

**ESCUELA DE ENFERMERÍA “MARÍA ELENA MAZA BRITO”
DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
Estudios Incorporados a la UNAM clave 3049-12**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON:

Deterioro de la resiliencia r/c dificultades económicas y vulnerabilidad percibida m/p aislamiento social, autoestima baja, culpa, depresión, estado de salud deteriorado y estrategias de afrontamiento ineficaces derivado de la violencia como problema de salud pública que existe en México.

Que para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia:

Torres Díaz Daisy

Dirección de Tesis:

MSP. Valdez Bravo Sandra

Ciudad de México a 1 de agosto de 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

A mi asesora la MSP. Sandra Valdez Bravo, por su confianza y quien desde un principio creyó en el mí, además se ha tomado el arduo trabajo de trasmitirme sus diversos conocimientos, basados en su experiencia, gracias por su invaluable apoyo durante esta etapa de mi vida y desarrollo profesional.

A todos mis profesores de la licenciatura que me enseñaron siempre de la profesión está basado en el humanismo, además por todas las experiencias y enseñanzas transmitidas así impulsándome a siempre seguir adelante.

A la Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito del INCMNSZ por todas las facilidades otorgadas, por lo consiguiente el reconcomiendo de tan prestigiada y reconocida institución que como alumna es un honor pertenecer a dicha casa de estudios.

DEDICATORIA

A Dios, quien supo guiarme durante el inicio de esta carrera de la licenciatura de enfermería y obstetricia, por darme la fuerza necesaria para seguir adelante y nunca desistir en los momentos más difíciles de esta, además de darme salud.

A mi familia, porque gracias a su cariño, consejos, guía, comprensión y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo incondicional, motivación, amor y confianza que en mi depositaron, con los cuales he logrado superar diferentes retos por este camino, esto constituye el legado más grande que pudiera recibir de ustedes mis queridos padres Agustina y Mario a los que amo con todo mi corazón y admiro porque gracias a su esfuerzo me brindaron la oportunidad de tener una profesión para tener un mejor futuro y así caminar juntos hacia este camino del éxito.

A mi hijo Josafat, gracias mi amor porque tu presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que me ha impulsado durante estos años, en los cuales me has enseñado a nunca rendirme a superar los obstáculos que la vida me ha presentado, gracias porque día a día hemos compartidos risas, angustias, tristezas, llanto y sobre todo felicidad hemos llegado a un eslabón más de esta meta.

A mi hermana Anarely gracias por tu amor, apoyo incondicional, cariño y sobre todo ser mi confidente en los momentos más importantes en mi vida.

A mis amigos por siempre apoyándome y brindarme su amistad incondicional

ÍNDICE

	Pagina
I.- Introducción	5
II.- Justificación	8
III.- Objetivos	22
IV.- Metodología	23
V.- Marco Teórico	24
VI.- Desarrollo del Proceso de Enfermería	28
6.1.- Valoración	31
6.2.- Diagnósticos de Enfermería	37
6.3.- Plan de Cuidados	40
6.4.-Propuesta del Plan de Alta	95
VII.- Conclusiones	103
VIII.-Referencias Bibliográficas	104
IX.- Glosario	107
X.- Anexos	109

PROCESO ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA APLICADO
A PACIENTE CON:
Deterioro de la resiliencia
r/c dificultades económicas
y vulnerabilidad percibida
m/p aislamiento social,
autoestima baja, culpa,
depresión, estado de salud
deteriorado y estrategias de
enfrentamiento ineficaces
derivado de la violencia
como problema de salud
pública que existe en
México.

I.- Introducción

Un hecho real y actual es el enfoque de prácticas multidisciplinarias e interdisciplinarias que junto con el vasto escenario del proceso salud/enfermedad complican y representan un mayor reto a la tolerancia, diversidad de cultura y a la equidad, sin perder de vista la calidad, la efectividad, la seguridad y la regulación de prácticas para la salud basados en la mejor evidencia científica. De ahí que la formación de recursos humanos debe estar orientada y fundamentada en el principio de la persona que es cuidada en virtud de su humanidad, y para esto, es fundamental fortalecer la importancia del conocimiento de la persona como un ser humano holístico e integral.¹

Derivado de lo anterior, el “Modelo del cuidado de enfermería” integra elementos metodológicos y disciplinares, es una propuesta que puede ser considerada para impulsar la estandarización del cuidado de Enfermería en las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud en sus ámbitos ambulatorio y hospitalario. Si bien es un hecho que la práctica de Enfermería en México coexiste con el día a día con una diversidad de conocimientos y como consecuencia de la brecha importante de variabilidad en la forma de cuidar y en la formación de recursos humanos en enfermería; los cambios recientes se magnifican y muestra una gran sociedad que vive en la transición epidemiológica, demográfica y social, que tendrá que enfrentarse con propuestas innovadoras y efectivas para la atención a la salud. Sin embargo esto permite también la forma de cuidar por el personal de enfermería para la conservación y mantenimiento de la salud que es una de las condiciones de más alto valor para la humanidad. Con esta propuesta de enfermería pretende contribuir al desarrollo profesional, además de fortalecer el sentido ético y humanístico.

No cabe duda que hoy en día enfermería requiere contar con herramientas para fortalecer y asegurar la toma de decisiones a través de la práctica basada en evidencia, así mantenga y contribuya a controlar la salud de la población.

¹ Salud.gob.mx. [Internet]. “Modelo del cuidado de Enfermería”. 2018 [fecha de actualización Mayo 2018, citado 1 junio 2018i] Disponible: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf

Ahora bien, la gestión y la calidad de los cuidados en los diferentes entornos de la atención, el impulso a la investigación y la formación de los recursos humanos en enfermería, así como la aplicación de un liderazgo transformador, este como futuro profesional de Enfermería formado en la Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito y realizado el Servicio Social en el INCMNSZ en la Subdirección de Enfermería “Ma. Dolores Rodríguez Ramírez” me he permitido otorgar cuidados profesionales a las respuestas humanas de las necesidades, familia y la comunidad, buscando siempre el respeto en la cosmovisión en la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, el bien morir y las medidas de bienestar, que contribuyen a una vida digna de la persona para alcanzar las metas deseadas en los estándares de calidad del cuidado de la enfermería;² los problemas de Salud Pública que presenta la población mexicana van cada día en aumento, sobre todo los relacionados a la seguridad, los problemas de violencia debido a la magnitud que ha alcanzado en las últimas décadas ha provocado que millones de personas mueran cada año por causas atribuibles a esta, y la mortalidad representa solo la parte más visible, ya que por cada muerte violenta se producen decenas o cientos de lesiones de diversa gravedad.

Por otra parte la OMS estima que, 1 de cada 4 a 9 personas en los países en desarrollo sufre cada año lesiones por actos violentos, así mismo el 2 % del total de la población mundial está discapacitada como resultado de lesiones ocasionadas por accidentes o violencia.

En consecuencia la violencia es la principal causa de muerte entre los 15 y 44 años; son hombres el 14 % de estos muertos y mujeres el 7%. También los datos indican que no hay país que tenga índice de violencia contra la mujer menor al 10 %, y que en algunos alcanza hasta el 69 %. Incluso la violencia, a pesar de no constituir una enfermedad en el sentido tradicional de su comprensión, sin duda alguna donde el elemento etiológico-biológico desempeña como regla un papel fundamental, en sentido social, constituye un problema de salud visto como un importante factor de riesgo psicosocial, dada la magnitud

² Arroyo Lucas Silvino, Martínez Becerril Marina, Nájera Ortiz María Paula. Plan de alta de enfermería, modelo de una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de México. rev.mex. enf. [Internet] 2016 Dic [citado 2018-May-26]; 5 (1): 17-21. Disponible en: <http://www.innsz.mx/2018/RevistaEnfermeria/abril-2017.pdf>

del daño, invalidez y muerte que provoca, con consecuencias múltiples y diversificadas en el nivel social, psicológico y biológico.

