio ácido-base, un control incorrecto del balance de fluidos, desórdenes neurohormonales y patologías que comprometan la funcionalidad de órganos implicados en la homeostasia.²¹</p>	<p>que se le suministraron, del día 6 de octubre al 13 de octubre la solución parenteral prescrita fue: Solución Hartmann 500 ml con 40 meq KCl + 2 gr MgSo4 para 24 horas y del día 14 de octubre al 16 de octubre fue: Solución Hartmann 500 ml para 24 horas. La NPT durante todos los días de las valoraciones fue: 2050 ml para 24 horas. Para la administración de los líquidos parenterales se utilizó la bomba de infusión con el fin de mantener el nivel de flujo prescrito y con ello mantener un control estricto de ingresos intravenosos. En cuanto a los signos y síntomas de deshidratación, se observó que del día 6 de octubre al 8 de octubre presentó mucosas y piel deshidratada, a pesar de las</p>
--	--	---

	<p>El manejo de las alteraciones electrolíticas presentes en pacientes hospitalizados requiere medir con exactitud el aporte y pérdida de fluidos y de electrolitos, así como las pérdidas renales y no renales.²¹</p> <p>En caso de que los pacientes requieran soporte nutricional para un correcto manejo de agua y electrolitos, la NPT debe hacerse teniendo en cuenta el aporte de electrolitos (fundamentalmente sodio) y fluidos presentes en el tratamiento durante esta etapa inicial ya que la administración de exceso de fluidos puede llevar a hiponatremia y sobrecarga de volumen; sin embargo, lo contrario podría llevar a hipernatremia y deshidratación, como alteraciones electrolíticas más habitualmente observadas. De esta forma, los trastornos electrolíticos producidos en el entorno hospitalario por la administración de medicamentos con electrolitos en su composición</p>	<p>intervenciones para mantener la hidratación y de los líquidos que consumía durante el turno. Los días 9 y 10 de octubre no presentó estos datos de deshidratación. Sin embargo, el día 13 de octubre volvió a mostrar piel y mucosas deshidratadas. Posteriormente del 14 al 16 de octubre no fueron evidentes los síntomas, ya que su piel y mucosas se observaron hidratadas.</p> <p>En los días de valoración, cuando el paciente se mantuvo con terapia de electrolitos, presentaba tendencia a la deshidratación pero se observaba también que en ocasiones no tenía signos evidentes que lo manifestaran, comparando cuando se suspendieron los electrolitos, el</p>
--	--	---

	<p>podrían ser prevenidos conociendo los electrolitos aportados tanto en una nutrición como en determinados medicamentos.²¹</p>	<p>paciente se mantuvo hidratado, pero se consideró que la deshidratación podría presentarse posteriormente ya que al tener ausencia de intestino transverso, los líquidos no alcanzan a absorberse de manera normal.</p> <p>El control de ingresos y egresos se calculó haciendo el registro de todos los ingresos y egresos que se pudieran cuantificar. Durante los días de valoración los ingresos orales fueron de 250 ml a 1000 ml. Los ingresos intravenosos de 889.6 ml a 969.6 ml. Los ingresos totales de 1139.6 ml a 1889.6 ml. Las pérdidas insensibles se mantuvieron en 282.5 ml todos los días. La diuresis de 400 ml a 800 ml. El total de egresos fue de 722.5 ml a 1162.5 ml. Los</p>
--	--	---

			balances totales siempre resultaron positivos con cifras de 17.1 ml a 817.1 ml.
<p>Enseñanza individual:</p> <p>-Brindar educación para la salud al paciente sobre los signos y síntomas que indican la presencia de deshidratación así como la importancia del tratamiento que ha de seguir en caso de que ya se encuentre deshidratado.</p>	A.E.	<p>La deshidratación leve puede producir síntomas como sed, dolor de cabeza, debilidad, mareos y fatiga y generalmente provoca cansancio y somnolencia. Los síntomas de una deshidratación moderada incluyen sequedad de boca, poco o ningún volumen de orina, pesadez, un pulso cardiaco rápido y falta de elasticidad de la piel. La deshidratación grave es una emergencia médica potencialmente letal, y está caracterizada por sed extrema, falta de volumen de orina, aceleración de la respiración, alteración del estado mental y piel fría y húmeda.²²</p>	<p>Durante los día de valoración se le recordaron al paciente los signos y síntomas de deshidratación (piel y mucosas deshidratadas, somnolencia o cansancio, polidipsia, poliuria, dolor de cabeza, estreñimiento, mareos, ojos hundidos, hipotensión, taquicardia, taquipnea, irritabilidad, delirio e inconsciencia), y la importancia del monitoreo en su estado de salud, por ello se le explicó de manera verbal, se le dio la oportunidad de expresar lo comprendido y las dudas que tuviera al respecto. Se evaluó como satisfactoria esta intervención ya que el paciente</p>

			comprendió y conoció los signos y síntomas de la deshidratación y se los comunicó al personal de Enfermería para que llevara a cabo las intervenciones adecuadas y con ello contribuir a alcanzar el objetivo de mantener el equilibrio hidroelectrolítico del paciente.
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	Alteración en la nutrición R/C baja ingesta de alimentos, dieta hipograsa seca M/P incapacidad para digerir los alimentos y absorber los nutrientes.		
DEFINICIÓN	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.		
OBJETIVO	Mejorar el estado nutricional.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Asesoramiento nutricional: -Identificación de las conductas alimentarias que favorezcan la ingesta de alimentos.	P.C.	La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de ésta ha dado origen a lo que se conoce como	Durante los días de valoración se identificaron las conductas alimentarias del paciente a la hora de consumir los alimentos, se observó que siempre acudía al llamado puntual, que consumía en

<p>-Valorar los esfuerzos realizados por el paciente para conseguir el objetivo del diagnóstico.</p> <p>-Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos de alimentos básicos, así como, la percepción de la necesaria modificación de la dieta.</p> <p>-Informar al paciente sobre el tipo de dieta prescrita y los suplementos nutricionales.</p>	<p>P.C.</p> <p>T.C.</p> <p>A.E.</p>	<p>conductas alimentarias de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria, en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados.²³</p> <p>Las personas que presentan una autoestima alta, muestran un control de sus impulsos mayor, con más frecuencia se auto refuerzan, se auto afirman y muestran una actitud positiva hacia su propio cuerpo. La baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas.²⁴</p> <p>El Plato del Bien Comer es una representación gráfica de los grupos de alimentos que funciona como guía alimentaria. El principal objetivo de El Plato del Bien Comer es servir como ayuda visual en las actividades de orientación alimentaria en las que es necesario y útil ilustrar la agrupación</p>	<p>su totalidad la dieta proporcionada y se le alentó para que continuara comportándose de esa manera.</p> <p>Además, con el fin de motivar al paciente se le reconocieron y valoraron los esfuerzos por consumir siempre todos los alimentos proporcionados, haciendo énfasis en la importancia de la alimentación para mejorar su estado nutricional.</p> <p>Posterior a utilizar el recurso didáctico de la imagen del plato del bien comer y de la información proporcionada de manera verbal sobre el tema, se le explicó nuevamente al paciente la necesaria modificación de la dieta prescrita: Hipograsa seca, con el fin de mantener en baja cantidad el gasto de la Fístula.</p>
--	-------------------------------------	---	--

		<p>de los alimentos. En la NOM-SSA2-043-2005 se describen los aspectos que deben considerarse siempre que se brinde información de alimentación y nutrición a la población mexicana.²⁵</p> <p>Los suplementos alimenticios son por definición productos elaborados a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no con vitaminas o minerales cuya presentación puede ser de forma farmacéutica, y que tiene la finalidad de incrementar la ingesta dietética total, complementarla o bien suplir algún componente.²⁶</p>	<p>Se le recordó también la función de los suplementos nutricionales prescritos: Glutapak y Ensure, los cuales de manera general proporcionan los siguientes beneficios: reforzar las células intestinales, proteger la integridad del tracto gastrointestinal, mejorar la digestión, absorción y el estado nutricional. Sin embargo, el complemento Ensure no se le proporcionó, ya que en el Hospital no fue surtido durante los días de valoración.</p>
<p>Manejo de la nutrición:</p> <p>-Crear un ambiente agradable a la hora de la comida.</p> <p>-Determinar las</p>	<p>P.C.</p> <p>P.C.</p>	<p>El punto central de la alimentación adecuada para mejorar la salud está en la forma de cocinar los alimentos, seguida por los ejercicios y el estilo de vida. Cada día se puede escoger los tipos de alimentos que se quieran comer, cómo se cocinaran, que debe ser preferiblemente:</p>	<p>En el servicio se cuenta con un área que funciona como comedor para los pacientes que pueden deambular, el paciente Julio siempre acudía cuando se le llamaba; se le observó convivir con</p>

<p>preferencias de comidas del paciente.</p> <p>-Sugerir al equipo multidisciplinario variar el menú diario del paciente que aplique dentro del tipo de dieta establecida y así facilitar la ingesta de los alimentos.</p> <p>-Corroborar en las indicaciones médicas el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.</p> <p>-Supervisar la ingesta y los hábitos alimentarios.</p> <p>-Pesar al paciente una vez al día para vigilar</p>	<p>P.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>hervidos, asados, al horno, al vapor, y tratar siempre de evitar o disminuir los alimentos fritos. Además, la cantidad que se comerá y la calidad de los productos a usar, que deben ser lo más naturales y orgánicos posible. De esta manera la alimentación diaria tiene el poder de mejorarnos o de hacer que no enfermemos. Se puede mantener la salud o acelerar su declinación.²³</p> <p>La necesidad nutricional de un individuo es relativa. La evaluación calculada de las necesidades de nutrición de la persona depende de factores como la altura, el peso, el sexo, la edad, la morfología individual, la actividad, el trabajo, el clima, el estado de salud y las condiciones de vida. Por otro lado, entendemos por dieta equilibrada aquella en la que además de respetarse las necesidades alimenticias cualitativas y cuantitativas de un sujeto, existe una correcta proporción entre los diversos nutrientes. Normalmente, en una alimentación</p>	<p>los demás pacientes e incluso con el personal multidisciplinario. Refirió que le agradaba la hora de consumir los alimentos ya que era un buen momento para socializar y distraerse un poco de las preocupaciones.</p> <p>A pesar de que se le brindó la oportunidad al paciente de decir cuáles son los alimentos de su agrado, con el fin de variar el menú de los desayunos, no se logró el objetivo, ya que los encargados de las dietas no tuvieron la disponibilidad de modificar el menú argumentando no poder cambiar los alimentos que les proporcionan, por tal motivo, los desayunos del paciente fueron siempre muy similares: un vaso de atole, galletas y pan integral. El paciente</p>
--	---	---	--

<p>las tendencias de pérdida o ganancia de peso.</p> <p>-Hacer los registros correspondientes de peso e IMC en la hoja de Enfermería.</p>	<p>variada se conservan las proporciones adecuadas.²⁷</p> <p>La valoración nutricional es una metodología que tiene como objetivos: a) Determinar los signos y síntomas clínicos que indiquen posibles carencias o excesos de nutrientes, b) Medir la composición corporal del sujeto, c) Analizar los indicadores bioquímicos asociados con malnutrición, d) Valorar si la ingesta dietética es adecuada, e) Valorar la funcionalidad del sujeto, f) Realizar el diagnóstico del estado nutricional, g) Identificar a los pacientes que pueden beneficiarse de una actuación nutricional, y e) Valorar posteriormente la eficacia de un tratamiento nutricional; para ello debe incluir tres aspectos muy importantes: una valoración global, estudio de la dimensión y composición corporal.²⁸</p> <p>Todos los pacientes con (FE) están en riesgo nutricio y deben someterse a una evaluación</p>	<p>manifestó varias veces su inconformidad, sin embargo siempre los consumía en su totalidad.</p> <p>La dieta indicada para el paciente fue: Hipograsa seca, se mantuvo sin modificaciones durante los días de valoración.</p> <p>Se rectificó todos los días la dieta prescrita y se mantenía en observación la cantidad que consumía, con el fin de llevar un registro de los alimentos ingeridos.</p> <p>Antes del desayuno se pesó al paciente en la báscula del servicio durante los días de valoración, con el fin de llevar un registro preciso de las variaciones que pudiera presentar al ganar o perder peso, se obtuvo como resultado que de los días del 6 al 14 de octubre se</p>
---	--	--

	<p>completa y un plan de tratamiento nutricional, por ello es importante evaluar indicadores como el porcentaje de pérdida de peso ya que más de 5% en un mes o 10% en 6 meses es clínicamente significativo y afecta negativamente el estado nutricional; más de 20% de pérdida de peso habitual en 6 meses o menos, puede terminar en falla fisiológica severa.²⁹</p> <p>El índice de masa corporal clasificándolo de acuerdo a lo establecido por la OMS es: bajo peso: IMC menor a 18,4; peso normal: IMC de 18,5 a 24,9; sobrepeso de 25 a 29,9; obesidad grado 1: de 30 a 34,9; obesidad grado II de 35 a 39,9 y obesidad grado III o mórbida igual o mayor a 40 kg/m².³⁰</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las</p>	<p>mantuvo con los mismos datos Peso: 55 kg. Talla: 1.70 mts. IMC: 19.03 kg/m² Normal. Y los días 15 y 16 de octubre presentó la siguiente modificación: Peso: 55.100 kg. Talla: 1.70 mts. IMC: 19.07 kg/m² Normal. Se concluyó que fue una mínima tendencia a la ganancia de peso, sin embargo fue un dato relevante.</p> <p>Se llevaron a cabo los registros correspondientes en la hoja de Enfermería de los datos obtenidos de las intervenciones realizadas.</p>
--	---	---

		<p>intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.³¹</p>	
<p>Terapia nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Supervisar la ingesta de suplementos nutricionales prescritos. -Comprobar mediante los 7 correctos la administración de la bolsa de NPT. -Mantener una técnica estéril durante la 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>Los suplementos alimenticios son por definición productos elaborados a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no con vitaminas o minerales cuya presentación puede ser de forma farmacéutica, y que tiene la finalidad de incrementar la ingesta dietética total, complementarla o bien suplir algún componente.²⁶</p>	<p>Cada día se rectificó en las indicaciones prescritas los suplementos nutricionales que debía tomar el paciente, siempre fueron los mismos 1 sobre de Glutapak cada 12 horas y 1 lata de Ensure cada 24 horas.</p> <p>La bolsa de NPT estaba indicada para 24 horas, por lo tanto, solo durante el turno vespertino se hacía</p>