Por consiguiente las lesiones como fenómeno social, tienen múltiples consecuencias comienzan con el sufrimiento de la persona y la interrupción de sus actividades cotidianas; después se agrega la necesidad de atención médica ambulatoria u hospitalaria.

Derivado de dicho problema de Salud Pública, el presente caso se muestra a partir de un adulto joven de 20 años de edad, que se encuentra en su día 40 de internación en el segundo piso de hospitalización en el área de “aislados” del INCMNSZ con diagnóstico médico de fistula tras-esofágica, derivado de un tras un traumatismo por arma de fuego, posteriormente desarrollar múltiples complicaciones como sepsis, neumonía intrahospitalaria y lesión renal aguda KDOKI. La información que se obtuvo fue de manera directa e indirecta y con consentimiento informado de manera verbal, informándosele oportunamente el objetivo de esta tesis de academia.

Para llevar a cabo dicho abordaje, se pretende utilizar la metodología operacional del Proceso Atención de Enfermería, misma que sustenta y legitima la práctica profesional, además de la autonomía disciplinar, describiéndose como “un método sistemático y organizado de administrar cuidados a partir de la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos, a las alteraciones de la salud reales o potenciales;”³ y para vincular los cuidados profesionales de Enfermería se sustenta en la taxonomía de la NANDA, el NIC y la NOC. La valoración siendo un eje importante en este proceso, el juicio clínico y la toma de decisiones a fin de atender la necesidades a las respuestas humanas y sus acciones preventivas y de promoción a la salud, aplicando las intervenciones profesionales de Enfermería que permitan conseguir los objetivos deseados de recuperación de la salud, la continuidad en la atención, la limitación del daño.

³ innsz.mx. Revista Mexicana de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. [internet],2013[citado 9 junio de 2018]: disponible en: <http://www.innsz.mx/imagenes/revistaenfermeria/primernumeroRevistaEnfermeria.pdf>

II. JUSTIFICACIÓN

El sistema de salud en México se encuentra en una encrucijada en cuanto a lo alcanzado en materia de expansión de la infraestructura física, el mayor acceso a los servicios de salud, la cobertura de los programas preventivos, los diferentes esquemas de protección social, y la disminución de los riesgos transmisibles en contraste con los desafíos que se presentan por la doble carga de enfermedades, la falta de cobertura efectiva de las intervenciones dirigidas a las enfermedades de los adultos, el reto de garantizar la cobertura universal en salud atendiendo la demanda de servicios de una población cada vez más exigente; todo ello en el contexto de un constante incremento en el costo de los servicios y serias dificultades para pagar a los proveedores. Identificar y medir las necesidades de salud de una población que se encuentra en un constante proceso de envejecimiento, que es eminentemente urbana pero con grandes grupos dispersos y marginados en áreas rurales, que vive con importantes inequidades sociales, que es atendida en diversas instituciones y está expuesta a un complejo grupo de factores de riesgo ambientales, nutricionales, metabólicos, laborales, sociales y económicos, todo esto requiere de un abordaje holístico en el análisis de las necesidades de salud para contar con un conjunto de indicadores que permitan no sólo elaborar un diagnóstico más equitativo, sino incluyente en la determinación de las áreas prioritarias de atención.

El estudio de la carga de enfermedad ofrece una manera diferente de analizar las pérdidas de salud al aportar un indicador compuesto que integra los daños provocados por la muerte prematura y los daños por vivir enfermo y discapacitado con diferentes niveles de gravedad por una o varias enfermedades a la vez. Los años de vida perdidos por una muerte prematura (AVMP) y los años de vida asociados a discapacidad (AVD) se integran en un solo indicador que se traduce como los años de vida saludable perdidos (AVISA) por una enfermedad. Este indicador ofrece un peso equivalente a las enfermedades letales y a aquellas que no conducen a la muerte pero que afectan las capacidades de los individuos de maneras insidiosas y permanentes, y que además ejercen presiones diversas sobre los servicios de salud por la magnitud de la demanda y los costos que se derivan de una atención continua y muchas veces especializada. Desde la última década del siglo pasado, el estudio de la carga de enfermedad en el plano nacional ha estado presente en el ámbito mundial y ha sido un tema de gran interés en la investigación de los sistemas de salud. Los esfuerzos pioneros realizados por México y por otros países de la región

colocan a América Latina en una posición de privilegio en el uso y aplicación de estos métodos.

En lo que concierne a la violencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el "uso intencional de la fuerza o poder en una forma de amenaza o efectivamente, contra sí mismo, otra persona o grupo o comunidad, que ocasiona o tiene grandes probabilidades de ocasionar lesión, muerte, daño psicológico, alteraciones del desarrollo o la muerte".⁴

En la actualidad la violencia es un problema social y de salud pública que amenaza el desarrollo de la población, por lo que afecta la calidad de vida y desgasta el tejido social. Por otro lado es un fenómeno mundial que atraviesa todas las fronteras, que no depende de raza, edad, condición socioeconómica, educación, credo o religión, orientación sexual o local de trabajo. Actualmente alcanza proporciones epidémicas, con amplias ramificaciones en la atención la salud que se manifiesta en las tasas de mortalidad y morbilidad.

En cuanto al Reporte Mundial sobre Violencia y Salud (RMVS), presenta datos sobre la magnitud del problema en diversas regiones del mundo y no obstante las consecuencias de la violencia van más allá de la muerte y las heridas ahora bien las víctimas de actos violentos están en riesgo de sufrir daños psicológicos y problemas conductuales, incluyendo depresión, abuso de alcohol, ansiedad y tendencia suicida, así como problemas, tales como enfermedades relacionadas con la salud reproductiva, embarazos no deseados y disfunciones sexuales.⁵

Incluso la OMS estima que, 1 de cada 4 a 9 personas en los países en desarrollo sufre cada año lesiones por actos violentos, y que el 2 % del total de la población mundial está discapacitada como resultado de lesiones ocasionadas por accidentes o violencia.⁶

⁴ La violencia en el sector salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2004 Apr [cited 2018 Apr 09]; 12(2): 147-152. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200001>

⁵ La violencia, un problema esencial de salud pública, declara la OMS en su Reporte Mundial sobre Violencia y Salud. Salud pública Méx[revista en la Internet]. 2002 Nov [citado 2018 Abr 09]; 44(6): 583-584. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600011&lng=es.

⁶ Espín Falcón Julio Cesar, Valladares González Anais Marta, Abad Araujo Jorge Carlos, Presno Labrador Clarivel, Gener Arencibia Nancy. La violencia, un problema de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 Dic [citado 2018 Abr 09] ; 24(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400009&lng=es

Hay que tener en cuenta que cada año se cometen en todo el mundo 200, 000 traumatismos por arma de fuego entre jóvenes de 10 a 29 años, lo que supone un 43% del total mundial.

Dicho de otro modo las estadísticas revelan que en 2014 se registraron 20,010 homicidios en México (11,514 fueron por agresiones por proyectil de arma de fuego), es decir, una proporción de 16 por cada 100,000 habitantes a nivel nacional.