<p>administración de la NPT, cambiando los equipos de acuerdo a las normas establecidas.</p> <p>-Comprobar la solución NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según órdenes.</p> <p>-Utilizar bomba de infusión.</p> <p>-Vigilar los niveles de albúmina, proteínas totales.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad.</p> <p>³²</p> <p>De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012 que constituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos, la Nutrición Parenteral (NP) consiste en el aporte de</p>	<p>el cambio de esta, sin embargo, durante el turno matutino, se rectificaba la indicación por medio de la aplicación de los 7 correctos, con el fin de no cometer errores en la administración. Durante los días de valoración permaneció de la siguiente forma: NPT de 2050 ml para 24 horas. Se utilizó siempre la bomba de infusión para llevar el flujo exacto en el control de ingresos.</p> <p>Siempre se tuvo especial cuidado en utilizar una técnica aséptica cada que se manipuló el catéter venoso central para rectificar la administración de la bolsa de NPT, siguiendo como fundamentación la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-212 que constituye las condiciones para la administración</p>
--	-------------------------------------	--	---

	<p>nutrientes al organismo por una vía venosa y, que por distintas circunstancias posee un balance nitrogenado negativo, por tanto, los nutrientes entran directamente al torrente circulatorio obviando el proceso digestivo y el filtro hepático. En general se utiliza en los pacientes que no son candidatos a nutrición enteral o que están malnutridos o tienen riesgo elevado de desarrollar malnutrición.³³</p> <p>Se le denomina técnica estéril al conjunto de acciones que incluye el lavado meticuloso de las manos con jabón antiséptico, uso de barreras estériles, como: campos quirúrgicos, guantes estériles, mascarilla simple cubre-bocas el uso de todo el instrumental estéril así como la utilización de antiséptico para preparación de la piel.³³</p> <p>La albúmina y las globulinas son proteínas totales (completas), tienen prácticamente todos los aminoácidos. La albúmina es la proteína principal</p>	<p>de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>Se estableció revisar en los laboratorios (anexo 3) los niveles de albúmina (2.10 g/dl) y proteínas totales (5.7 g/dl), los cuales se mantuvieron por debajo de los niveles normales, no se obtuvo otro dato que permitiera hacer alguna comparación, ya que no se tomaron más muestras de laboratorio.</p>
--	---	--

		del plasma humano (3.8 a 4.8 g/dL), desempeña la importante labor en un 75 - 80% de la presión oncótica del plasma humano. Otra de las funciones importantes de la albúmina es la de permitir el transporte de ácidos grasos, hormonas esteroides, bilirrubina, catecolaminas, como también algunos fármacos. Entre las globulinas tenemos las alfa -globulinas, beta- globulinas y gama globulinas, parte de las globulinas realizan función de anticuerpos, por lo tanto son importantes en el papel inmunológico. ³⁴	
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	Riesgo de infección R/C Fístula Enterocutánea (FE), procedimientos invasivos (Catéter Venoso Central).		
DEFINICIÓN	Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.		
OBJETIVO	Disminuir el riesgo de infección.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Protección contra las infecciones: -Identificar factores de	T.C.	Los diversos factores que intervienen en la génesis de la infección de heridas están relacionados con el ambiente, el huésped, la sala	Para determinar las intervenciones de Enfermería que se llevaron a cabo en este diagnóstico, se

<p>riesgo (usuario comprometido, integridad de la piel, exposición ambiental). -Valorar constantes vitales y registrarlas en la hoja de Enfermería. -Recuento de leucocitos en los laboratorios. -Mantener una higiene corporal del paciente (baño en regadera diario, cambio de ropa completa diario, lavado de manos, usar productos de higiene personal, etc.) y ambiental estricta (cambio de sábanas diario, cuarto limpio, evitar entrada de polvo,</p>	<p>T.C. T.C. P.C.</p>	<p>de operaciones, la cirugía y los microorganismos involucrados para permitir la infección. Algunos de los factores de riesgo observados en la infección de herida son: Factores intrínsecos; infección en lugar remoto de la herida, alteraciones inmunológicas por regímenes terapéuticos, enfermedades crónicas, trastornos nutricionales (obesidad, desnutrición), el hábito de fumar y dentro de los factores extrínsecos; técnica quirúrgica inadecuada, duración prolongada de la cirugía, hospitalización prolongada, inadecuado lavado de manos, vestuario quirúrgico inadecuado, rasurado inadecuado, climatización y la esterilización inadecuada, antibiótico profiláctico inadecuado. Para definir el tipo de infección postquirúrgica, debe tomarse en cuenta el tipo de herida de acuerdo a la clasificación de las heridas; limpias, limpias-contaminadas, contaminadas y sucias o infectadas.³⁵</p>	<p>enfaticó también en observar el entorno del paciente y con ello obtener los factores de riesgo que pudieran desencadenar una infección. Se identificó que el paciente al deambular por los alrededores y en el interior del servicio, siempre llevando la bomba de infusión y los líquidos parenterales conectados a ella y al catéter venoso central, además de tener la Fístula, que a pesar de estar cubierta por material estéril y el vendaje correspondiente, estuvo propenso a la adherencia de los microorganismos del medio ambiente. Sin dejar de lado, que el déficit de nutrientes mantiene deprimido el Sistema Inmunológico. Se midieron las constantes vitales con el fin de monitorear la</p>
--	---	--	--

<p>mantener una corriente de aire en el cuarto, etc.).</p> <p>-Vigilar signos y síntomas de infección (existencia de enrojecimiento, calor extremo, drenaje en la piel, y las membranas mucosas).</p> <p>-Aplicar la Meta Internacional para la Seguridad del Paciente No. 5 "Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica".</p> <p>-Aplicar los 5 momentos para la higiene de las manos.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Cualquier alteración de los valores normales, orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por ende se debe sospechar de un estado mórbido.³¹</p> <p>Los leucocitos, son células sanguíneas que se originan en la médula ósea. Conforman el sistema inmunitario y permiten combatir las infecciones al defender al organismo de bacterias o virus. Estas células se encuentran en la sangre, los ganglios, el bazo, las amígdalas, las adenoides y en la linfa. El número de glóbulos blancos presentes en el organismo es de 4.000 a 10.000/m m³. Se habla de una "hiperleucocitosis" cuando la cantidad de glóbulos blancos es</p>	<p>respuesta del paciente ante las infecciones y tener mayores parámetros para la identificación oportuna en caso necesario. Se consideró siempre la opción de revalorarlos. Las cifras fueron las siguientes: Frecuencia cardiaca de 73 a 87 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria de 18 a 20 respiraciones por minuto. Tensión arterial de 100/60 a 110/70 mmHg. Temperatura de 36.4 a 36.8 °C. Se hicieron los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p> <p>Los niveles de leucocitos se tuvieron en constante monitoreo, sin embargo, no se tuvo variación en los resultados, ya que no se tomaron más muestras de laboratorio que permitieran la</p>
--	-------------------------------------	--	--

	<p>superior a 10.000/m m³. Se habla de una "leucopenia" cuando la cantidad de glóbulos blancos es inferior a 4.000/m m³. Existen 3 tipos de leucocitos: los polinucleares, los linfocitos y los monocitos.³⁶</p> <p>La higiene personal del paciente tiene como objetivo conservar la piel y las mucosas para facilitar sus funciones protectoras. Constituye una de las bases de la prevención de infecciones hospitalarias. La limpieza previa de la piel es imprescindible para la aplicación de antisépticos eficaces.³⁷</p> <p>La sepsis en estos pacientes es una regla con muy escasas excepciones. Pueden manifestarse de forma localizada (absceso), generalizada (peritonitis), sepsis del sitio operatorio y focos extrabdominales (abscesos esplénicos, hepáticos y endocarditis). La desnutrición que acompaña al</p>	<p>comparación entre las cifras. Los niveles se mantuvieron dentro de los parámetros normales: (8.7 X10e3/uL). (anexo 3)</p> <p>Al identificar los diversos factores de riesgo que presentó el paciente, se determinó la importancia de mantener lo más limpio posible su entorno, se le pidió al personal de intendencia limpiar diario el cuarto donde se encontraba la cama del paciente, además de hacer el cambio de sábanas limpias diario. Se le recomendó al paciente mantener una higiene corporal estricta, para lo cual se observó que la mayoría de las veces se preocupaba por estar lo más limpio posible y realizar todas las actividades de acuerdo a la valoración de Katz, cabe mencionar</p>
--	--	---

	<p>cuadro predispone al paciente a reiterados episodios de sepsis sistémica, la cual, no controlada, constituye hoy la principal causa de muerte de estos pacientes.¹⁶</p> <p>El propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia, como en el conocimiento de expertos. La MISP No. 5 tiene como objetivo Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de lavado de manos.³⁸</p> <p>Según el modelo de “Los cinco momentos para la higiene de las manos” de la OMS, corresponden con los cinco momentos esenciales en los que se requiere realizar la higiene de las manos durante</p>	<p>que el día 8 de octubre el paciente se rehusó a bañarse, sin embargo, se le realizó como todos los días, la curación de la (FE) y tuvo cambio de ropa completa.</p> <p>Siempre se tuvo como prioridad observar las manifestaciones de signos y síntomas de infección, sin embargo, no se encontraron datos relevantes.</p> <p>Como fundamentación para las intervenciones de este diagnóstico se utilizó la MISP No. 5 y los 5 momentos para la higiene de manos, con ello se contribuyó a disminuir el riesgo de alguna infección asociada a la atención en salud.</p>
--	--	--

		la prestación de la asistencia sanitaria. El contacto directo e indirecto (por medio de un objeto intermedio o líquido corporal) con el paciente justifica la necesidad de una o más indicaciones para la higiene de las manos antes y después del contacto, con el fin de impedir la transmisión al paciente, al personal de salud o al área sanitaria. ³⁹	
<p>Cuidados de la (FE) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inspeccionar la (FE) cada vez que se realiza el cambio de vendaje. -Realizar curación 1 vez por día. -Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule la (FE). -Retirar gasas, apósitos y vendaje contaminados y limpiar la excreción de la (FE). 	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>La sepsis es la complicación principal de las (FE). Se presenta como consecuencia de la presencia de tejido necrótico que se infecta por microorganismos de la flora intestinal y por estafilococos. La sepsis a su vez afecta la cicatrización, pues provoca hipoperfusión e hipoxia; los infiltrados celulares, específicamente neutrófilos, dañan tejidos debido a la liberación de enzimas lisosomales y de radicales libres; aumenta la presencia de citocinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral α (TNF-α), que incrementan la producción de óxido nítrico promoviendo la inestabilidad</p>	<p>Diario al realizar la curación de la (FE), se tuvo especial cuidado en observar los cambios que presentara y/o algún signo de infección. No se obtuvo algún dato relevante que indicara alguna complicación.</p> <p>Posterior al baño en regadera, se estableció como momento ideal para realizar la curación de la (FE), el paciente siguió esa rutina y a pesar de que solo un día se rehusó a realizar el baño, se mostró</p>

<p>-Limpiar la (FE) con jabón quirúrgico y solución salina.</p> <p>-Aplicar antiséptico según prescripción.</p> <p>-Aplicar polvo protector adecuado a la piel.</p> <p>-Mantener libre la (FE) de fuentes de presión o fricción excesivas.</p> <p>-Mantener la región limpia y seca y evitar la contaminación con otros líquidos o sustancias corporales.</p> <p>- Anotar las características de la (FE) y del líquido drenado.</p> <p>-Hacer los registros correspondientes en la</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>P.C.</p> <p>P.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>vascular.²⁴</p> <p>Se define curación, como el conjunto de técnicas que se realizan sobre una herida, considerando la misma desde la valoración y seguimiento, limpieza y aplicación de antisépticos hasta la colocación del apósito y el posterior registro de las actividades. Los objetivos de la curación de heridas son: Favorecer la cicatrización de la herida. Prevenir, controlar o eliminar la infección.</p> <p>Proteger la herida de daños adicionales. Proteger la piel circundante de infecciones y traumatismos.</p> <p>Aportar la mayor comodidad posible al paciente.⁴⁰</p> <p>Se denomina técnica aséptica al conjunto de acciones utilizadas en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos que incluye: lavado de manos con solución antiséptica, uso de guantes, mascarilla simple (cubre-boca) y solución antiséptica en el sitio a</p>	<p>cooperador para llevar a cabo la curación.</p> <p>Se utilizó jabón quirúrgico, solución salina y gasas para realizar el lavado, con una técnica aséptica del centro a la periferia, posteriormente se secó con gasas dando ligeros toques firmes, después se aplicó antiséptico Accuaseptic, además del polvo protector Stomahesive alrededor de la (FE), para finalizar se colocaron gasas, apósitos y vendaje estéril.</p> <p>Se tuvo precaución de que el vendaje no quedara con una presión excesiva o que la ropa del paciente no provocara un roce o fricción innecesaria que lastimara la (FE).</p> <p>A pesar de ser una herida contaminada se trató de mantenerla</p>
--	---	--	---

<p>hoja de Enfermería.</p>	<p>manipular.²⁸</p> <p>La solución salina estéril o suero fisiológico (0,9%) es la solución para la limpieza de heridas preferida debido a que es una solución isotónica y no interfiere con el proceso de cicatrización normal, no daña los tejidos, no causa sensibilidad o alergias y no altera la flora de la piel, lo que podría permitir el crecimiento de microorganismos más virulentos.⁴⁰</p> <p>Un antiséptico es un producto químico que se aplica sobre los tejidos vivos con la finalidad de eliminar los microorganismos patógenos o inactivar los virus. No tienen actividad selectiva ya que eliminan todo tipo de gérmenes.⁴⁰</p> <p>En la realización de la cura de heridas quirúrgicas se deben tomar una serie de precauciones, entre las que cabe destacar el importante mantenimiento de la esterilidad, cuya finalidad es</p>	<p>lo más limpia y libre de tener contacto con otros líquidos o sustancias corporales.</p> <p>Se hicieron los registros correspondientes en la hoja de enfermería de las características de la (FE), cabe mencionar que se mantuvo a la altura del mesogastrio, con diámetro de aproximadamente 8 centímetros, espontanea inflamatoria. Orificio de origen: intestinal, lateral. Orificio de descarga: en la piel. El líquido drenado la mayoría de los días se observó de consistencia semisólida verde pastosa, de bajo gasto. Esto con el fin de llevar un control de la mejora o complicaciones que se pudieran presentar, sin embargo no hubo variación drástica durante los días de valoración.</p>
----------------------------	---	---

	<p>evitar al máximo cualquier contaminación de la herida, mientras que donde ya está presente, su fin es evitar que se extienda a otras zonas de la lesión, a otros pacientes o incluso al personal. Para evitar la infección debemos conocer que las principales vías de contagio son la vía aérea, la infección cruzada desde heridas de otro paciente o desde otras heridas en distinta localización del mismo paciente mediante material contaminado.⁴⁰</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención.</p>	
--	---	--

		Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal. ²⁶	
<p>Valoración del estado de la piel:</p> <p>-Vigilar lesiones, abrasiones, erupciones, maceraciones ó reacciones alérgicas a causa de la excreción o del roce.</p> <p>-Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</p> <p>-Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (horario de cambio de posición, posición correcta, confort).</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>A.E.</p>	<p>Los problemas cutáneos debido a las secreciones digestivas, por su PH y contenido enzimático y de bacterias provoca una dermatitis por irritación química, que además, de producir considerable incomodidad al paciente puede llevar a la destrucción parietal.¹⁶</p> <p>Al hablar de hidratación cutánea se suele hacer referencia fundamentalmente a la cantidad de agua presente en la epidermis. En condiciones ideales el contenido de agua en la epidermis debe ser de un 10-20%. La piel deshidratada se muestra apagada, rugosa, tirante y falta de flexibilidad. Puede también producir sensación de tirantez y presentar escamas diseminadas por toda su superficie y arrugas finas (estrías de</p>	<p>Se estableció que durante los días de valoración, la curación de la (FE) se realizaría después del baño en regadera, con el fin de tener la piel mucho más limpia y ello permitiera una mayor visibilidad para detectar los cambios que pudiera presentar. Considerando que el sitio de descarga de la (FE) es la piel periférica a la misma, se enfatizó en observar minuciosamente la piel antes de hacer la curación. Los días 8, 9 y 11 de octubre se observó leve eritema en la piel, además de ser referido por el paciente como una incomodidad a la hora de dormir. A</p>

<p>-Hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería</p>	<p>T.C.</p>	<p>deshidratación), apareciendo a menudo, picor y escozor. La manifestación de esta deshidratación cutánea se denomina xerosis.⁴¹</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.²⁶</p>	<p>partir del día 12 de octubre fue disminuyendo notoriamente.</p> <p>A pesar de ser una herida con gasto la mayor parte del tiempo, se procuró mantener lo más seca y limpia la piel con el fin de disminuir el deterioro y evitar el aumento del diámetro de la (FE) con la aplicación del polvo protector Stomahesive y los apósitos y gasas que se le colocaron en el vendaje abdominal con el fin de absorber el gasto de la (FE).</p> <p>Se hicieron los registros correspondientes en la hoja de Enfermería con el fin de llevar un registro preciso de los cambios que presentó la piel para con ello llevar a cabo las intervenciones adecuadas.</p> <p>Se le recomendó y educó al</p>
---	-------------	---	---

			<p>paciente a usar los recursos con los que contara (cobijas, almohadas, sábanas, etc.), con el fin de colocarse en una posición que le produjera comodidad. Durante el tiempo del turno matutino que permaneció en decúbito dorsal e hizo siestas, se le ayudó a colocarse en una posición cómoda, él paciente manifestó alivio de manera verbal. Se le recomendó hacerlo de la misma manera durante la noche, sin embargo sólo se pudo evaluar la intervención por la información verbal del paciente, ya que no se tuvo evidencia real de que usó los recursos y las posiciones corporales sugeridas.</p>
<p>Cuidados del Catéter Venoso Central: -Mantener una técnica</p>	T.C.	<p>Se denomina técnica aséptica al conjunto de acciones utilizadas en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en</p>	<p>Se mantuvo una técnica aséptica siempre que se tuvo contacto o se manipuló el Catéter central.</p>

<p>aséptica siempre que se manipule el catéter.</p> <p>-Curación cada 72 horas o cuando el apósito transparente este manchado, despegado o húmedo.</p> <p>-Cuidados del sitio de incisión.</p> <p>-Limpiar la zona del Catéter Venoso Central y la piel periférica al mismo, siempre que sea preciso con clorhexidina y/o otras soluciones apropiadas.</p> <p>-Hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>su máximo posible libre de microorganismos que incluye: lavado de manos con solución antiséptica, uso de guantes, mascarilla simple (cubre-boca) y solución antiséptica en el sitio a manipular.²⁸</p> <p>De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, que constituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión de los Estados Unidos Mexicanos, los equipos de infusión deberán ser cambiados cada 24 horas si se está infundiendo una solución hipertónica: dextrosa al 10%, 50% y NPT, y cada 72 horas en soluciones hipotónicas e isotónicas. En caso de contaminación o precipitación debe cambiarse inmediatamente.²⁸</p> <p>Las principales complicaciones relacionadas con la inserción de catéteres venosos centrales se dividen en mecánicas e infecciosas, destacando las infecciosas por su impacto en la</p>	<p>Se realizó la curación del Catéter central cada 72 horas, los días 6, 9 y 14 de octubre. No fue necesario hacerlo antes de las fechas mencionadas, ya que siempre permaneció cubierto con apósito transparente en adecuadas condiciones.</p> <p>Durante la curación se observó con especial cuidado el sitio de incisión con el fin de detectar algún signo de infección, en todas las ocasiones el dato fue negativo.</p> <p>El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, cuenta con un kit que prepara el personal de Enfermería especialmente para la curación del Catéter central, cuenta con gasas, de diferentes tamaños y los hisopos suficientes para realizar la técnica correcta de curación de</p>
---	---	--	--

	<p>morbimortalidad y por los costes asociados, con tasas de mortalidad atribuible que oscilan entre un 20-35%, con prolongación de la hospitalización (media de 7 días) y el consiguiente incremento del coste. Los tipos de infección asociada al catéter pueden ser locales o sistémicas, y éstas últimas derivan en complicaciones graves como endocarditis, meningitis, osteomielitis o shock séptico.⁴²</p> <p>La colonización del catéter se produce generalmente desde la piel o la conexión del mismo y se relaciona con factores como el material del catéter, la ubicación (mayor frecuencia de complicaciones infecciosas en CVC femorales y yugulares frente a subclavia), el número de luces, el tipo de inserción, la duración del mismo y las características del paciente. La administración de NPT por el CVC conlleva un aumento del riesgo de bacteriemia y/o infección local. En la gran mayoría de los casos (> 75%) el</p>	<p>Catéter central. Además de que se utilizaron los materiales correspondientes (kit de curación, clorhexidina, apósito transparente, guantes, cubrebocas, etc.).</p> <p>Se utilizó como fundamentación para la curación la NOM-022-SSA3-2012 para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>Se hicieron los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>
--	--	---

		<p>microorganismo causal es un Gram positivo, seguido de los Gram negativos (10-15%) y levaduras (5-10%).⁴²</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.²⁶</p>	
<p>Cuidados de la bolsa recolectora:</p>		<p>Las bolsas recolectoras de una pieza son aquellas que se pegan directamente a la piel;</p>	<p>Debido a la disminución del gasto de la (FE) que presentó el paciente,</p>

<p>-Colocación correcta de la bolsa recolectora.</p> <p>-Ajustar el orificio de la bolsa perfectamente alrededor de la (FE).</p> <p>-Pegar la bolsa en la piel perfectamente seca, limpia y sin vello.</p> <p>- Vaciar y/o sustituir la bolsa cada que sea necesario.</p> <p>-Evitar oprimir directamente la bolsa recolectora.</p> <p>-Retirar con suavidad el adhesivo que queda entre el cambio de una bolsa y otra.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>P.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>llevan incluido el adhesivo. Se recortan a la medida del estoma, se retira el film protector adhesivo y se pegan en la piel. Las bolsas abiertas disponen de un sistema de vaciado por la parte inferior. Pueden ser útiles su las heces son líquidas o para vaciar un exceso de gases. Se debe de empezar a colocar de abajo a arriba; ir presionando levente y de forma continua para que quede bien pegado y sacar las posibles burbujas que puedan quedar. Ir adaptando el adhesivo a cualquier irregularidad de la piel.⁷⁵</p> <p>El orificio del adhesivo tiene que ser de la misma forma y tamaño que la (FE) para proteger la piel periférica a la misma.⁷⁵</p> <p>Si se tiene vello en la zona, se debe cortar con tijeras. Nunca se debe rasurar o utilizar ningún tipo de depilatorio porque también podría irritar la piel.⁷⁶</p>	<p>se solicitó la valoración por Clínica de Estomas el día 14 de octubre, pero no acudieron sino hasta el día 15 de octubre, quedado la bolsa de una pieza adaptada perfectamente a la periferia de la (FE).</p> <p>Se realizó la curación de la (FE), con el fin de que a la colocación de la bolsa, la piel estuviera lo más limpia posible. Se midió el diámetro de la (FE), obteniendo un resultado de 8 cm aproximadamente y se ajustó a ello el orificio de la bolsa.</p> <p>Posterior a la colocación de la bolsa y al tener excreción de la (FE) en ella, se procedió al vaciamiento y limpieza de la misma, no hubo necesidad de sustituirla, durante los 2 días que permaneció con ella durante los días de hospitalización.</p>
---	---	---	--

		<p>Si se utilizan bolsas de una pieza abiertas se puede vaciar el contenido siempre que supere la mitad de la capacidad y cambiarla, como mínimo, una vez al día.⁷⁵</p> <p>Para retirar la bolsa que se desea cambiar, se debe despegar una esquina de la parte superior e ir despegando poco a poco sin tirones. Es mejor ir separando la piel del adhesivo que tirar de la bolsa para despegarla; esto provocará mayor irritación.⁷⁷</p>	
<p>Orientación sobre las infecciones :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alentar al paciente a mantener una higiene corporal estricta. -Enseñar al paciente las medidas de asepsia. -Informar al paciente los signos y síntomas de infección. 	<p>A.E.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<p>El contenido entérico derramado compromete la integridad de los distintos planos de la pared abdominal e impide la cicatrización. La primera consecuencia en este aspecto es habitualmente una dermatitis por irritación química seguida rápidamente de infección del resto de los planos celular y músculoaponeuróticos que, de no controlarse rápidamente, puede culminar en la destrucción de la pared abdominal. En las fístulas de la porción alta del tubo digestivo predomina la</p>	<p>Se le explicó al paciente la vulnerabilidad que presentó a contraer una infección y el impacto que le produciría en su estado de salud, por ello se le alentó en mantener una higiene corporal estricta. Siguió perfectamente las indicaciones al realizar todas las actividades de autocuidado de acuerdo a la valoración de Katz,</p>

<p>-Orientar al paciente a mantener la región del Catéter Venoso Central limpia y seca y evitar la contaminación con otros líquidos o sustancias corporales.</p> <p>-Orientar al paciente para detectar cualquier cambio producido en la (FE) y en la piel periférica a la mima.</p> <p>-Orientar al paciente a mantener la región de la (FE) limpia, seca y evitar la contaminación con otros líquidos o sustancias corporales.</p> <p>-Capacitar al paciente sobre el uso de la bolsa recolectora, colocación,</p>	<p>A.E.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<p>acción química sobre la bacteriana, inversamente a lo que sucede en las fístulas bajas.⁴³</p> <p>La higiene personal del paciente tiene como objetivo conservar la piel y las mucosas para facilitar sus funciones protectoras. Constituye una de las bases de la prevención de infecciones hospitalarias. La limpieza previa de la piel es imprescindible para la aplicación de antisépticos eficaces.³⁷</p> <p>Se denomina técnica aséptica al conjunto de acciones utilizadas en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos que incluye: lavado de manos con solución antiséptica, uso de guantes, mascarilla simple (cubre-boca) y solución antiséptica en el sitio a manipular.²⁸</p> <p>Dentro de los signos y síntomas de infección, la</p>	<p>sólo el día 8 de octubre se rehusó a bañarse, posteriormente se le recordó que era necesario hacerlo y al día siguiente no hubo objeción de su parte.</p> <p>Se le explicó también las medidas de asepsia (lavado de manos, guantes, cubreboca, etc.) que debió seguir al tener contacto y/o manipular el Catéter central y la (FE). El paciente siguió las recomendaciones.</p> <p>Se le informó de manera verbal los signos y síntomas de infección (rubor, calor, edema, sangrado, mal olor, cambio de color, aumento del gasto, induración, etc.) con el fin de que fuera capaz de detectarlos y con ello realizar las intervenciones de Enfermería correspondientes. Se le sugirió que durante el baño en</p>
--	---	---	---

<p>sustitución y/o vaciamiento.</p>		<p>fiebre es el síntoma más frecuente. También se puede acompañar de signos de inflamación local, eritema, induración o pus. En ocasiones las manifestaciones revisten mayor gravedad, pudiendo causar sepsis.⁴⁴</p> <p>Los procedimientos que han demostrado tener un mayor impacto en la reducción de las infecciones relacionadas con catéteres son la higiene de manos, el uso de barreras asépticas máximas durante la inserción y asepsia de la piel del punto de inserción con clorhexidina al 2% y ante cada manipulación del mismo. Además deben retirarse todos los CVC que no sean necesarios.⁴²</p>	<p>regadera se observara la (FE) y la piel periférica, siguió las indicaciones ya que, posterior al baño siempre expresaba los cambios o si se mantenía igual la apariencia de la (FE). Con ello contribuyó a minimizar el riesgo de infección.</p> <p>Se le recordó con frecuencia la importancia de mantener el Catéter central, la (FE) y la piel periférica, lo más limpios, secos y libres de contaminación y contacto con otras sustancias o excreciones.</p> <p>El personal de Clínica de Estomas fue el encargado de colocar la bolsa recolectora, sin embargo se le orientó acerca de los cuidados durante el uso de la bolsa que debía llevar a cabo, se le dio la información de manera verbal sobre</p>
-------------------------------------	--	---	---

			<p>la composición y uso de la bolsa, colocación correcta, sustitución y se le capacitó para vaciarla él mismo cuando ya fuese necesario. Sin embargo, para evaluar la comprensión de la información se le dio la oportunidad de expresar sus dudas, las cuales fueron demasiadas, por ello, se llegó a la conclusión de que durante los días de hospitalización se le explicaría de manera sencilla los cuidados de la bolsa y además dentro del Plan de Alta se le proporcionó material didáctico y nuevamente verbal para facilitar el entendimiento.</p>
--	--	--	---

<p>DIAGNÓSTICO</p>	<p>Alteración en el ciclo de descanso y sueño R/C excreción irritante de la (FE), movilidad limitada al dormir M/P insomnio, falta de energía, bostezos, disconfort, informe verbal de dificultad para conciliar el sueño, dolor en la piel periférica (EVA de 5 puntos).</p>
---------------------------	---

DEFINICIÓN	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.		
OBJETIVO	Disminuir el nivel del dolor. Fomentar la calidad y cantidad del sueño.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Manejo del dolor:</p> <p>-Valorar y revalorar el dolor por medio de la escala de EVA y hacer el registro correspondiente en la hoja de Enfermería.</p> <p>-Valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes.</p> <p>-Observar expresiones verbales y no verbales de dolor.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>La Asociación Internacional del Dolor ha definido a esta entidad como una experiencia sensorial subjetiva y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial. El dolor es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual.⁴⁵</p> <p>La medición del dolor, se conduce mediante la escala visual análoga (EVA), que evalúa de manera subjetiva la intensidad o severidad del dolor percibido, tanto crónico como agudo, permitiendo al paciente expresar la severidad de su dolor y posibilitando obtener un valor numérico del mismo, donde en una línea de 0 a 10 cm se señala el dolor, considerando a 0 como ausencia</p>	<p>Durante los días de valoración por medio de la escala de EVA se evaluó el nivel de dolor que presentó el paciente y en caso de que fuera positivo, se revaloró después de hacer las intervenciones de Enfermería correspondientes.</p> <p>Para hacer la detección precisa del dolor se tomó en cuenta la localización, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad y los factores desencadenantes.</p> <p>Cabe mencionar que las veces que el paciente refirió dolor, fue a causa de la excreción de la (FE) al tener contacto con la piel periférica.</p> <p>Los días que presentó dolor fueron</p>

<p>-Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor).</p>	<p>y a 10 cm como el peor dolor posible.⁴⁶</p> <p>Teniendo en cuenta la necesidad práctica de evaluar el dolor en los pacientes adultos, parece imprescindible la valoración adicional de aspectos emocionales, afectivos, de comportamiento, así como el tener en cuenta otras variables implicadas como estado de ánimo, estrés y ansiedad, entre otras con objeto de delimitar con mayor detalle los factores asociados a la administración de analgesia. El correcto manejo del dolor por parte del equipo multidisciplinario mejora la calidad de vida de los pacientes.⁴⁶</p>	<p>el 8, 9 y 13 de octubre, todos localizados en la piel periférica a la (FE) que aparecía al tener contacto el gasto con la piel, de poca duración y frecuencia, de tipo ardoroso y de intensidad 4/10, 3/10 y 3/10 puntos en la escala de EVA respectivamente a los días que lo manifestó. Se hicieron los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p> <p>También, durante estos días se observó al paciente con el fin de detectar las expresiones verbales y no verbales que manifestaba. Ambas fueron acordes a la puntuación obtenida en la escala de EVA.</p> <p>El dolor tuvo un repercusión directa en su calidad de vida, por ejemplo al no poder conciliar el sueño durante</p>
---	---	---

<p>-Utilizar los 7 correctos como fundamentación para la administración de los medicamentos.</p> <p>-Administración de Paracetamol 1gr intravenoso por razón necesaria.</p> <p>-Administración de Paracetamol 750 mg vía oral por razón necesaria.</p> <p>-Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</p> <p>-Hacer los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>nociceptiva.⁴⁷</p> <p>La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad.</p> <p>³²</p> <p>El paracetamol es un medicamento que se utiliza para el tratamiento sintomático del dolor de intensidad leve o moderada y la fiebre. La dosis</p>	<p>7 correctos para la administración de medicamentos, y con ello se evitaron errores en la administración de los mismos.</p> <p>Los días 8 y 9 de octubre al tener 4/10 y 3/10 puntos en la escala de EVA respectivamente se le administró 1 gramo intravenoso de Paracetamol por razón necesaria y posteriormente al cabo de 30 minutos se revaloró el dolor quedando en un puntaje de 2/10 y 0/10 respectivamente.</p> <p>Posteriormente, el día 13 de octubre con un puntaje de 3/10 obtenido en la escala de EVA, se administró 750 mg de Paracetamol vía oral, siguiendo el cambio en las indicaciones prescritas, posterior a 30 minutos se revaloró el dolor obteniendo 0/10 en la escala de</p>
--	---	---	--

	<p>máxima diaria recomendada es de 4g (ocho tabletas de 500 mg).⁴⁸</p> <p>Del paracetamol se describen las siguientes reacciones secundarias: erupciones cutáneas, lesiones eritematosas o urticaria en forma ocasional. En raras ocasiones ha provocado neutropenia, pancitopenia, metahemoglobinemia, anemia hemolítica y leucopenia, en casos graves puede acompañarse de fiebre y lesiones de mucosas. Puede producir daño hepático, debido a necrosis hepatocelular secundaria a su metabolito circulante (N-acetil-p-benzoquinona).⁴⁹</p> <p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del</p>	<p>EVA.</p> <p>El paciente no presentó reacciones adversas a la medicación, lo cual fue favorable para el manejo del dolor.</p> <p>Se llevaron a cabo los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>
--	--	--

		<p>proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.²⁶</p>	
<p>Enseñanza individual:</p> <p>-Educar al paciente a vigilar su propio dolor.</p> <p>-Uso de técnicas alternativas para manejo del dolor (relajación, distracción, cambios posturales, estimulación cutánea).</p>	<p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<p>El dolor se considera el evento más estresante y generador de discomfort para un elevado porcentaje de los pacientes. Este se convierte en el principal obstáculo para dormir, pues incrementa la ansiedad e inquietud y deteriora el patrón de reposo.⁵⁰</p> <p>La utilidad de las técnicas alternativas estriba en que conducen a la consecución de un estado de reducción de la activación general del organismo, con lo que esto supone de beneficio, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y</p>	<p>Se le orientó al paciente para que fuera capaz de identificar las condiciones que le producían el dolor, con el fin de evitarlo o minimizarlo. Él comprendió que la excreción de la (FE) era algo que no podía evitar, pero aprendió a adoptar posturas que evitaron el contacto directo con la piel.</p> <p>Posteriormente se le propuso utilizar técnicas alternativas para manejar y minimizar el dolor; el paciente al inicio no mostró interés por la</p>

		psicológica. De hecho, en muchos trastornos y enfermedades está implicado como uno de los factores responsables un exceso de activación. En estos casos, la práctica de las técnicas alternativas no solamente resulta útil, sino que suele estar presente en alguna de sus manifestaciones en el propio procedimiento terapéutico. ⁵¹	intervención, pero al manifestar el dolor se le propuso poner en práctica las técnicas alternativas y se obtuvieron resultados favorables, a partir de ese momento mostró interés por la técnica de relajación a base de respiraciones profundas y los cambios posturales.
<p>Confort:</p> <p>-Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento).</p> <p>-Alentar a que mantenga horarios regulares para dormir y despertarse. Evitar</p>	<p>P.C.</p> <p>A.E.</p>	<p>La comodidad es un aspecto esencial y sencillo del cuidado de enfermería en el manejo del paciente, aunado a esto, es necesario promover el bienestar psicológico, promoviendo una posición cómoda para dormir, reducir y priorizar el número de actividades de cuidado para evitar interrupciones en el sueño del paciente.⁵⁰</p> <p>El sueño es una necesidad humana fundamental. Es considerado un reloj biológico complejo que funciona sobre un periodo de 24 horas, en el cual se controla una gran cantidad de procesos fisiológicos, como la temperatura, el pulso, la</p>	<p>En los momentos en que el paciente se encontró en decúbito dorsal, independientemente de que manifestara o no dolor, se le ayudó a colocarse en una posición más cómoda, utilizando los recursos con los que contaba (sábanas, almohadas, cobijas, etc.), posterior a acomodarse, manifestó alivio y confort.</p> <p>El dolor de tipo ardoroso que se valoró al paciente y la confirmación verbal de la incomodidad a la hora</p>

<p>siestas prolongadas.</p> <p>-Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.</p>	<p>A.E.</p>	<p>tensión arterial y la secreción hormonal y que, a su vez, sincroniza factores ambientales como la luz y la oscuridad.⁵⁰</p> <p>En la etapa de transición de la vigilia al sueño, ocupa cerca del 5% del tiempo de sueño en adultos sanos. En esta se presenta una disminución de las constantes vitales. Durante esta fase el sueño es fácilmente interrumpible. Esta etapa dura pocos minutos.⁵⁰</p>	<p>de dormir, fueron manifestaciones suficientes para recomendar al paciente que mantuviera horarios regulares para dormir y despertarse, además de implementar una rutina para facilitar la hora de transición del estado de vigilia al del sueño. El paciente refirió que durante las noches a parte del dolor que manifestó era difícil permanecer dormido, ya que el personal de salud, a ciertas horas lo despertaron para realizar algunas intervenciones, sin embargo, dijo poner en práctica las recomendaciones. Se desconoce si realmente llevó a cabo las intervenciones, ya que los días que presentó dolor también presentó cansancio bostezos, falta de energía y siestas.</p>
--	-------------	--	--

DIAGNÓSTICO	Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C alteración en el tracto intestinal, dieta hipograsa seca M/P ruidos peristálticos disminuidos, deshidratación.		
DEFINICIÓN	Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.		
OBJETIVO	Mejorar la función gastrointestinal.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Manejo intestinal: -Auscultar 1 vez por turno los ruidos intestinales. -Medir una vez por día el perímetro abdominal. -Mantenerse en posición decúbito lateral derecha para favorecer el vaciamiento gástrico y la motilidad gastrointestinal. -Posteriormente colocarse en decúbito lateral izquierdo para	T.C. T.C. P.C. P.C.	Los ruidos intestinales son consecuencia de la contracción de la musculatura intestinal y de la movilización de su contenido. Son ruidos suaves, continuos, abundantes y separados por pausas regulares. Lo normal es escuchar como clics o gorgoteos regulares, entre 5 a 35 por minuto. Si el intestino contiene líquido y gas, se pueden auscultar ruidos de alto tono -intestino delgado- o cuando el gorgoteo es prolongado y de tono más grave se habla de borborigmo del colon. Para concluir que los ruidos intestinales están ausentes, se deben auscultar unos 3 a 5 minutos. ⁵² La Federación Internacional de Diabetes	Una vez por turno, durante los días de valoración, se auscultaron los ruidos intestinales del paciente, siempre se auscultaron de baja intensidad, por lo que el movimiento de los intestinos era escaso al impulsar los alimentos a causa de la colectomía total a la que fue sometido. Canalizó gases a través de la (FE). Una vez por día, durante los días de valoración y antes de que el paciente ingiriera el desayuno, se le pidió ponerse de pie y se le midió el perímetro abdominal con una

<p>evitar el reflujo gastroesofágico.</p> <p>-Administración de Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas.</p> <p>-Administración de Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas.</p> <p>-Administración de Trimebutina 200 mg vía oral cada 8 horas.</p> <p>-Hacer el registro correspondiente en la hoja de Enfermería.</p>	<p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p> <p>T.C.</p>	<p>incorporó población no obesa para determinar los puntos de corte de la circunferencia de cintura y redujo los puntos de corte para definir obesidad abdominal, considerando de mayor riesgo cifras > 94 cm para los hombres y > 80 cm para las mujeres. La medición de la circunferencia de cintura debe ser realizada a nivel la línea media axilar, en el punto medio entre el reborde costal y la cresta iliaca, con una huincha plástica no deformable. Se realiza con el paciente en posición de pie, y al final de una espiración normal. Se recomienda realizar al menos 2 mediciones las cuales deben ser promediadas.⁵³</p> <p>La importancia del uso de la Escala Visual Analógica (EVA), se explica porque la medición del nivel de intensidad del dolor es un predictor significativo de la complejidad del manejo del dolor y del tiempo necesario para obtener un control estable de éste. Siendo la intensidad del dolor, probablemente, la experiencia clínica más</p>	<p>cinta métrica. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: del día 6 al 8 de octubre midió 70 centímetros. El día 9 de octubre midió 71 centímetros. Los días 10 y 13 de octubre midió nuevamente 70 cm. Los días 14 y 15 de octubre midió 71 centímetros y el día 16 de octubre midió 72 centímetros. Se observó que no tuvo tendencia evidente de presentar distensión abdominal o al aumento de masa abdominal.</p> <p>Después de consumir el desayuno, se observó que se comenzaba a excretar por la (FE), indicando que aunque disminuida, existía actividad intestinal.</p> <p>Se indicó al paciente después de ingerir los alimentos colocarse en decúbito lateral derecho para</p>
--	---	--	---

	<p>relevante, independientemente de la propia enfermedad, por lo que debería ajustarse a una metodología estándar de evaluación. Y tal vez, el criterio más importante de validez para una medida de dolor sea su capacidad para detectar cambios con el tratamiento o en procedimientos que sabemos que los producen.⁵⁴</p> <p>Desde la ingestión del alimento el contenido gástrico tarda unas horas en vaciarse al intestino delgado. Los mecanismos que regulan el vaciamiento del estómago tienen como objetivo la óptima digestión y absorción de esos alimentos. El vaciamiento del quimo sigue un orden determinado, modificándose la velocidad en función de las propiedades física y químicas de los alimentos ingeridos. Los líquidos comienzan a vaciarse inmediatamente y su velocidad depende de su composición química y su tonicidad. Los sólidos tienen una fase inicial de retardo hasta que su tamaño se reduce a unas dimensiones</p>	<p>favorecer el vaciamiento gástrico y favorecer la motilidad gastrointestinal; después colocarse en decúbito lateral izquierdo para evitar el reflujo gástrico.</p> <p>Se revisaron las indicaciones prescritas todos los días de valoración, en ellas tenía indicado los siguientes medicamentos: los días 6 y 7 de octubre Omeprazol 40 mg intravenoso cada 24 horas y Octreotide 100 mcg subcutáneo cada 8 horas.</p> <p>Posteriormente, a partir del día 8 de octubre, a parte de los dos medicamentos anteriores se agregó Trimebutina 200 mg vía oral cada 8 horas.</p> <p>Se utilizó como fundamentación para la administración de medicamentos los 7 correctos para</p>
--	--	--

	<p>mínimas que permiten su vaciamiento. El vaciamiento gástrico está determinado, por la motilidad del estomago, los patrones motores de la unión gastroduodenal (píloro) y la motilidad del duodeno proximal.⁵⁵</p> <p>El reflujo gastroesofágico es el paso del contenido gástrico a la porción distal del esófago, siendo en ocasiones asintomático; por lo que se considera normal o fisiológico. Sin embargo, cuando está asociado con síntomas como pirosis, disfagia, tos, crisis de asma o dolor torácico atípico se asocia generalmente a un daño de la mucosa esofágica, oro faringe, laringe, árbol bronquial, y pulmones. Cuando el reflujo es sintomático y se acompaña de estas lesiones se conoce como enfermedad por reflujo esófago gástrico. Generalmente se produce por trastorno de los mecanismos que previenen la entrada excesiva de contenido gástrico (ácido, pepsina, y sales biliares) en el esófago distal.⁵⁶</p>	<p>evitar errores y después se mantuvo en observación con el fin de detectar reacciones adversas a la medicación, las cuales fueron negativas.</p> <p>Se hicieron los registros correspondientes en la hoja de Enfermería.</p>
--	---	--