El 2017 cierra con focos rojos para Puebla así lo reflejan los índices de delitos de alto impacto, como el homicidio doloso y el robo con violencia, reportados por el Sistema Nacional de Seguridad Pública (SNSP) con base en información de la Fiscalía General de Justicia del Estado. La percepción de la población de Puebla sobre inseguridad 68.1%, víctimas tasa por habitantes 25, 502, la tasa por 100 mil habitantes de homicidio doloso de enero a octubre del 2017 es de 11.91%, que representa un aumento de 26.2% respecto del 2016, cuando fue de 9.43 % y delitos por portación por arma 36.0%.⁷

Por cada joven asesinado, muchos otros sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario. Por otra parte el trauma se define como una fuerza externa, estrés o acto de violencia física contra un ser humano. En relación con los traumatismos constituyen un gran problema de salud pública, ya que son la principal causa de muerte en las primeras cuatro décadas de la vida y ocasionan un gran costo económico, moral y social. Entre estos, las lesiones torácicas se presentan como la causa o factor contribuyente en más del 25-30 % de las muertes y provocan la mitad de la mortalidad general por esta causa; 2-4 para otros, llega a representar hasta el 75 %.⁸

Las heridas por proyectil de arma de fuego constituyen a la fecha un problema de salud pública en el mundo. En los últimos 15 años las lesiones por este tipo de armas se han incrementado de manera importante. En este hecho influyen múltiples factores tales como: desintegración familiar, desempleo, incorporación temprana a grupos delictivos,

⁷ inegi.org.mx.[Internet] ENCUESTA NACIONAL DE VICTIMIZACIÓN Y PERCEPCIÓN SOBRE SEGURIDAD PÚBLICA (ENVIPE) 2017 [Fecha de actualización 2017 citado 13 Mar 2018] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/envipe/envipe2017_09.pdf

⁸ Lugo Jáuriga Bárbara Rafaela, Loy Vera Baldomero Higinio, Sosa Moreno Lázara Úrsula. Herida penetrante en el tórax. Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Abr 09]; 19(4): 262-266. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000400010&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000400010&lng=es)

experiencias con drogas, difusión no controlada de actos violentos a través de medios de comunicación masivos, así como una mayor facilidad para la adquisición de armas.

Para los médicos e instituciones de salud es de vital importancia el conocimiento de la balística interna, externa y terminal relacionada con la clínica, la cual nos aporta datos importantes que nos permiten comprender los diferentes tipos de lesiones que presenta un paciente lesionado por proyectil de arma de fuego. La magnitud de las lesiones que produce un arma de fuego depende de la energía con la que se transmite el proyectil al blanco y esta depende, no solamente de la velocidad, sino también del diámetro del proyectil o calibre, de su forma, su estabilidad de vuelo y de su peso.

Los proyectiles de arma de fuego ocasionan daño mediante la disrupción de los tejidos, causando hemorragia y ocasionando procesos infecciosos. La cantidad de energía cinética transferida del proyectil a los tejidos circundantes, órganos internos y estructuras dañadas directamente, así como la ubicación final del proyectil, determinan la severidad de las heridas por proyectil de arma de fuego.⁹

Cuando las lesiones no son mortales, la violencia juvenil tiene repercusiones graves, que a menudo perduran toda la vida, en el funcionamiento físico, psicológico y social de una persona. La violencia juvenil encarece enormemente los costos de los servicios sanitarios, sociales y judiciales; reduce la productividad y devalúa los bienes.¹⁰

Algunas complicaciones derivadas de la violencia se enfatizan en la sepsis es una de las principales causas de ingresos y muerte hospitalaria, existen diversos factores de riesgo para el desarrollo de sepsis, principalmente la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

En México cada día se presentan 30 casos nuevos de sepsis, de los cuales mueren 9 enfermos, lo que representa que cada 2.6 horas, muere un paciente por sepsis.

La tasa de mortalidad en nuestro país es del 30%, predominado en instituciones públicas, lo cual se relaciona a diversos factores como el mayor número de enfermos que se atiende, su gravedad, inmunocomprometido, comorbilidades, déficit de tecnología y personal especializado, y acceso limitado a medicamentos. Es un problema emergente de salud pública en México, que amerita diseñar e implementar estrategias y políticas

⁹ sciencedirect.com [Internet] Epidemiología de las lesiones por proyectil de arma de fuego en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la Universidad Autónoma de Nuevo León [Fecha de actualización 2017; citado Mar 13 2018]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116300494>

¹⁰ who.int [Internet] violencia juvenil [Fecha de actualización 2016; citado Mar 17 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/es/>

públicas para fortalecer el conocimiento y habilidades de los profesionales de la salud; así como diseñar un registro nacional de los casos de sepsis en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.¹¹

Derivado de lo anterior y consciente de que la violencia es una situación que actualmente prevalece en nuestro país, es que se tomó el presente caso clínico para desarrollar el cuidado Enfermero basado en el Proceso de Atención de Enfermería.

¹¹cenetec-difusion. [Internet]; [Fecha de actualización 2017; citado Mar 24 2018] Disponible en: <http://cenetec-difusion.com>

FISIOPATOLOGÍA

El estudio de Carrillo et al. es el único que informa sobre el comportamiento de la sepsis en nuestro país. Realizaron un estudio multicéntrico, transversal, en el que incluyeron 135 UCI públicas y privadas de 24 estados de la República Mexicana; de los 49 957 internamientos anuales se presentaron 11 183 casos de sepsis (27.3 %), la mortalidad por esta causa fue de 30.4%. Casi 87% (2 953 pacientes) correspondió a unidades públicas, y 13% (449 pacientes) a unidades privadas.¹²

Siendo así, las causas más frecuentes fueron: abdominal 47%, pulmonar 33%, tejidos blandos 8%, vías urinarias 7% y misceláneas 5%. De las bacterias aisladas 52% fueron gramnegativas, 38% grampositivas, y 10% hongos. En 60% de las UCI privadas se tenía conocimiento de la SSC, contra sólo 40% de las UCI públicas. Las conclusiones de este estudio son que la sepsis tiene una elevada incidencia y mortalidad y supone costos importantes al sistema de salud, así como que el desconocimiento de la campaña para aumentar la supervivencia en sepsis en los profesionales de la salud es un hecho lamentable.

La sepsis es definida como la respuesta deletérea del huésped ante una infección por cualquier tipo de microorganismo, conlleva una serie de procesos fisiopatológicos que se explican por la disfunción de los distintos tipos de células que ven afectados en este proceso. Todas estas alteraciones no solo se ven representadas en el gran espectro de alteraciones orgánicas y funcionales que se presentan en los sistemas, sino que se puede ver reflejada en la gran mortalidad y morbilidad que presentan aquellos pacientes que desarrollan la sepsis. Además de representar un gran reto para su diagnóstico y tratamiento, que de continuar con su historia natural puede evolucionar a choque séptico, disfunción orgánica múltiple o muerte; lo que condiciona un incremento en los días de estancia hospitalaria y de costos derivados de su atención.¹³

Esta revisión de tema busca mostrar las actualizaciones más recientes con respecto a las definiciones, fisiopatología y manejo de la sepsis. Las definiciones están basadas en el “Tercer consenso Internacional de Definiciones la Sepsis y Choque séptico”; de igual manera las recomendaciones se basan en la «Campaña para sobrevivir a la sepsis: guías

¹² Esper. Carrillo R, Peña Pérez CA, Sosa García JO. Sepsis de las bases moleculares a la campaña para incrementar la supervivencia. Mexico: Intersistemas; 2015.650 .Disponible: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L31_ANM_SEPSIS.pdf

¹³ Fariñas Vilela Andrea Hortensia, Dáger Haber Amarilis. Sepsis y trastornos relacionados. MEDISAN [Internet]. 2012 Jun [citado 2018 Abr 09];16(6): 932-948. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600014&lng=es.

internacionales para el manejo de sepsis y choque séptico» y el tercer consenso internacional para definir sepsis y choque séptico.

Infección: Invasión de tejidos, normalmente estériles, por bacterias, hongos y virus lo cual genera una respuesta del huésped.

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS): Respuesta del huésped al «peligro» en forma de infección u otros daños, que se manifiesta por al menos 2 de los siguientes:

- ✓ Frecuencia cardíaca > 90 lpm
- ✓ Frecuencia respiratoria > 20 rpm
- ✓ PaCO₂ < 32 mmHg
- ✓ Temperatura < 36 °C o > 38 °C
- ✓ Leucocitos: > 12.000 mm³ o < 4.000 mm³ o > 10% de células inmaduras

Sepsis: Es la disfunción orgánica causada por una respuesta desregulada del huésped ante una infección que pone en peligro la vida de la persona. De manera objetiva, en el tercer consenso sobre la definición de sepsis, se especificó la necesidad de incluir criterios de disfunción orgánica.

Los cuales se evalúan de manera cuantitativa por medio de la Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment Score (escala SOFA), en la cual si el paciente cumple con 2 o más criterios se considera que este cursa con disfunción orgánica. Si a esta última se le suma que el paciente está infectado, se diagnostica sepsis.

Sistema	SCORE				
	0	1	2	3	4
Respiración					
PaO ₂ /FiO ₂ ^{a,b} (mmHg)	≥ 400	< 400	< 300	<200 con soporte respiratorio	<100 con soporte respiratorio
Coagulación					
Plaquetas (10 ³ /μl)	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Hígado					
Bilirrubinas (mg/dl)	< 1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 5,9	6,0 - 11,9	> 12,0
Cardiovascular					
PAM o su manejo	PAM ≥70 mmHg	PAM <70 mmHg	Dopamina <5 o dobutamina (cualquier dosis)*	Dopamina 5,1-15 o epinefrina ≤0,1 o norepinefrina ≤0,1*	Dopamina >15 o epinefrina >0,1 o norepinefrina >0,1*
Sistema Nervioso Central					
Escala de coma de Glasgow	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	< 6
Renal					
Creatinina (mg/dL)	1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 3,4	3,5 - 4,9	> 5,0
Gasto urinario (mL/día)				< 500	< 200

PaO₂: Presión arterial de oxígeno FIO₂: Fracción inspirada de oxígeno PAM Presión arterial media

*Dosis de catecolaminas se dan en μg/kg/min por lo menos 1 hora

Adaptado de Sinner et al. [5]

Tabla 1. Puntaje SOFA para definición de falla multiorgánica y sepsis.

Sin embargo el puntaje SOFA contiene aspectos que necesitan medidas de laboratorio y que podrían retrasar el diagnóstico y tratamiento inmediato de la infección, por tal motivo se crea el quick SOFA (qSOFA) como una estrategia de detección temprana para pacientes que probablemente cursan con sepsis, en la cual se toman 3 variables clínicas:

- ✓ Escala de coma de Glasgow < 15 puntos
- ✓ Presión arterial sistólica <100 mmHg,
- ✓ frecuencia respiratoria <22 rpm

Simple de medir que permiten a los médicos considerar que el paciente puede estar cursando con sepsis e iniciar tempranamente el uso de antibiótico.

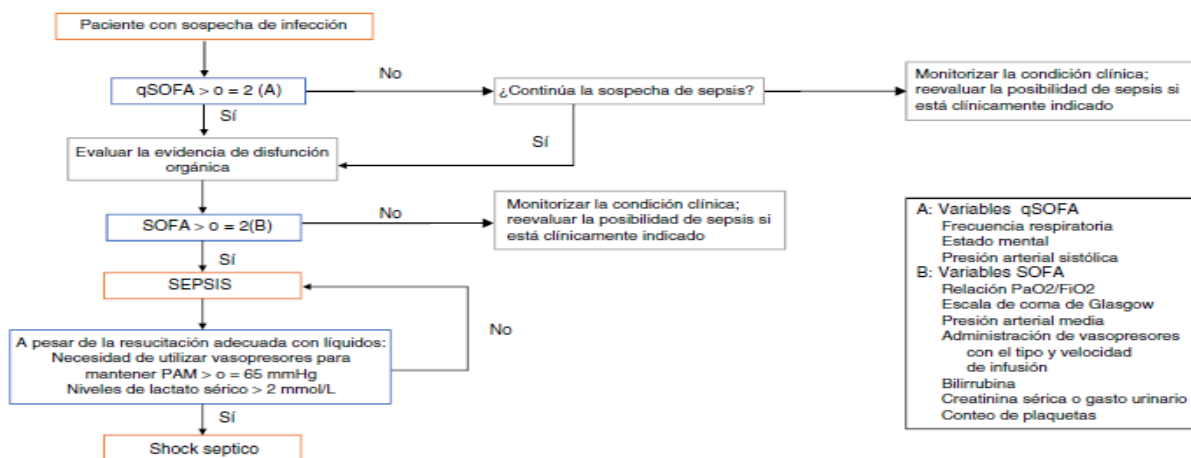


Diagrama 1: Paciente con sospecha de infección.

Choque séptico: Aquellos pacientes que a pesar de la utilización líquidos persisten con hipotensión arterial y requieren de vasopresores para mantener una presión arterial media (PAM) de 65 mmHg y además tienen un nivel de lactato sérico > 2 mmol/L (18 mg/dl)

Falla multiorgánica: Síndrome clínico caracterizado por la disfunción fisiológica progresiva y potencialmente reversible de 2 o más órganos o sistema de órganos que es inducida por una variedad de lesiones agudas, incluyendo sepsis.

FACTORES DE RIESGO

Cualquier paciente tiene riesgo de desarrollar sepsis, este se incrementa en los extremos de la vida (<1 año y >60 años), en pacientes inmunocomprometidos, con presencia de enfermedades subyacentes, uso previo de antibióticos, resistencia bacteriana hospitalaria, procedimientos invasivos, heridas y traumatismos, adicciones (alcohol y drogas).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la sepsis debe realizarse de forma precoz, iniciando con una detección sistémica de rutina de pacientes gravemente enfermos y posiblemente infectados, ya que se ha demostrado que la detección temprana reduce la mortalidad y falla multiorgánica relacionada con sepsis. Por lo tanto, se deben obtener cultivos apropiados antes del inicio de los antibióticos, siempre y cuando la toma de cultivos no cause un retraso importante (> 45 min) en la administración de los antibióticos.

Del mismo modo, para tener una identificación adecuada se deben obtener al menos 2 conjuntos de hemocultivos (frascos de aerobios y anaerobios) donde al menos uno sea recogido por vía percutánea y otro a través de cada dispositivo vascular, a menos que el dispositivo se haya insertado recientemente (< 48 h). El resto de cultivos necesarios según la sospecha del foco infeccioso (orina, LCR, secreciones respiratorias, heridas etc.)

Por otra parte, en la última década se ha intentado determinar distintos marcadores y biomarcadores que ayuden a la identificación de la sepsis y la diferenciación de esta con otras infecciones. Uno de los biomarcadores es la proteína C reactiva (PCR), un reactante de fase aguda sintetizado principalmente en los hepatocitos que se incrementa significativamente en respuesta a la inflamación y/o infección mediada por la estimulación de citocinas (interleucina 6 principalmente).