	<p>Las notas de Enfermería evidencian la atención que se brinda de forma completa, basándose en la planeación y administración de necesidades de cada persona para llevar a cabo las intervenciones de Enfermería; reflejan la relación enfermera-persona de cuidado, fundándose en la confianza establecida en la comunicación, eje del proceso de cuidado. Fundamentalmente, se anexan con este fin a la historia clínica y pueden ser utilizadas para mejorar la calidad de atención. Estos registros clínicos sirven como documento legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial que presta el servicio y del personal de la salud, para defenderlos ante una acción legal.²⁶</p>	
--	--	--

DIAGNÓSTICO	Baja autoestima R/C actual estado de salud, estancia hospitalaria prolongada M/P llanto, informe verbal de desesperanza.
DEFINICIÓN	Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación

	actual.		
OBJETIVO	Fomentar la autoestima.		
INTERVENCIONES	S. E.	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Potenciación de la autoestima:</p> <p>-Observar las frases del paciente sobre su propia valía.</p> <p>-Animar al paciente a identificar sus virtudes.</p>	<p>T.C.</p> <p>A.E.</p>	<p>Las fuentes interiores de la autoestima son el sentido propio de valía y la confianza en que se es plenamente capaz de enfrentar los desafíos de la vida. Branden explica que una autoestima saludable se sustenta en un doble pilar conformado por la eficacia personal y el respeto a una misma, y si alguno de ellos falta: la autoestima se deteriora.⁶³</p> <p>Cuando una persona goza de una determinada habilidad o capacidad, pero no la reconoce como valiosa, ésta falta de reconocimiento debe bastarle para aplicarse con más ahínco en esa habilidad o capacidad. Si desarrolla con mayor disciplina y esfuerzo esa habilidad o capacidad a la que no le ha dado la importancia debida, su vida será muchísimo más productiva y satisfactoria.⁶⁴</p>	<p>El paciente acostumbraba a deambular por los pasillos del servicio e incluso por los alrededores del mismo, se mostraba alegre, cooperador y sociable con los pacientes y con el personal de salud. Por tener una estancia hospitalaria prolongada ya era conocido en el servicio.</p> <p>Sin embargo, los días en que permanecía la mayor parte del tiempo acostado en su cama, sin energía, apático, indiferente y tomando siestas era evidente que su estado de ánimo se encontraba afectado.</p> <p>En esos días las expresiones ante su estado de salud eran evidentes</p>

			<p>y crueles, algunas veces dijo: “nunca me voy a recuperar”, “ya no soy nada de lo que era antes”.</p> <p>Ante eso, se tomó la decisión de ayudarlo y a su vez animarlo a identificar las virtudes que poseía, al inicio se rehusó pero el ejercicio le sirvió como desahogo y posteriormente aceptó que mantenía virtudes que lo hacían valioso como persona.</p>
<p>Mejora de la imagen corporal:</p> <p>-Observar la frecuencia de las frases de autocrítica.</p> <p>-Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.</p> <p>-Ayudar al paciente a separar el aspecto físico</p>	<p>T.C.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<p>La autocrítica se define como un proceso que incluye el reconocimiento de los propios errores, el aceptarlos, saber perdonarlos y, por fin, superarlos así como reconocer aquello que se hace bien, que genera satisfacción y sentido de utilidad, sea o no reconocido por los demás: es suficiente con el propio reconocimiento.⁶³</p> <p>Comprende la morfología corporal (belleza, estatura, etc.) y las características fisiológicas</p>	<p>Los días que presentó baja autoestima, como se mencionó anteriormente, sus frases de autocrítica fueron pesimistas y crueles, en contraste a ello, los días en que estaba alegre su ego era evidente, llegando a manifestar: “yo ya tengo influencia y poder en este Hospital”.</p> <p>Se le recomendó hacer acciones</p>

<p>de los sentimientos de valía personal.</p>	<p>(enfermedades físicas o psicológicas, congénitas o adquiridas) Hay que integrar el aspecto físico a la aceptación de nuestra personalidad.⁶³</p> <p>La imagen corporal es un constructo complejo que incluye percepciones del cuerpo (componente perceptivo), actitudes, sentimientos y pensamientos (componente cognitivoafectivo), así como las conductas derivadas de estas (componente conductual), contribuyen a la formación del autoconcepto y forman parte de él. En esta compleja construcción de la imagen del individuo, la imposición de un modelo estético origina una inevitable comparación y discrepancia entre el cuerpo ideal (autoimagen ideal del cuerpo) que impone la sociedad y el cuerpo percibido (autoimagen percibida del cuerpo). De esta discrepancia y la comparación negativa puede surgir insatisfacción corporal, considerada una de las causas más destructivas de la autoestima.⁶⁵</p>	<p>que mejoraran su aspecto físico, con el fin de que se sintiera más a gusto consigo mismo. El paciente siempre era el primero en realizar sus actividades de autocuidado, incluso vestía ropa civil (playeras, bermudas y gorra), manifestaba que sentirse limpio y arreglado aumentaba su autoestima.</p> <p>Sin embargo, se le hizo entender que las personas también son valiosas por sus sentimientos, virtudes y actitudes y no solo por su aspecto físico. El acepto los comentarios y manifestó que él se consideraba una buena persona, que trataba de ayudar a la gente y que antes tenía muchos amigos, sin embargo ahora que su estado de salud había cambiado, sentía que las personas se habían</p>
---	--	--

			olvidado de él cuando más los necesitaba, por ello necesitaba verse y sentirse bien para demostrarle a los demás que seguía siendo un hombre fuerte.
<p>Apoyo emocional:</p> <p>-Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.</p> <p>-Ayudar al paciente a reconocer sentimientos que no le favorezcan para elevar su autoestima.</p> <p>-Proporcionar apoyo en la toma de decisiones.</p>	<p>A.E.</p> <p>A.E.</p> <p>A.E.</p>	<p>La autoafirmación significa respetar mis deseos, necesidades y valores y buscar su forma de expresión adecuada en la realidad. Significa la disposición a valerme por mí misma, a ser quien soy abiertamente, a tratarme con respeto en todas las relaciones humanas. Está relacionada con la autenticidad.⁶³</p> <p>La autoestima se ha definido como el concepto que tenemos de nuestra valía personal, que involucra todos nuestros sentimientos, pensamientos, actitudes y experiencias que sobre nosotros mismos hemos recogido en el trayecto de nuestra vida. Es así, como el conjunto de evaluaciones, experiencias e impresiones, se correlacionan para formar un sentimiento positivo</p>	<p>Siempre que se abordó el tema de conversación cuando presentaba bajo estado de ánimo lloraba, diciendo que se sentía triste y desamparado. Se le permitió utilizar el llanto y la conversación como medio para desahogarse y posteriormente retomar la identificación de sus virtudes para potencializar su propia valía.</p> <p>El paciente se mostró agradecido y refirió que era una ayuda que consideraba muy especial, ya que, durante su hospitalización ningún profesional de Enfermería se había interesado en ayudarlo en el</p>

	<p>de nosotros mismos ó por el contrario, un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos ser. La autoestima, es como nuestra propia imagen, a las luz de nuestros valores y metas, es decir, la apreciación que tiene cada persona de sí mismo.⁶⁶</p> <p>El autoconcepto y autoestima juega un papel muy importante en la vida de las personas; la satisfacción de uno mismo los éxitos y fracasos, el bienestar psíquico y el conjunto de las relaciones sociales se ven afectados. Tener una autoestima positiva es de la mayor importancia para la vida personal, profesional y social del sujeto. Esto favorece el sentido de la propia identidad, constituye su marco de referencia, desde el cual interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye su rendimiento personal, aumenta sus expectativas, su motivación, contribuyendo así a su salud y equilibrio psíquico.⁶⁶</p>	<p>aspecto emocional. Refirió que sentía confianza y veces posteriores el mismo buscaba entablar conversación como forma de desahogo y para poder tomar decisiones que lo motivaran a aceptar su estado de salud.</p>
--	--	---

IX. CONCLUSIÓN

El procedimiento de colectomía total fue derivado de los múltiples intentos de reconexión intestinal a los que fue sometido el paciente Julio C. H. R. El pronóstico para que las reconexiones fueran exitosas cada vez era menor; por tal motivo, la Fístula Enterocutánea se hizo presente.

Debido a esto, las intervenciones de Enfermería aplicadas durante la realización del Proceso Enfermero fueron priorizadas de acuerdo a lo que establece la literatura, utilizándola como fundamentación científica (hidratación, nutrición y prevención de la sepsis); además se utilizó el instrumento de valoración de Orem y sus requisitos de autocuidado universal, para identificar otras deficiencias de salud del paciente.

Al inicio del Proceso Enfermero, el paciente Julio C. H. R. tenía una estancia hospitalaria prolongada y manifestaba desesperanza al no mejorar su estado de salud, en ese momento se le explicó que los cuidados que se le han proporcionado son paliativos porque su estado salud solo se está manteniendo, sin embargo, podía llegar a ser lo más independiente posible dentro de la realización de esos cuidados.

Dentro de la estancia hospitalaria, se cumplieron satisfactoriamente los objetivos de los diagnósticos principales (hidratación, nutrición y prevención de la sepsis) y por medio del Plan de Alta se le capacitó al paciente para que continuara con su cuidado en casa y mantuviera su calidad de vida, perfeccionando los conocimientos y técnicas que se le enseñaron durante la estancia hospitalaria; sin embargo, al valorarlo en consultas posteriores, se observó una evidente pérdida de peso, lo que indicó que la dieta recomendada no era consumida adecuadamente. Otro dato alarmante, fue la falta de ánimo y energía que presentó.

De acuerdo a los motivos anteriores, se le propuso al paciente brindar un seguimiento de salud en su domicilio con el único fin de mantener y/o mejorar su salud; desafortunadamente no lo aceptó pues manifestó sentirse abrumado de las intervenciones del personal de salud.

Por último, se debe recalcar que el personal de Enfermería recibe una formación profesional con el fin de que los cuidados que proporcione sean éticos, humanísticos y fundamentados científicamente. Debe recordar siempre que la salud de las personas depende en gran medida de la identificación y ejecución correcta de las intervenciones que pretenda realizar y de la motivación que le trasmite al paciente para guiarlo a la mayor independencia posible en su propio cuidado.

Con ello, se propone a los profesionales de Enfermería utilizar todos los recursos disponibles para mantener y/o mejorar el estado de salud de los pacientes, por ejemplo, en el caso del paciente Julio C. H. R. debería ser importante brindar apoyo tanatológico, como ayuda para enfrentar el proceso de duelo ante las deficiencias en su salud.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Cabal V E. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería [online]. Bogotá. 2011; (6): [73-81]. Disponible en: <http://www.uelbosque.edu.co>
2. Villalobos N A. La implementación en el nivel operativo del proceso de enfermería. Revista latinoamericana de enfermería Gem [online]. Janeiro. 2009; 7 (7): [67-73]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13450.pdf>
3. Brito P R. El Proceso Enfermero en atención primaria. Ene Revista de enfermería. [online]. 2008; 3 (1): [17-26]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org>
4. HGM. Programa de Trabajo de la Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería. Subdirección de Enfermería. México. 2002.
5. Sánchez Rueda G. Dorothea Orem. Aproximación a su teoría. Revista Rol de Enfermería [online]. 2010; 22 (4): [309-311]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004
6. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enfermería Neurológica [online]. México. 2011; 10 (3): [163-167]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
7. Berdayes Martínez D. Desarrollo teórico de enfermería. Conferencia impartida en la Facultad de Enfermería Lidia Doce. La Habana. 2012.
8. Navarro Peña Y. Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global [online]. Murcia. Junio 2010; (19): [1-14]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>
9. Prado Solar L A. González Reguera M. Paz Gómez y Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista médica electrónica [online]. Cuba. 2014; 36 (6): [835-845]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
10. Nicolás Pereira C. Vega J. Readí A. Abedrapo M. y Galleguillos A. Diveticulitis aguda complicada: tendencias en el tratamiento actual. Revista Chilena de Cirugía [online]. Diciembre 2012; 64 (6): [581-585]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531957015>

11. Raña Garibay R. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. Etiología, fisiopatología, epidemiología: en México y el mundo. Revista de gastroenterología de México [online]. 2008; 73 (4): [255-257]. Disponible en: <https://www.gastro.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/MESA1EnfermedadDiverticularDelColon.pdf>
12. Aller de la fuente R. Enfermedad diverticular del colon. Revista Española de Enfermedades digestivas [online]. Madrid. 2005; 97 (6): [458-458]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v97n6/paciente.pdf>
13. Imigo F. Carcamo L. Cárcamo F. Castillo E. Fonfach C y Avendaño R. Diverticulitis aguda colónica. Etiología, diagnóstico y alternativas terapéuticas. Revistas electrónicas UACH [online]. Chile. 2012; 26 (1): [1-14]. Disponible en: http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642012000100005&script=sci_arttext
14. Llop J. Cobo S. Padullés A. Farran L. Jódar R y Badia M. Soporte nutricional y factores de riesgo de aparición de fístulas enterocutáneas. Nutrición hospitalaria [online]. 2012; 27 (1): [213-218]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n1/27_original_16.pdf
15. Martínez Ordaz J L. Luque de León E. Suárez Moreno M. Blanco Benavides R. Fístulas enterocutáneas postoperatorias. Gaceta médica de México [online]. 2003; 139 (2): [144-151]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm032g.pdf>
16. Vincench Medina M. Pérez Pupo A. Morales Ochoa A I. Nuevos enfoques en el tratamiento de las fistulas enterocutaneas. Correo científico médico [online]. 2012; 16 (1). Disponible en: www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/231/50
17. Riobo P. Sánchez V. Burgos R y Sanz A. Manejo de la colectomía. Nutrición Hospitalaria [online]. 2007; 22 (2): [135-144]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22s2/nutricion7.pdf>
18. Meza García M. Disturbios del estado ácido-básico en el paciente crítico. Acta Med Per [online]. 2011; 28 (1): [46-55]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n1/a08v28n1>

19. Villegas González J. Villegas Arenas O A. Villegas González V. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Archivos de medicina [online]. Julio 2015; 12 (2): [221-240]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273825390009>
20. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific Opinion on Dietary reference values for water. EFSA Journal [online]. 2010; 8 (3): [48-48]. Disponible en: http://www.europeanhydrationinstitute.org/es/hydration_levels.html
21. Mirchandani Jagwani J N. Arias Rico R. Contenido en electrolitos de medicamentos de uso parenteral autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Farmacia Hospitalaria [online]. 2013; 37 (2): [128-134]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v37n2/06original05.pdf>
22. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific Opinion on Dietary reference values for water. European Hidratyon Institute [online]. 2011; 8 (4). Disponible en: <http://www.europeanhydrationinstitute.org/es/dehydration.html>
23. Saucedo Molina T. Unikel Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. Salud mental [online]. 2010; 33 (1): [11-19]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n1/v33n1a2.pdf>
24. Moreno González M A. Ortiz Viveros G R. Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. Terapia psicológica [online]. 2009; 27 (2): [181-190]. Disponible en: <http://teps.cl/files/2010/05/art04.pdf>
25. Secretaría de Gobernación. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Diario Oficial de la Federación [online]. 2006. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2107165&fecha=23/01/2006