CRITERIOS DE SEPSIS

Variables generales

- ✓ Fiebre ($T^{\circ} > 38.3^{\circ}\text{C}$)
- ✓ Hipotermia ($T^{\circ} < 36^{\circ}\text{C}$)
- ✓ Frecuencia cardiaca > 90 lpm o $>$ de dos desviaciones estándar del valor normal para la edad
- ✓ Taquipnea 30 rpm
- ✓ Alteración del estado mental
- ✓ Edema significativo o equilibrio hídrico positivo (> 20 ml/kg durante más de 24 horas)
- ✓ Hiperglucemia (glucemia plasmática > 140 mg/dL o 7.7 mmol/L) en ausencia de diabetes

Variables inflamatorias

- ✓ Leucocitosis ($> 12,000$ mm³)
- ✓ Leucopenia ($< 4,000$ mm³)
- ✓ Proteína C reactiva plasmática mayor de dos desviaciones estándar del valor normal.
- ✓ Procalcitonina plasmática mayor de dos desviaciones estándar del valor normal

Variables hemodinámicas

- ✓ Hipotensión arterial (PAS < 90 mmHg, PAM < 70 o un descenso de la PAD 40 mmHg)
- ✓ Saturación venosa mixta de oxígeno $> 70\%$
- ✓ Índice cardiaco > 3.5 L/min/m²

- ✓ ***Variables de disfunción orgánica***
- ✓ Trombocitopenia (plaquetaria $< 100,000$ mm³)
- ✓ Hipoxemia arterial (PaO₂/FiO₂ < 300)
- ✓ Oliguria aguda (gasto urinario < 0.5 mL/kg/hora o 45 mmol/L al menos durante dos horas)
- ✓ Aumento de la creatinina > 0.5 mg/dL
- ✓ Anormalidades de coagulación (INR > 1.5 o a PTT > 60 s)

- ✓ Íleo (en ausencia de obstrucción intestinal)
- ✓ Hiperbilirrubinemia (BT: >4 mg/dL o 70 mmol/L)

Variables de perfusión tisular

- ✓ Acidosis láctica (> 1 mmol/L)
- ✓ Disminución del llenado capilar o piel marmórea

MANEJO DE LA SEPSIS

La falla circulatoria aguda secundaria a la sepsis produce un desequilibrio entre la entrega de oxígeno y la demanda de oxígeno, lo cual resulta en una hipoxia tisular global o choque. La detección oportuna y correcta de la sepsis e hipoxia tisular (oliguria, palidez cutánea, hipotensión, alteración de la conciencia, hiperlactatemia) es la clave para la iniciación de un tratamiento adecuado, ya que la hipoxia tisular es trascendental en desarrollo de la falla multiorgánica y posteriormente la muerte. Para esto se ha realizado distintos protocolos para la identificación, diagnóstico y tratamiento, según el tiempo transcurrido, el estado del paciente y su respuesta al tratamiento.

REANIMACIÓN INICIAL

La reanimación temprana es efectiva con líquidos es crucial para la estabilización de la hipoperfusión tisular inducida por sepsis o choque séptico. Esta reanimación protocolizada y cuantitativa debe realizarse en todos los pacientes que presenten hipoperfusión tisular inducida por sepsis (hipotensión que persiste después de sobrecarga líquida inicial o concentración de lactato en sangre 4 mmol/l).

Este protocolo se realiza en el momento que se identifique la hipoperfusión y en las primeras 3 h la reanimación se debe dirigir según las siguientes metas

1. Presión venosa central (PVC) 8-12 mmHg
2. PAM 65 mmHg
3. Diuresis 0,5 ml/kg/h
4. Saturación de oxígeno de la vena cava superior o saturación de oxígeno venosa mixta del 70 o 65%.
5. Normalización de los valores de lactato

La reanimación temprana dirigida por metas propuesta por Rivers et al. Ha mostrado disminuir la tasa de mortalidad en los pacientes con choque séptico. Las metas de este tipo de protocolo deben ser evaluadas y ajustadas de forma individual a cada paciente, ya que las distintas condiciones clínicas del paciente pueden modificar la respuesta a la reanimación.

Con base a la Campaña Sobreviviendo a la Sepsis se recomienda el uso de cristaloides como primera elección en pacientes con sepsis o choque séptico en la reanimación inicial usar un mínimo de 30 ml/kg de cristaloides durante las primeras 3 h en el paciente.

De igual forma, el uso de albúmina está indicado en los pacientes que necesitan grandes cantidades de cristaloides.

MINISTRACIÓN DE VASOPRESORES E INOTRÓPICOS

Dentro de la fisiopatología del choque séptico se involucran factores como: vasodilatación, hipovolemia relativa y absoluta, disfunción miocárdica, incremento en la tasa metabólica y alteración en el flujo sanguíneo tanto microvascular como regional, por lo que se hace necesario el entendimiento y adecuado uso de los vasopresores para mantener una presión de perfusión mínima y un flujo adecuado.

La persistencia de la hipotensión a pesar de la reanimación hídrica se ha descrito como la base fisiopatológica y diagnóstica para el choque séptico; en este momento se toma como directriz rangos de PAM mayores de 65 mmHg para mantener una adecuada perfusión de los órganos vitales, así no se haya resuelto la hipovolemia. Cabe destacar, que la PAM puede variar dependiendo del paciente ya que los requerimientos no son los mismos para un paciente.

Los objetivos con la terapia vasopresora buscan el mantenimiento de la presión arterial, mientras que la terapia inotrópica busca mejorar el gasto cardiaco.

La noradrenalina es el vasopresor de primera línea en el manejo del choque séptico múltiples estudios han demostrado que la noradrenalina tiene una mayor efectividad que la dopamina en el manejo de choque séptico, dado que tiene mayor eficacia por el aumento en la PAM por vasoconstricción, con un pequeño (10-15%) aumento del gasto cardiaco y el volumen sistólico.

Reanimación por metas en sepsis

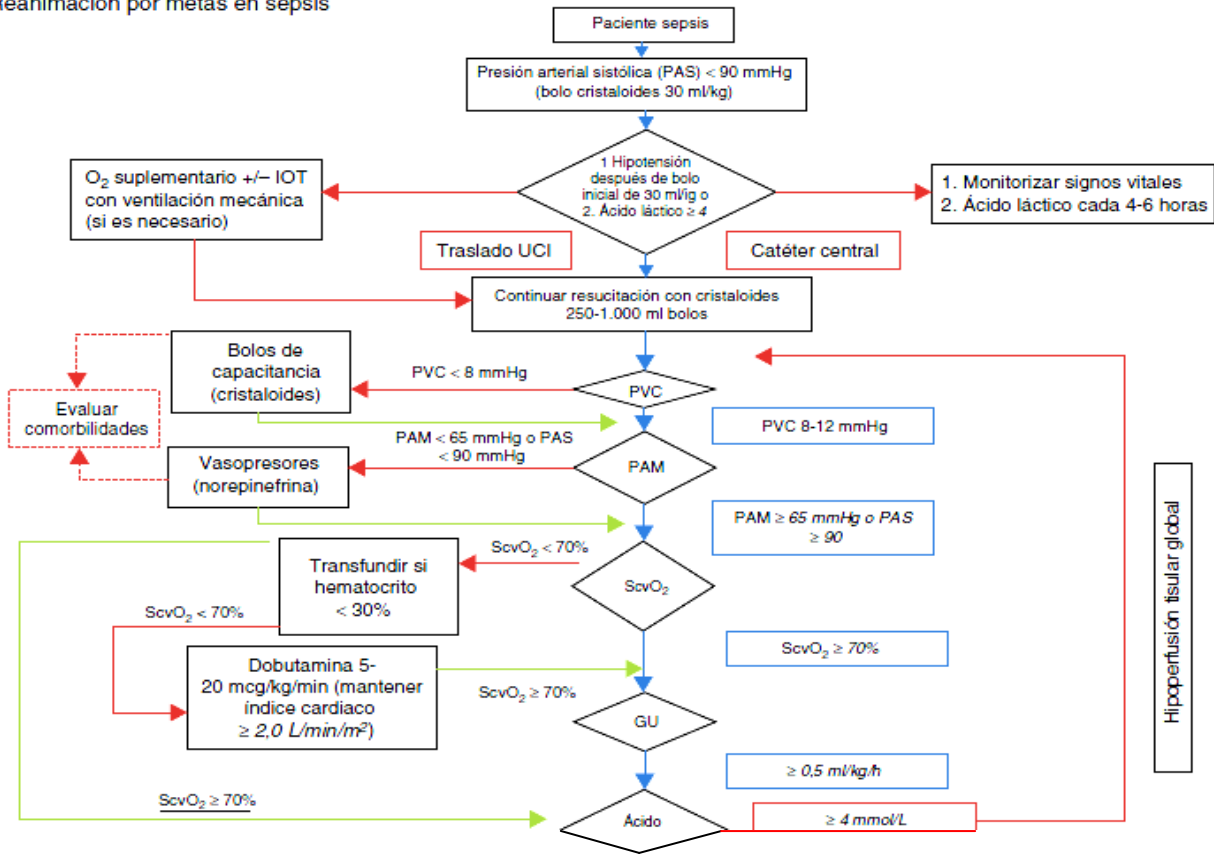


Diagrama 2: Reanimación por metas en sepsis.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

La administración de antibióticos intravenosos debe realizarse lo más rápido posible (< de una hora) para sepsis y choque séptico ya que hay una relación proporcional entre el momento de inicio del tratamiento antibiótico y la mortalidad.

Del mismo modo la Campaña Sobreviviendo a la Sepsis recomienda que el tratamiento inicial empírico de amplio espectro para sepsis debe incluir uno o más fármacos que demuestren actividad contra todos los patógenos probables y que penetren en concentraciones adecuada el foco de infección dicho régimen antimicrobiano debe ser evaluado diariamente para lograr un desescalonamiento adecuado basado en la respuesta del paciente y los cultivos tomados previamente de esta forma elegir el o los antibióticos adecuados para resolver la infección, prevenir el desarrollo de resistencia y evitar la toxicidad.

HEMODERIVADOS

La transfusión de paquete eritrocitario debe ser realizada a pacientes con valores de hemoglobina < 7 g/dl, en ausencia de circunstancias extenuantes como isquemia miocárdica, hipoxemia severa o hemorragia aguda. Además, está indicada la administración preventiva de plaquetas en pacientes con recuentos < 10.000/mm³ en ausencia de hemorragia. También se sugiere que pacientes con riesgo de hemorragia significativa con recuentos de plaquetas < 20.000/mm³ y aquellos pacientes con hemorragia activa, programados para cirugía o procedimientos invasivos, mantengan recuentos plaquetarios 50.000/mm³

TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL

La sepsis que persiste con proceso inflamatorio generalizado lleva a hipoperfusión que produce daño renal; el riñón es uno de los órganos iniciales que desencadenan la disfunción orgánica múltiple, por lo que se sugiere valorar la terapia de sustitución renal. Por ello, se recomienda la hemodiálisis continua y no intermitente en los pacientes con insuficiencia renal aguda con oliguria y la hemodiálisis para facilitar el equilibrio de líquidos en pacientes con choque séptico.

NUTRICIÓN

La sepsis es un proceso de alto consumo metabólico y de energía, por lo que es primordial la nutrición en estos pacientes y el ayuno está contraindicado completamente. Es preferible la alimentación enteral que parenteral (sólo en caso necesario) según la tolerancia, las primeras 24 horas después del diagnóstico de sepsis severa y choque séptico. La dieta debe ser de más de 500 calorías al día según la tolerancia del paciente. Se recomienda glucosa intravenosa o combinada con nutrición parenteral total los primeros siete días después del diagnóstico de sepsis severa o choque séptico.

III.OBJETIVOS

General

Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a un paciente adulto joven que se encuentra en hospitalizado en el INCMNSZ con alteración en su proceso salud enfermedad derivado de un traumatismo abdominal y torácico por arma de fuego.

Específicos

- ✓ Recopilar información sobresaliente, a través de la valoración basada en la entrevista directa con el paciente sobre los factores de riesgo que desencadenaron la sepsis.
- ✓ Elaboración de diagnósticos de enfermería relacionados con las alteraciones multisistémicas del paciente adulto joven con comorbilidades.
- ✓ Realizar intervenciones encaminadas a de Enfermería a fin de minimizar sus preocupaciones en su esfera emocional que impactan en su aumento de su T/A sistólicas y diastólicas, estado nutricional que pone el peligro su estado de salud.
- ✓ Establecer una escucha activa con el paciente y cuidador primario paciente sobre el manejo de sus emociones para disminuir las alteraciones en sus signos vitales parámetros minimizar su estancia hospitalaria.
- ✓ Fomentar el autocuidado en el paciente, a través de un plan de alta de diferentes temas como la importancia del apoyo nutricional, higiene corporal, cuidados de la gastrostomía, educación sexual y prevención de adicciones.
- ✓ Evaluar las intervenciones implementadas u el impacto con la salud del paciente.
- ✓ Brindar cuidados de Enfermería de alto nivel profesional y de Calidad a fin de crear un ambiente seguro que cumpla con los estándares de Calidad en la atención de salud.
- ✓ Realizar acciones de educación y promoción a la salud a fin de enfatizar en la transformación de los estilos de vida.

IV. METODOLOGÍA

- ✓ Inicio del Servicio social en el INCMNSZ, en particular en el 2° Piso de hospitalización.
- ✓ Interés académico de elegir al paciente con diagnóstico sepsis, neumonía intrahospitalaria y lesión renal KDOKI.
- ✓ Revisión de la literatura de artículos con evidencia científica médica y de Enfermería respecto a la problemática de salud y la intervención de Enfermería mediante el Proceso Atención de Enfermería y sus respectivas etapas.
- ✓ Permanentemente establecer una escucha activa con el paciente para ayudarlo a disminuir sus inquietudes y lograr la empatía.
- ✓ Elaboración del formato de valoración por aparatos y sistemas del paciente redactando los hallazgos importantes que la paciente presente.
- ✓ A través de la recopilación de la información sobresaliente, se dio inicio a la elaboración de los Diagnósticos de Enfermería a través de la Taxonomía de la NANDA.
- ✓ Por lo tanto con base en los Diagnósticos de Enfermería se realizó la búsqueda de los resultados a través de las taxonomías NOC y las del NIC.
- ✓ Se diseña la propuesta del plan de alta con sus respectivas intervenciones y se brinda consejería respecto a la educación y promoción a la salud.

V. Marco Teórico del Fundamento del Cuidado Enfermero.

Históricamente el cuidado existe desde el comienzo de la vida, de acuerdo a *Francoise Colliere* como lo menciona en su libro “Promover de la vida” su historia se perfila a través de dos grandes orientaciones: la primera se inscribe desde el principio de la historia de la humanidad para asegurar la continuidad de la vida y la segunda se vincula en la lucha contra la muerte.