26. Córdova Díaz L A. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. Gaceta parlamentaria [online]. Marzo 2014; VI (3974). Disponible en:<http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/62/2014/mar/20140304-VI/Iniciativa-17.html>
27. Prado M A. Alimentación y nutrición: principios fundamentales. Alimentación y Nutrición [online]. Ministerio de educación cultura y deporte. Disponible en:http://recursos.cnice.mec.es/edfisica/publico/articulos/articulo1/alimentacion_y_nutricion.pdf
28. Ravasco P. Anderson H. Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutrición Hospitalaria [online]. 2010; 25 (3): [57-66]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226766009>
29. Rodríguez Cano A. Terapia nutricia en fístula enterocutánea, de la base fisiológica al tratamiento individualizado. Nutrición hospitalaria [online]. 2014; 29 (1): [37-49]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v29n1/06revision4.pdf>
30. Molliendo Montaña F E. Trejo Ortiz P M. Araujo Espino R. Lugo Balderas L G. Índice de masa corporal, frecuencia y motivos de estudiantes universitarios para realizar actividad física. Infomed [online]. 2013; 27 (3). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/218/107>
31. Suárez Villa M. Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado. ciencia e Innovación en Salud [online]. Diciembre 2013; 1 (2): [126-133]. Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/innovacionsalud/index.php/innovacionsalud/article/viewFile/128/133>
32. Gómez Ramírez O J. Soto Gámez A. Arenas Gutiérrez A. Garzón Salamanca J. González Vega A. Mateus Galeano E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Avances en enfermería [online]. 2011; 29 (2): [363-374]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>

33. Secretaría de Gobernación. Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que constituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. 2012. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012
34. Conchari Cabrera G B. Luna Barrón B. Otorola Zambrana G H. Vargas Araya K E. Niveles de proteínas totales, albúmina, globulinas y hierro en conscriptos del colegio militar del ejercito 1^{er} semestre del año 2002 La Paz- Bolivia. Ciencia y medicina [online]. 2003; 4: [24-27]. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rcm/n4/n4a06.pdf>
35. Castro López M. Romero Vázquez A. Factores de riesgo asociados a infección de heridas quirúrgicas en colecistectomía abierta electiva. Salud en Tabasco [online]. 2010; 16 (1): [869-874]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48719442003>
36. Resino S. Células del sistema inmunitario. Epidemiología molecular [online]. Disponible en: <http://epidemiologiamolecular.com/celulas-sistema-inmunitario/>
37. Florez Almonacid C I. Romero Bravo A. Higiene del paciente en cama. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería [online]. Octubre 2010; [8-8]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b1_higiene_paciente_cama.pdf
38. González Medécigo L E. gallardo Díaz E G. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Revista digital universitaria [online]. Agosto 2012; 13 (8): [15-15]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
39. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. OMS [online]. 2013; [73-73]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84918/1/9789243503370_spa.pdf

40. San Martín Loyola A. protocolo de heridas quirúrgicas. Protocolo de actuación. Universidad Pública de Navarra [online]. 2014; [42-42]. Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11280/AguedaSanMartinLoyola.pdf?sequence=1>
41. Ferrer C. Almirante B. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Elsevier Doyma [online]. 2014; 32 (2): [115-124]. Disponible en: http://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc_eimc_v31n12p115a124.pdf
42. Seisdedos Elcuaz R. et al. Infecciones relacionadas con el catéter venoso central en pacientes con nutrición parenteral total. Nutrición hospitalaria [online]. 2012; 27 (3): [775-780]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n3/14_original_11.pdf
43. Galindo F. Waintein D E. Irigoyen M. Beninka E. Fístulas enterocutáneas. Enciclopedia Cirugía Digestiva [online]. 2014; 255 (3): [1-29]. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/dcincuentaycinco.pdf>
44. Solana J M. Botrán M. Bustinza A. Infecciones nosocomiales. Infección por catéter. Anales de pediatría continuada [online]. 2010; 8 (4): [73-167]. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/infecciones-nosocomiales-iinfeccion-por/articulo/80000563/>
45. Clarett M. Pavlotsky V. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. [online]. 2012. [1-39]. Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
46. Teniza Noguez D. valoración del dolor en el paciente adulto con afección cardiovascular. Revista mexicana de Enfermería cardiológica [online]. 2011; 19 (1): [34-40]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111f.pdf>

47. García P. Del Río R. Guzmán R. Martínez M I. Scior T. Estudios preliminares sobre el efecto analgésico del extracto de hojas de *Ageratina glabrata* en dos modelos térmicos de dolor agudo. *Revista mexicana de Ciencias Farmaceuticas* [online]. 2011; 42 (1): [45-51]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57918590005>
48. García González Y. Fernández Nin M V. Torriente Valle M. Díaz Rodríguez D. Paracetamol: ¿Adictivo? Presentación de un caso. *Revista cubana de medicina militar* [online]. 2010; 39 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572010000300012&script=sci_a_rtttext
49. Ordorica Flores R M. Analgesia postoperatoria en cirugía pediátrica. *Revista mexicana de pediatría* [online]. 2010; 77 (1): [521-526]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101e.pdf>
50. Achury Saldaña D M. Achury L F. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería* [online]. 2010; 12 (1): [25-42]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145216903003>
51. Chóliz Montañes. Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración. Facultad de psicología valencia [online]. [1-27]. Disponible en: <http://www.uv.es/choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
52. Candiotti Busaniche M. Examen físico abdominal. *Semiología clínica* [online]. 2011. [1-28]. Disponible en: <https://semiologiaunl.files.wordpress.com/2011/08/2011-taller-8-examen-fisico-abdominal1.pdf>
53. Moreno González M I. circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. Departamento de Nutrición, Diabetes y metabolismo [online]. 2010; 29: [85-87]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art08.pdf>
54. Alonso Aperador L. La escala visual analógica. Clínica odontológica integrada de adultos [online]. 2013. [1-43]. Disponible en: <http://jaimedelrio.es/wp-content/uploads/2013/05/La-Escala-Visual-Anal%C3%B3gica.pdf>

55. Martínez E. Mañas M. Yago M D. Capítulo 8. Fisiología de la digestión [online]. [253-293]. Disponible en: http://www.uco.es/master_nutricion/nb/Gil%20Hernandez/digestion.pdf
56. Arredondo Bruce A. Amores Carrate J. Guerrero Jiménez G. Reyes Oliva R. Enfermedad por reflujo esófago gástrico: una entidad a tener en cuenta. Revista Archivo medico de Camagüey [online]. 2009; 13 (3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n3/amc22309.pdf>
57. Miguel García A. Manual de técnicas y procedimientos de Enfermería. Madrid salud [online]. [1-225]. Disponible en: http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Otros%20documentos%20y%20procedimientos/manual_tecnicas_enfermeria_noviembre.pdf
58. Home Philip. La glucosa: esa dulce toxina. Metabolismo en las comidas [online]. 2014; 49: [5-7]. Disponible en: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_305_es.pdf
59. Tapia Conyer R. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Secretaria de Salud [online]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
60. Amaya M. et al. Evaluación de la técnica de análisis domiciliario de glucemia capilar entre la población con diabetes de siete comunidades autónomas de España. Avances en diabetología [online]. Abril 2011; 27 (2). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-evaluacion-tecnica-analisis-domiciliario-glucemia-90023810>
61. Montaña Pérez M L. Ceballos Salobreña A. Gaitán Cepeda L A. Barreras Serrano A. Manejo de los Residuos Biológico Sólidos. Revista Nacional de Odontología [online]. Septiembre 2011; 8 (3). Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=75401>

62. Redondo Escalante P. Introducción a la Educación para la Salud. Curso de gestión local de salud [online]. 2004; 5: [2-28]. Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>
63. Branden N. Desarrollo de la autoestima. Los seis pilares de la autoestima Paidós [online]. [43-69]. Disponible en: <http://www.gitanos.org/publicaciones/guiapromocionmujeres/pdf/04.pdf>
64. Dartigues K. Valía personal y exigencias íntimas. Zócalo Saltillo [online]. 2009. Disponible en: <http://www.zocalo.com.mx/images/uploads/archive/123636750360.pdf>
65. Fernández Bustos J G. González Martí I. Contreras O. Cuevas R. Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. Revista latinoamericana de Psicología [online]. Febrero 2015; 47 (1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205-articulo-relacion-entre-imagen-corporal-autoconcepto-90385985>
66. Mejía Estrada A. Pastrana Chávez J J. Mejía Sánchez J M. La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional. XII Congreso Internacional de la Teoría de la Educación [online]. 2011; [1-13]. Disponible en: <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/A+R/103.pdf>
67. Olvera Arreola S. et al. Factores relacionados con la presencia de caídas de caídas en pacientes hospitalizados. Revista de investigación clínica [online]. 2013; 65 (1): [88-93]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn131j.pdf>
68. Barrientos Sánchez J. Hernández Cantoral A. Hernández Zavala M. adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. Enfermería universitaria [online]. 2013; 10 (4): [114-119]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n4/v10n4a2.pdf>
69. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Medición de signos neurológicos Escala de Glasgow. Documentación de Enfermería [online]. 2011; 2: [1-6]. Disponible en: <http://www.madrid.org/>

70. Casas Oñate M L. Cerro Serrano C. Martínez Terol F. Velazco Sánchez E M. Recomendaciones para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Complejo hospitalario universitario de Albacete [online]. 2012; [2-23]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/e16faaeec77d5e943d6515699ca107e3.pdf>
71. Córdoba Villalobos J A. Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Secretaria de Salud [online]. 2010. Disponible en: <http://www.hraev.salud.gob.mx/descargas/Enfermeria/ProtocoloPrevencionCaidas.pdf>
72. Instituto Nacional de Rehabilitación. Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Secretaria de Salud [online]. 2012. Disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/PRT-DQ-02.pdf>
73. Castro Hernández F I. Zavala Suárez E. Ramírez Hernández C. Villela Rodríguez E. Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. Revista CONAMED. 2013; 18 (2): [59-63].
74. Pérez Martínez V. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. Revista cubana Med Gen Integ [online]. 2008; 24 (1). [1-8]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n1/mgi10108.pdf>
75. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Universidad de Antioquia [online]. 1999; [1-8]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>
76. Carballo Chinarro A I. Guía rápida de colostomía. Fundación te cuidamos orientación y asistencia sanitaria [online]. 2008; [1-27]. Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-COL.pdf>
77. Arroyo A. Pérez F. Calpena R. Pico J. Guía de información al paciente sobre colostomías. Generalitat valenciana Conselleria de sanitat [online]. 2006; 1: [1-27]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.1373-2006.pdf>

XI. ANEXOS

Anexo1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

La presente Carta de Consentimiento Informado fue realizada por la Pasante de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería Andrea Estrella Monroy, dirigida al señor Julio César Hernández Resendiz, quien es atendido en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", en el servicio de Cirugía General 303 con el diagnóstico de Fístula Enterocutánea de bajo gasto.

Por medio del presente documento solicito su autorización para realizar un estudio de caso, denominado Proceso de Atención de Enfermería, el cual tiene como objetivo proporcionarle un cuidado por medio de intervenciones de Enfermería fundamentadas científicamente. El orden será iniciando con una valoración que consistirá en una anamnesis seguida de una exploración física, las cuales arrojarán datos relevantes para proporcionarle un plan de acción para mantener y mejorar su estado de salud.

La información obtenida en la elaboración del Proceso Enfermero tendrá un carácter eminentemente confidencial y con fines académicos, de tal manera que su identidad no se hará pública por ningún medio. De igual forma, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de los datos y resultados obtenidos.

Los beneficios que obtendrá la Pasante de Servicio Social Andrea Estrella Monroy, únicamente serán para la presentación del Proceso de Atención de Enfermería y lograr, así mismo, la obtención de su Título Profesional, logrando el grado de Licenciada en Enfermería.

Este estudio de caso ha sido revisado y aprobado por autoridades encargadas de coordinar el seminario de Titulación: Mtra. Olivia Salas Martínez, Mtra. Sonia Martínez López y Mtra. Leticia Hernández Delgado. Si tiene cualquier pregunta o duda acerca de este trabajo podrá ponerse en contacto con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México comunicándose al teléfono 56 55 23 32 ext. 235 con la Coordinadora de servicio social Lic. Reyna Hurtado Ponce, dicha institución se ubica en Calzada México Xochimilco S/N Col. San Lorenzo Huipulco C.P. 14370 Tlalpan, México D.F.

En consideración de lo anterior, agradezco su participación y disponibilidad voluntaria en la realización del presente estudio de caso.

Yo _____ expreso voluntaria y conscientemente mi autorización para que la pasante de Servicio Social Andrea Estrella Monroy del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, promoción agosto 2014 - julio 2015, realice la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, habiendo comprendido la información antes mencionada, constatando que se me explicaron los fines y beneficios de la misma.

PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

RESPONSABLE

Nombre del responsable: _____

Firma del responsable: _____

Fecha: _____

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PERINATAL.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PERINATAL

Fecha: ___ / ___ / ___ Servicio: _____ Enfermera (o) perinatal: _____

1.- DATOS GENERALES.

Nombre _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
Ocupación: _____ Peso I/A: _____ Talla: _____ IMC: _____ Grupo Rh: _____
Religión: _____ Escolaridad _____ Ocupación: _____ Origen y Residencia: _____
Teléfono: _____
Domicilio: _____
Persona Responsable _____ Parentesco: _____ Pareja: Edad _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Trabaja actualmente: _____
Padecimiento: _____ Grupo y Rh: _____

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA.

Tipo de familia: Nuclear _____ Extensa _____ Integrada _____ Desintegrada _____
Con quien vive: _____ Num. de integrantes _____
Comunicación con: La pareja * Hijos: Otros familiares:
Cada cuando se reúne con su familia: _____ Actividades que realiza con la familia: _____
Quien es el sustento de la familia: _____ Ingresos: _____
*Bueno Regular Malo Nulo

3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE.