Para empezar los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, ya que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que ésta continúe y se desarrolle, además de un modo, para luchar contra la muerte: la muerte del individuo, del grupo, de la especie¹⁴.

Es decir que durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la supervivencia del grupo.

Por lo tanto mantener la vida es asegurar una satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida misma así pues representa un conjunto de actos que tienen por finalidad, sin duda alguna la función de mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

Por consiguiente esto lo ha dado lugar a prácticas y hábitos de alimentación, de vestimenta, de hábitat, prácticas sexuales que a su vez forjan costumbres partiendo del modo en que los hombres y las mujeres aprendan a cómo utilizar el medio de vida que les rodea, de ahí la infinita diversidad de prácticas que, cuando se perpetúan de forma duradera, generan por sí mismas ritos y creencias.

Considerando que esta orientación de los cuidados basada en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Morin llama la *physis*, es decir ciencia de la naturaleza.

De modo que a medida que los grupos ratificaron sus prácticas de cuidados habituales consistentes en cosas permitidas y prohibidas, las erigieron en ritos y encargaron primero al chamán, luego al sacerdote el cargo de garantizar estos ritos.

¹⁴ Origen de las Prácticas de Cuidados; su influencia en la práctica de enfermería, Francoise, M. Promover la Vida. Mc Graw Hill, México, 2009.

Como guardián de las tradiciones y de todo lo que contribuye a mantener la vida, el sacerdote es, al mismo tiempo, el encargado de hacer de mediador entre las fuerzas benéficas y maléficas, es decir está designado para interpretar y decidir lo que es bueno o lo que es malo.

Por otra parte los cuidados médicos, los únicos reconocidos como científicos, sustituyen tanto a los cuidados para el mantenimiento de la vida como a los cuidados curativos nacidos de los descubrimientos empíricos sobre dichos cuidados. A finales del siglo XIX con la llegada de tecnologías muy elaboradas, los cuidados médicos se orientan hacia un restablecimiento complejo de la salud.

Sin embargo los cuidados corporales y la experiencia, con frecuencia secular, de las prácticas alimentarias, desde el origen del descubrimiento de las propiedades de las plantas, han sido la base del conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad, siendo así hasta nuestros días.

La razón por la cual la historia de la práctica de la enfermería parece indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con la historia de la mujer sanadora y de su evolución. La historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la Iglesia, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de la práctica curativa ejercida por mujeres en el medio hospitalario no psiquiátrico y en los dispensarios de pueblos y barrios, que hoy se denomina “cuidados de enfermería”.

Las etapas de estas distintas formas de identificación de las prácticas de cuidados aparecen del siguiente modo:

- ✓ Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la Edad Media, en la sociedad occidental.
- ✓ Identificación de los cuidados de la mujer consagrada, desde la Edad Media hasta finales del siglo XIX en Francia.
- ✓ Identificación de los cuidados de la mujer enfermera auxiliar médico desde el principio del siglo XX hasta finales de la década de 1960.

A través de estas distintas formas de identificar los cuidados anteriores a lo que después serán los cuidados de enfermería, se podrá comprobar que hasta principios del siglo XX el concepto que rige el papel de los que cuidan se basa en la primera de las orientaciones: asegurar todo aquello que contribuye a mantener y a conservar la vida.

De acuerdo con las circunstancias sobre las que se creó la enfermería en el siglo XIX y que marcan su actuación en la época actual, se resaltan las aportaciones de Florence Nightingale, entre ellas, haber fundado la primera escuela laica de enfermería en el mundo; así mismo, su contribución de mejora en la higiene, la misma que en tiempos de paz, redujo los índices de mortalidad de los soldados en los hospitales.

El marco conceptual sustentado en el metaparadigma de la enfermería y en este transitar, se puede observar que en EE.UU. ha existido un gran avance de las propuestas que guían la enfermería mundial; de hecho, ya en 1952 se publica el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Peplau que lleva por título *Interpersonal Relations in Nursing*. Entre estas aportaciones resalta la contribución de Virginia Henderson a la definición de la función propia de la enfermera, que es adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería.

En este mismo desarrollo en 1955, aparece el término «proceso de enfermería», descrito por la autora norteamericana Lidia Hall, que planteaba el quehacer de la enfermería como un proceso; Sin embargo, esa metodología tardó varios años en ser admitida por la comunidad de enfermería.

En 1967 H. Yura y M. Walsh crearon el primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Posteriormente D. Blodi y C. Roy en 1974 y 1975, respectivamente, añadieron la etapa de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases.

A pesar de que Vera Fray, enfermera norteamericana desde 1953, utilizó el término diagnóstico de enfermería, no fue hasta 1973 que se organizó de manera formal el primer congreso internacional para la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Posteriormente en 1982, se aprobó la creación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Cabe añadir que esta realidad requiere de una formación disciplinar que se gesté desde los espacios educativos, teniendo continuidad en el área asistencial a través del programa de supervisión institucional, en esta incorporación de nuevas prácticas en la gestión del conocimiento, donde el ser humano sea el principal protagonista de la construcción de sus propios saberes, orientando esta formación a pensamientos y acciones metacognitivos, que le permitan desarrollar el ejercicio de su formación basado en un liderazgo y autonomía, posibilitándole de manera significativa transformar su realidad

social, situación que se ha propiciado en la Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito.

Con esta propuesta, al final del día se pretende generar estrategias en la construcción de un modelo de atención de enfermería que responda a las necesidades de la población mexicana en un contexto histórico. Finalmente con sustento en la práctica profesional de la enfermería, creando desde ese entonces el ahora llamado Proceso de Atención de Enfermería, entre cuyos objetivos está la autonomía disciplinar, el lenguaje unificado y la legitimación disciplinar.

ETAPAS DE DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planeación
- Ejecución.
- Evaluación.

VI.- Desarrollo del Proceso de Enfermería

1- Ficha de Identificación

Nombre: ESL

Edad: 20 años

Nacionalidad: Mexicana

Estado: Puebla

Religión: Evangelista

Estado Civil: Soltero

Escolaridad: Bachillerato

Sin ocupación

2- Antecedentes Personales No Patológicos

Lugar de nacimiento y donde creció: Es originario de San Martin Texmelucan, estado de Puebla.

Ambiente familiar: Núcleo familiar funcional, con padres vivos en unión libre, su padre de 50 años de edad con ocupación de cargador, madre de 57 años ama de casa, refiere que le brindan todo su apoyo, confianza y que como toda familia tienen problemas en algunas decisiones, sin embargo siempre han tratado de resolverlos de la mejor manera.

Posición de la familia: Ocupa el 2° lugar de 3 hermanos, su hermano mayor tiene 33 años de edad, se dedica a ser músico ambulante, el paciente de 20 años y su hermano menor de 17 años de edad es estudiante (Preparatoria).

Satisfacción con la vida en general: Refiere que durante su niñez y adolescencia ha estado a gusto con la vida que llevaba, pues sus padres no le han negado nunca nada, además de contar con las comodidades básicas, menciona que “se siente bendecido por la familia que tiene y la madre que siempre lo ha amado sobre todas las cosas”. Actualmente refiere sentir enojo, frustración con la vida, porque no sabe por qué le está pasando tantas complicaciones en su estado de salud a tan corta edad ya que el debería estar jugando fútbol con sus amigos, estudiar. Como causa del accidente el refiere que siente mucha tristeza y no ha sabido cómo afrontar esta situación, además porque no tiene dinero y su estancia hospitalaria se ha prolongado, le angustia sobre el que pasara

con su salud, tienen miedo a la muerte y al ver a su madre cansada pues es la única que está con él las 24 horas del día ya que sus demás familia está en otro estado de la república.