Vivienda: casa departamento Propia Rentada Otra _____
Tipo de Ventilación _____ Tipo de Iluminación _____
Num. cuartos _____ Cuantas ventanas: _____ Tipo de Construcción: perecedero Durable Mixta Tipo de combustible utiliza: Gas Petróleo Leña Otros: _____
Servicios intradomiciliarios: Agua Luz Drenaje Recolección de basura cada cuando/ como: _____ Pavimentación Vigilancia Teléfono público Medio de transporte Centros Educativos: Kinder prim. Sec Prep. Univ. Recreativos Comerciales Servicios Médicos Cercanos Tiempo de distancia aprox.: _____ Zoonosis: _____ Tipo: _____ Fauna nociva: _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

1. HABITOS DE SALUD:

Higiene de fosas nasales Cada cuando _____ Convive con fumadores: Fuma Cuantos cigarrillos al día _____ Usa técnicas que mejoren su respiración (algún tipo de relajación) _____
Requiere de algún apoyo respiratorio: ¿Cual? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

FC: _____ FR: _____ T/A: _____ TEMP: _____ FCF _____
Aparato respiratorio: Nariz: (deformación, obstrucción, desviación, mucosas, u otra): _____
Tórax y pulmones: (forma y simetría, auscultación, tos, sibilancias, estertores, u otros): _____
Sistema cardiovascular: (inspección, soplos): _____
Sistema vascular periférico: extremidades superiores y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas, edema periférico): _____

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

1. HABITOS DE SALUD:

Acostumbra a tomar agua: Garrafón: Potable: Otros: _____
Líquidos orales en 24 horas (cantidad y tipo): _____
Líquidos que le gustan y/o desagradan: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS:

Hidratación de Piel y Mucosas: _____
 Líquidos Parenterales (Tipo) _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

1. HABITOS DE SALUD:

Cuantas comidas realiza durante el día: _____ Días a la semana en que consume: _____

Leche	Carne	Huevo	Verduras	Frutas	Tortillas	Pan	Quesos	Embutidos	Sal	Azúcar
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Alimentos que le gustan / desagradan: _____
 Variantes dietéticas (culturales, religiosas, médicas) _____
 Suplementos alimenticios: (vitaminas, minerales) _____
 Problemas relacionados con la digestión / ingestión: _____
 Que sentido le da a la comida: Convivencia Recompensa Supervivencia Paliativo Aburrimiento

	Desayuno	Comida	Cena	Colación
¿Con quien come?				
¿Dónde?				
¿Cuanto tiempo dispone para c/comida?				
Horarios				
Alimentos				

2. REVISION POR SISTEMAS:

Boca: (dolores dentarios, sangrado en encía, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, halitosis, dificultad para masticar, endodoncia, parcial o total): _____
 Utiliza prótesis dental Sí No tiene caries: Sí No dientes flojos: Sí No Garganta: dolor disfagia
 Observaciones: _____
 Aparato digestivo: náusea vómito anorexia pirosis polifagia eructos dolor abdominal
 Observaciones: _____

4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCREMENTOS.

Intestinal: (describir características de la eliminación y frecuencia): _____
 Ha presentado problemas en la eliminación intestinal: Sí No ¿Cuáles?: _____
 Ingiere algo para mejorar su eliminación: Sí No ¿qué? _____
 Vesical: (describir características y frecuencia) _____
 Ha presentado problemas en la eliminación vesical: Sí No ¿Cuáles?: _____
 ¿Ingiere algo para mejorar su eliminación?: Sí No ¿qué? _____
 Observaciones: _____

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

1. HABITOS DE SALUD

Tipo de actividad que realiza en: casa _____ trabajo _____
 Realiza actividad física cual/frecuencia/tiempo: _____
 Tiempo libre: _____ ¿Cuántas horas duerme? _____ Sensación al despertar _____
 ¿Presenta alguna dificultad para conciliar el sueño? Sí No ¿cómo lo resuelve? _____
 Duerme durante el día: Sí No Cuanto tiempo: _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema músculo esquelético: _____ tono muscular: _____
 Gama de movimientos _____ Dolor Sí No Fatiga Sí No Rigidez Sí No Tumefacción o Deformaciones: Sí No
 Sistema neurológico: Estado de conciencia _____ Entumecimiento Sí No Hormigueos Sí No
 Sensibilidad al: Calor Sí No Frio Sí No Tacto Sí No Mouv. Anormales Sí No Parálisis Sí No
 Vértigo Sí No Cefalea Sí No Alteraciones de la memoria Sí No Reflejos Sí No
 Observaciones: _____

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

1. HABITOS DE SALUD

Comunicación verbal: Directa Abierta Clara Evasiva Barreras idiomáticas tartamudeos Comunicación no verbal Contacto visual Lenguaje corporal _____ Gestos tono de voz _____
 Mecanismos de defensa Sí No Negación Inhibición Agresividad Hostilidad _____
 Interacciones sociales: Pertenece a algún grupo social, deportivo o cultural. Sí No
 ¿Cuál? _____

2. REVISIÓN POR SISTEMAS

Oído: Dolor Sí No Secreción Sí No Aumento o disminución de Audición Sí No Acúfenos Sí No
Ojos: Dolor Sí No Lagrimeo Sí No Secreción Sí No características: _____
 Simetría _____ Pupilas _____ Edema Sí No
Vista: alteraciones de la visión: _____ Lentes de corrección Sí No fosfenos Sí No
 Nictalopia Sí No Daltonismo Sí No

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

a) Prácticas de Seguridad Personal: ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Sí No trabajo Sí No casa Sí No calle Sí No Observaciones: _____
 ¿Acostumbra realizar revisiones de salud periódicas recomendados para cada edad y medidas terapéuticas? Sí No
 Papanicolau (tiempo y resultado) _____ Mamografía (tiempo y resultado) _____
 Dentista: _____ Oculista: _____ Médico: _____ ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? Sí No ¿Cuáles? _____ ¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida? Auto enfado Enfado con los demás Culpa a otros
 Habla con las personas Ansiedad Reza Lectura Escucha música Baja autoestima Sumisión
 Deportes Otro _____ ¿Ha sufrido algún cambio físico que haya alterado su auto imagen? Sí No ¿Cuál? _____ Consumé... Drogas Sí No Alcohol Sí No Tabaco Sí No Café Sí No Tè Sí No Bebidas de cola Sí No Alimentos chatarra Sí No medicamentos Sí No
 ¿Cuáles? _____
 b) Concepto de su imagen. _____ Espiritualidad _____

8. PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

1. HABITOS DE SALUD

¿Cada cuando se baña? _____ Cambio de ropa: _____ Aseo bucal: _____ Aseo perineal _____
 ¿Cuándo se lava las manos?: _____ ¿Qué significa para usted la limpieza? Buena imagen corporal Buen estado emocional Relación o comunicación con los demás _____ Productos usados para higiene personal _____

2. REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

Piel: Erupción Sí No heridas Sí No Turgente Sí No Protuberancias Sí No Masas Sí No Cambio de color Sí No
 Cambio de olor Sí No **Pelo:** Distribución _____ Cantidad _____ Parásitos _____ Uñas: Aspecto general _____
Mamas: Simetría _____ Tipo de Pezón _____ Secreciones _____ Ganglios _____
 Masas _____ dolor _____ **Genitales:** Aspecto General _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO SEGÚN LAS ETAPAS DE DESARROLLO

MENARCA	RITMO	DISMENORREA	GESTA	P	C	A	O	E

1. DESCRIPCIÓN GINECOLOGICA

IVSA	No. Parejas Sexuales	Circuncidados	Infecciones ginecológicas (Tratamiento)	Papanicolau (Último) resultado.	Cirugías ginecologías.	Sangrados anormales	Incontinencia urinaria	Tumores

Dispareunia	Satisfacción	Sangrado al coito	Ultimo método anticonceptivo	Tiempo de uso	FUM	FPP

2. DESCRIPCIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS

Gesta	Periodo Intergenésico	PCAOE	Sexo	Peso	Complicaciones	SDG	Lactancia/tiempo	Defectos al nacimiento	Vivo/Muerto Salud actual

3. DESCRIPCIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha	SDG	Peso	T/A	FU	Situación	Presentación	Posición	FCF	VAREFE	Edema	Medicamentos	Tratamiento

Planea utilizar algún método de Planificación Familiar Sí No ¿Cuál? _____

Numero de consultas de control prenatal: _____.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A. DESVIACIÓN ACTUAL

1. Percepción de la desviación de salud

a) Inicio de consulta _____ Motivo de consulta _____

b) Comprensión de la alteración actual _____

c) Sentimientos en relación con su estado actual _____

d) Preocupaciones específicas _____

2. Mecanismos de adaptación

a) Uso previo de mecanismos de adaptación _____

b) Repertorio actual de mecanismos de adaptación y de adecuación de los mismos _____

c) Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos) _____

3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida

a) Psicológicos _____

b) Fisiológicos _____

c) Económicos _____

B. HISTORIA PREVIA DE DESVIACIONES DE LA SALUD

Enfermedades en la edad adulta _____

Enfermedades de la infancia _____

Hospitalizaciones _____

Medicamentos prescritos o por iniciativa _____

Inmunizaciones previas: _____

C. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETES:

Última revisión: Agosto de 2012 Asesorado por EEP. Patricia Márquez Torres. Alumnos de la Especialidad:
LEO. Alvarado Resendiz Argelia. LEO. Álvarez Medina Norma Angelina. LEO. Arguello Hernández Elvira. LEO.
Avalos Rosette Guadalupe. LEO. De La Rosa Rivero Ma. Del Carmen. LEO. Espinosa Javier Flor. LEO. Flores
Ramírez María Isabel. LEO. Guerra Hernández Maritza. LEO. Hernández Delgado Verónica. LEO. Hernández Morales
Mayra Xochitl. LEO. Hernández Ovando Rocío. LEO. Hernández Rojas María De Los Ángeles. LEO. Jiménez Orozco
Lázaro. LEO. Muñoz Martínez María Guadalupe. LEO. Ríos Osorio Norma Elizabeth. LEO. Rodríguez Gutiérrez
Erika. LEO. Santos Francisco Araceli.

Anexo 3

Plato del bien comer



Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar información.

Anexo 4

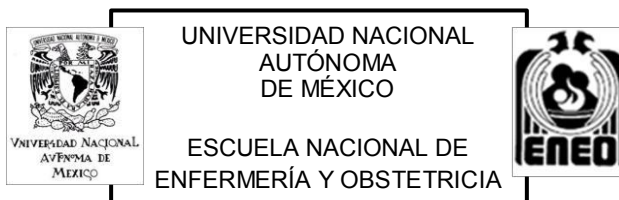
EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
Depuración de creatinina/Filtrado glomerular			
Volúmenes	2900	ml	
Peso	55.0	kg	
Estatura	1.70	mts	
Creatinina en orina de 24 horas	40.13	mg/dl	10-200
Creatinina en suero	0.64	mg/dl	0.6-1.3
Tiempo de recolección	1440	min	
Superficie corporal	1.62	m2	
Intensidad de filtración glomerular	126.277	ml/min	80-120
Porcentaje de función	112.375	%	
Fosforo	4.3	mg/dl	2.4-4.7
Magnesio	1.8	mg/dl	1.8-2.5
Sodio en suero	139.00	mmol/L	136-144
Potasio en suero	3.9	mmol/L	3.6-5.1
Cloro en suero	103	mmol/L	101-111
Calcio en suero	9.10	mg/dl	8.9-10.3
Gammaglutamil transpeptidasa	60	U/L	7-50
Deshidrogenasa láctica	94	U/L	98-192
Amilasa	153.00	U/L	28-100
Lipasa	41.00	U/L	22-51
Glucosa	116	mg/dl	74-99
Urea	38.5	mg/dl	17.4-55.8
Acido úrico	3.4	mg/dl	4.6-8.7
Nitrógeno ureico en orina	545.00	mg/dl	
Nitrógeno ureico de 24 horas	10.90	gr/24hrs	12-20
Bilirrubina directa	0.10	mg/dl	0.1-0.5

Bilirrubina indirecta	0.33	mg/dl	0-0.75
Bilirrubina total	0.43	mg/dl	0.3-1.2
Proteínas totales	5.7	g/dl	6.1-7.9
Albumina	2.10	g/dl	3.5-4.8
Amino transferasa alanina	49	U/l	14-63
Amino transferasa de aspartato	20	U/l	15-41
Fosfatasa alcalina	221	U/l	32-91
Biometría Hemática			
Leucocitos	8.70	X10e3/uL	5-10
Neutrófilos %	64.40	%	50-70
Linfocitos %	20.80	%	20-30
Monocitos %	10.40	%	6-80
Eosinofilos %	3.90	%	1-3
Basofilos %	0.50	%	0-1
Neutrofilos #	6.90	X10e3/uL	3-7
Linfocitos #	2.20	X10e3/uL	1-3
Monocitos #	1.100	X10e3/uL	0.3-0.8
Eosinofilos #	0.40	X10e3/uL	0.1-0.3
Basofilos #	0.10	X10e3/uL	0-0.1
Eritrocitos	4.55	X10e3/uL	4.7-5.1
Hemoglobina	11.30	g/dL	14-18
Hematocrito	34.30	%	42-52
Volumen corpuscular medio	76.50	fL	80-100
Hemoglobina corpuscular media	24.80	pg	27-31
Concentración media Hb corpuscular	32.80	g/dL	33-37
Ancho de distribución de eritrocitos	17.50	%	11.5-14.5
Plaquetas	414.00	X10e3/uL	130-400
Volumen plaquetario medio	7.00	fL	7.4-10.4

RECOMENDACIONES:

- * Azúcares (azúcar común, mermeladas, dulces)
1 cucharada sopera.
- * Aceites (canola, soya, oliva, maíz) 1 cucharadita.
- * Sal (la punta de una cucharadita) por día.
- * Huevo (solo las claras)
4 por semana.
- * NO picante.
- * Embutidos de pavo 1 vez por semana.
- * Consumir al menos 3 porciones de verdura y 2 de fruta por día. Con cáscara o gabazo.
- * Beber agua simple, 8 vasos por día. (1 hora antes o después de la comida beber 1 vaso de 250 ml).
- * Elegir leche o yogurt bajos en grasa.

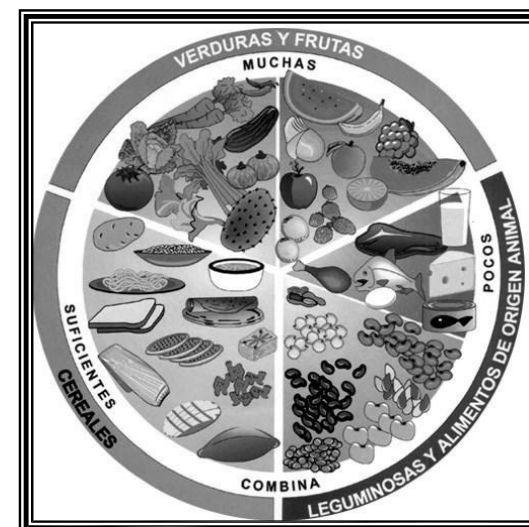
- * Elegir quesos frescos: panela, requesón, cottage, canasto.
- * Consumir con más frecuencia carnes blancas: pollo, pescado, quesos frescos, claras de huevo.
- * Consumir carnes rojas solo 1 vez por semana.
- * Elegir productos integrales (avena).
- * Evitar grasas animales (manteca, sebos, tocino, etc.).
- * Evitar empanizar, freír o capear.
- * Preparar guisados al vapor, asados, empapelados, etc.
- * Consumir sus alimentos en horarios fijos, aproximadamente cada 6 horas.
- * NO se "malpase", debe desayunar, comer y cenar todos los días. Debe tomar 1 ó 2 refrigerios.



ANEXO 5

DIETA HIPERPROTÉICA

GUÍA DE ALIMENTACIÓN DE 1500 KCAL



GUÍA DE ALIMENTACIÓN

DESAYUNO (9:00 AM)

- * Fruta 1 pieza, 1 rebanada ó 1 taza.
- * Verduras cocidas, en ensalada o en el guisado.
- * Queso fresco o carne cocida (pollo o res), ó 1 huevo, ó 1 rebanada de jamón, ó $\frac{1}{4}$ taza de atún en agua.



COLACIÓN (11:00 AM)

- * 2 tortillas, ó 1 bolillo, ó 2 rebanadas de pan integral.
- * Leche descremada.
- * Yogurt natural.



COMIDA (1:00 PM)

- * Fruta 1 pieza, 1 rebanada ó 1 taza.
- * Verduras cocidas, en ensalada, en la sopa y en el guisado.
- * Arroz o sopa de pasta $\frac{1}{2}$ taza, ó 1 papa.
- * Guisado con 90 grs. de carne cocida (pollo, res o soya texturizada hidratada), ó 90 grs. de queso fresco.
- * 2 tortillas, ó 1 bolillo, ó 2 rebanadas de pan integral.



COLACIÓN (4:00 PM)

- * Verduras.
- * 1 tortilla.



CENA (8:00 PM)

- * Fruta 1 pieza, 1 rebanada ó 1 taza.
- * Leche descremada.



Puede cambiar una pieza de tortilla por:

- * $\frac{1}{2}$ bolillo sin migajón.
- * 1 sope chico.
- * 1 tlacoyo chico (sin freír).
- * 4 galletas marías o habaneras.
- * $\frac{3}{4}$ de taza de cereal de caja con fibra, sin azúcar, sin fruta seca.
- * $\frac{1}{2}$ taza de arroz o sopa de pasta.
- * 1 rebanada de pan integral o tostado.

ADEMÁS:

Dentro de los diferentes grupos de alimentos existen algunos que con facilidad cambian el color de las heces, como por ejemplo: fresas, gelatina de fresa, colorantes rojos, betabel y suplementos de hierro.



UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

¿QUÉ DEBO SABER DE LOS ALIMENTOS?



QUÉ DEBE HACER EN CASO DE:

ESTREÑIMIENTO

Deberá consumir pescado, pan integral, cereales, alimentos ricos en fibra y abundantes líquidos (1 litro de agua natural y 1 litro de suero).



Los alimentos que producen estreñimiento son:

Cáscara de manzana, apio, comida china, semillas, nueces, cacahuates, col con zanahoria, coco, rosetas de maíz, vegetales crudos, elote, champiñón, naranja y piña.

(NO deben ser omitidos de la dieta pero ingerirse con discreción y ser masticados completamente).

DIARREA

Es aconsejable comer pan, papa, arroz, pasta o carne y líquidos (1 litro de agua natural y 1 litro de suero).



Los alimentos que producen diarrea son:

Vegetales crudos, cerveza, leche, espinacas, ciruelas pasas, pasas y vegetales de hojas verdes.

PRESENTAR GASES Y/O MAL OLOR

Puede realizar las siguientes acciones: masticar despacio, no omitir comidas, no fumar, no masticar chicle, consumir yerbabuena o perejil, tomar jugo o comer trozos de frutas perfumadas como la manzana y la pera, comer yogurt natural y mantener la bolsa recolectora lo más limpia posible.



Los alimentos que producen gases y mal olor son:

Huevo, pescado, leguminosas, cebolla, brócoli, rábano, dulces, alcohol, cerveza y alimentos ricos en grasas. (NO deben ser omitidos de la dieta pero ingerirse con discreción y ser masticados completamente).

MEDIDAS HIGIÉNICAS GENERALES

Baño diario con cambio de ropa completa.

Se podrá bañar o duchar con toda normalidad, tanto si lleva la bolsa puesta como si la ha retirado antes.



Procure que el baño sea rápido y con el agua tibia.

Al inicio que el agua le dé en la espalda y posteriormente que caiga el chorro en la Fístula.

Se recomienda secar muy bien el área alrededor y vigilar cualquier alteración en la piel.

Posteriormente hacer la curación de la Fístula.

Lavarse los dientes 3 veces al día, después de cada alimento, o en caso necesario.

Lavarse las manos antes y después de comer, ir al baño y antes y después de tener contacto con la Fístula Enterocutánea.



ANEXO 7 INFORMACIÓN IMPORTANTE

MEDIDAS HIGIÉNICAS



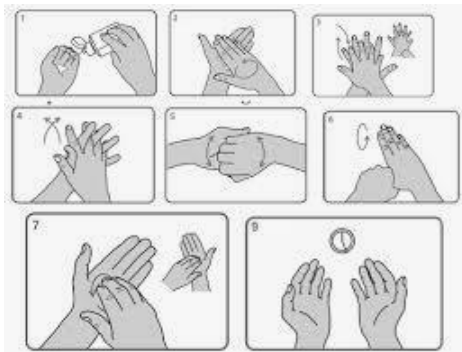
MEDIDAS HIGIÉNICAS PARA LA FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA

Para realizar la curación deberá seguir los siguientes pasos:

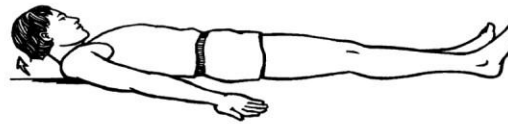
1. Deberá tener cerca todos los materiales necesarios (solución salina, jabón quirúrgico, gasas, solución antiséptica, polvo protector).



2. Lavarse las manos con la técnica aprendida durante la estancia hospitalaria.



3. Acostarse en un lugar limpio para facilitar la curación.



4. Con la gasa y jabón quirúrgico lavar suavemente de forma circular del centro a la periferia, enjuagar con la solución salina, secar con gasas haciendo pequeños toques sin frotar, dejar secar lo más posible, aplicar el anteséptico, dejar secar.

5. Aplicar alrededor de la Fístula el polvo protector y con ayuda de una gasa esparcirlo perfectamente.

Posteriormente colocar la bolsa recolectora y la venda.



TIPOS DE BOLSAS RECOLECTORAS

Bolsas con el extremo cerrado

Consiste en una oblea y una bolsa recolectora. La oblea se adhiere a la piel alrededor de la Fístula y luego la bolsa se une a ella. Dichas bolsas pueden estar selladas o abiertas en la parte inferior, las que tienen uno de sus extremos cerrados suelen ser desechados después de ser usados una vez.

Bolsas con extremos abiertos En su lugar, se sellan con un dispositivo que puede abrirse y cerrarse. De esta manera, la bolsa se puede abrir desde la parte inferior, ser vaciado, limpiado y usado un par de veces más antes de ser desechado.

Bolsas con sistemas de una sola pieza

Se trata de un sistema que está unido directamente a la piel. Este tipo de sistemas puede ser utilizado con una bolsa abierta o cerrada. Sin embargo, cuando la bolsa necesita ser cambiada, todo el sistema tiene que ser eliminado de la piel.

Sistema de bolsas de dos piezas

El sistema de bolsa de dos piezas se hace de la barrera cutánea y la bolsa, las que pueden ser cerradas o abiertas. Para utilizar este sistema, la barrera de la piel se aplica primero y luego se adhiere la bolsa. La ventaja de este sistema es que puede ser utilizado con diferentes tipos de bolsas, porque la bolsa se puede quitar y cambiar. Además, para cambiar las bolsas, no tiene que eliminarse todo el sistema. En lugar de ello, la oblea se deja sobre la piel mientras que la bolsa se sustituye.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ANEXO 8 INFORMACIÓN IMPORTANTE

¿CÓMO DEBO COLOCARME LA BOLSA RECOLECTORA?

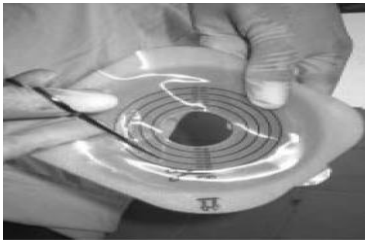


TÉCNICA PARA COLOCAR LA BOLSA RECOLECTORA

1. Deberá tener cerca todos los materiales necesarios (bolsa recolectora, pasta adhesiva, tijeras, gasas, venda).



2. Medir el diámetro de la Fístula y hacer el orificio a la bolsa.



3. Colocar la pasta adhesiva alrededor del orificio de la bolsa.



4. Estirar la piel periférica para garantizar que la bolsa se adhiera sin complicaciones, colocar la bolsa de abajo hacia arriba y con un dedo presionar de manera firme alrededor del adhesivo de la bolsa para fijarla correctamente. debe quedar colocada siguiendo la alineación del cuerpo.



5. Colocar el vendaje abdominal y para sacar la bolsa se debe hacer un corte en forma de cruz justo en donde se encuentra la bolsa y sacarla por encima con cuidado de no desprenderla.



6. Rectificar la comodidad en cuanto a la presión del vendaje. Debe sentirse cómodo.

ADEMÁS:

Si en su salida por la Fístula las heces tienen contacto con la piel que lo rodea, es fácil que ocasionen una irritación importante que comprometa seriamente la adherencia del adhesivo generando molestias.

Esto explica por qué es tan importante que el orificio de la bolsa ajuste perfectamente alrededor de la Fístula dejando tan solo un par de milímetros alrededor.

Para garantizar el buen funcionamiento de la bolsa es fundamental proteger al máximo la piel del abdomen.

En realidad, la irritación de la piel que rodea la Fístula puede evitarse teniendo un adecuado cuidado.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ANEXO 9 INFORMACIÓN IMPORTANTE

¿CÓMO DEBO CUIDAR MI PIEL?



CUIDADOS DE LA PIEL CON BOLSA RECOLECTORA

No aplique nunca colonia, perfume o desodorante sobre la piel cercana a la Fístula.

Seque la piel con una toalla suave haciendo pequeños toques, sin frotar. No use nunca fuentes directas de calor para secar la piel, como puede ser una estufa o un secador eléctrico.

Si queda algún residuo de adhesivo sobre la piel al retirar la bolsa, no intente despegarlo rascando, se desprenderá con el efecto del adhesivo de la nueva bolsa que aplique.

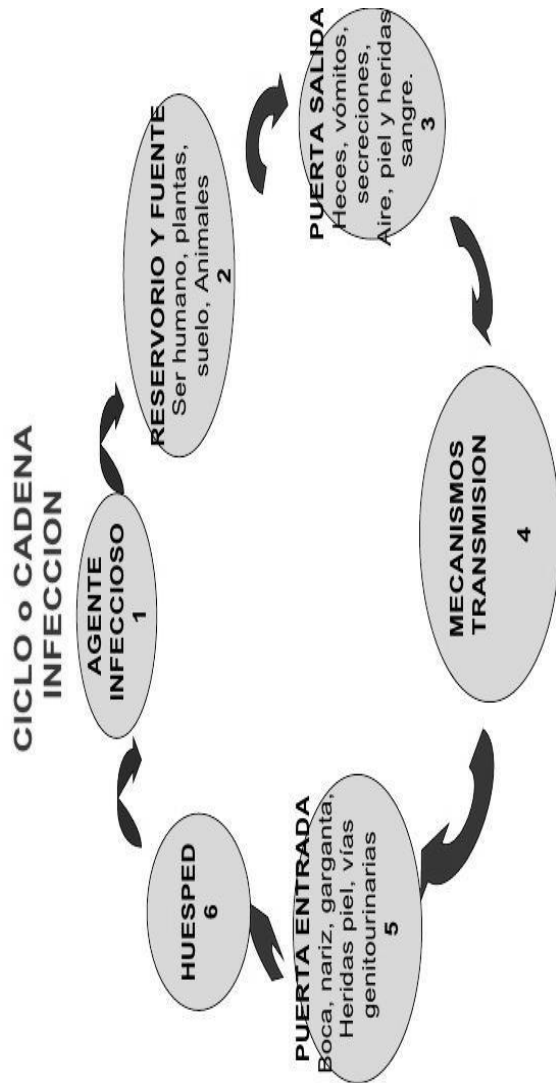
Las bolsas ofrecen un nivel de discreción que permite usar casi todo tipo de ropa. Únicamente debe tenerse la precaución que las prendas no opriman directamente sobre la Fístula y la bolsa.

La bolsa ha de pegarse sobre la piel perfectamente limpia, seca y sin vello que pueda entorpecer su adherencia.

El orificio de la bolsa utilizada debe estar perfectamente ajustado a la medida de la Fístula, rebasándola tan solo en un par de milímetros, por lo que hay que comprobar de vez en cuando el diámetro de la Fístula.

La bolsa se sustituye cada vez que es necesario, en función del volumen eliminado. Se vacían sin necesidad de renovarlas. No hay que dejar que una bolsa se llene por completo ya que el peso podría facilitar que se despegase.

¿QUE DEBO SABER EN CASO DE INFECCIÓN?



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

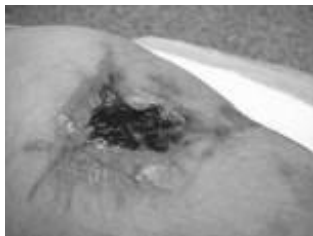


SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN

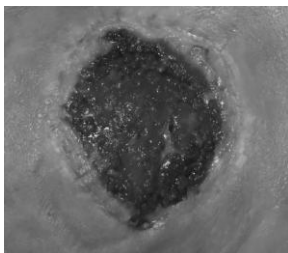
Aparición, aumento o cambio de las características del dolor.



Retraso (o detención) de la cicatrización.



Edema alrededor de la herida.



Tejido de granulación sangrante o friable (que se desmenuza con facilidad).



Mal olor característico, o cambio de olor.



Cambio de color del lecho de la herida.

Induración (endurecimiento de los tejidos).

Aumento o cambio de las características del exudado, o exudado purulento.



Formación de bolsas y/o puentes.