Inmunizaciones: Desconoce

Hábitos y ejercicio: Baño y cambio de ropa diario, realiza tres comidas al día y por las tardes solía jugar futbol con sus amigos.

Condiciones del hogar: habita en una casa rentada (departamento) cuenta con los siguientes servicios: alumbrado, pavimento, alcantarillado, agua, luz, drenaje, servicio médicos, educativos y de recreación.

Condiciones económicas: La familia tiene ingresos mensuales de \$3500° pesos, mensuales y el único proveedor es el papá (cargador)

Tabaquismo: 2 cigarros del día

Alcoholismo: Cada 8 días con amigos (cerveza)

Actividad sexual: IVSA a los 16 años (N° 1 pareja)

Método Anticonceptivo: Condón

Transfusiones: Refiere que ha necesitado aproximadamente 10 ocasiones

Grupo Sanguíneo: (AB+)

3- Antecedentes Heredo- Familiares ultimas 3 generaciones

DM: Abuelos y tías paternos

HAS: Abuela y 1 tía materna

Cáncer (sarcoma): Abuelo materno

4- Antecedentes Personales Patológicos

Durante la infancia refiere haber tenido varicela durante preescolar, posteriormente escarlatina y sarampión aproximadamente a los 8 años.

Enfermedades de la vida adulta: sin fractura, alergia a ningún fármaco, hasta el momento de su accidente por intento de robo menciona que hace 3 meses su vida dio un giro de 360° por causa de un intento de robo y refiere que es inevitable olvidar ese día menciona fue un 15 de Octubre del 2017 cuando sufre un traumatismo abdominal por arma de fuego con 4 disparos que se alojaron en la región toracoabdominal (pulmón izquierdo, colón ascendente, intestino delgado “duodeno” y estómago).

Ese mismo día le realizaron una laparotomía, toracotomía por cierre defecto esofágico 9 de noviembre del 2017 le realizan gastrostomía y yeyunosmtomía.

5- Padecimiento Actual

Paciente masculino adulto joven quien ha estado recibiendo atención médica continua, primero estuvo hospitalizado en otra institución en condición crítica, y posteriormente fue referido el 2 de Diciembre al INCMNSZ para manejo de fístula traqueoesofágica que se formó como complicación de las lesiones por traumatismo por arma de fuego en tórax y abdomen por lo tanto secundario a la fístula, tiene contraindicada la vía oral desde entonces. Posteriormente su estancia hospitalaria se ha prolongado en el 2° piso de hospitalización con importantes secuelas reflejadas en su deterioro de su estado de salud, actualmente se encuentra con las siguientes complicaciones neumonía intrahospitalaria, lesión renal aguda requiriendo hemodiálisis, sepsis y actualmente está con apoyo nutricional por NET por gastrostomía.

6.1.- Valoración

ASPECTO A VALORAR	HALLAZGOS
DESCRIPCIÓN GENERAL	<p>NOMBRE: ESD EDAD: 20 años Nacionalidad: Mexicana Estado: Puebla Peso: 50 kg Talla: 1.70 IMC: 17.3 bajo peso T/A: (90/60 mmHg) (140/100 mmHg) F/C: 120 x´ F/R: 22 x´ SaO2: 86% T°: 38.3 Glucemia: 57mg/dl Glasgow: 15/15 puntos</p>
ESTADO MENTAL Apariencia física y conducta, estado cognitivo (nivel de consciencia, respuesta a preguntas de razonamiento, cálculo de memoria, tiempo, de atención) depresión, ansiedad, alucinaciones, calidad de la voz articulación de palabras, coherencia, comprensión	<p>Activo, reactivo, consciente y orientado en tiempo, lugar y espacio. Refiere sentirse triste, preocupado, ansioso, nervioso, con miedo por la situación de salud por la que está pasando.</p> <p>Se valora un afrontamiento ineficaz del duelo por el que está atravesando, refiere verbalmente “Enojo por su estado de salud que cada día va declinando siendo una persona tan joven”, el paciente se culpa de su situación al mismo tiempo se percibe temeroso, evadiendo la mirada y con voz pasiva, sin embargo más adelante se logra establecer un vínculo enfermera paciente adecuado a través de una comunicación.</p>

<p>PIEL</p> <p>Color, uniformidad, integridad, textura, temperatura, turgencia, higiene, cicatrices, presencia de edema, sudoración excesiva, movilidad, presencia y descripción de lesiones(tamaño, forma, localización configuración y palidez)</p>	<p>Palidez de tegumentos, color de piel morena obscuro, hidratada, textura suave, refiere mantener una higiene adecuada, al tacto se encuentra con calor en la piel, eritema y una T° 38.3.</p> <p>Alteración de la integridad de la piel por procedimientos quirúrgicos (gastrostomía y yeyunostomía) además por los impactos de bala.</p>
<p>CABEZA</p> <p>Tamaño, contorno de la cabeza, aspecto del cuero cabelludo, posición de la cabeza, simetría, características faciales, tics, presencia de edema o hinchazón , dolor a la palpación.</p>	<p>Simétrica, normocefálica, situada en la línea media, sin dolor a la palpación, con buena distribución de cabello corto delgado, color café obscuro y sin presencia de masas. Con asimetría facial del lado izquierdo.</p>
<p>OIDOS</p> <p>Configuración, posición, alineación de las orejas, lóbulos, dolor a la palpación de los pabellones auriculares o de la región mastoidea, hallazgos otoscopios en los conductos (cerumen, lesiones, exudado, cuerpos extraños) y en las membranas timpánicas (integridad, color, puntos de referencia, movilidad), audición.</p>	<p>Pabellones auriculares intactos, presencia de cerumen, sin alteración a la audición.</p>
<p>NARIZ</p> <p>Aspecto externo de la nariz, permeabilidad, presencia de exudados, costras, eritemas, pólipos, alineación del tabique, presencia de edema o dolor a la palpación de los senos paranasales, discriminación de olores.</p>	<p>Situada en línea media simétrica, sin desviación del tabique nasal, intacto y narinas permeables.</p>

<p>BOCA GARGANTA</p> <p>Número, oclusión y estado de los dientes; presencia de prótesis dentales, características de los labios, lengua, mucosa bucal u oral, suelo de la boca (color, humedad, simetría, induración), aspecto de la faringe, amígdalas, paladar, simetría y movimientos de la lengua, paladar blando y úvula; reflejo de arcada, discriminación de gusto.</p>	<p>Mucosa oral semihidratada, sin secreciones ni lesiones, labios rosados, encías rosadas, piezas dentales completas, con presencia de caries.</p> <p>Lengua rosada, hidratada, sin alteraciones en las papilas gustativas para identificar los sabores de los alimentos.</p> <p>Fistula tras esofágica.</p>
<p>CUELLO</p> <p>Movilidad, flexibilidad y fuerza, posición de la tráquea, tracción de la tráquea, movimiento del hueso hioides y cartílagos con la deglución, tamaño de la tiroides, forma, nódulos, dolor a la palpación, presencia de masas y pliegues cutáneos.</p>	<p>Simétrico, situado en la línea media de la tráquea, sin dolor a la palpación y con acceso venoso central C3L permeable y sin datos de infección.</p>
<p>TORAX</p> <p>Tamaño y forma del tórax, diámetro anteroposterior, simetría de los movimientos respiratorios, patrones venosos superficiales, presencia de retracciones, uso de músculos accesorios, recorrido diafragmático.</p>	<p>Sin presencia de datos de dificultad respiratoria, ni uso de músculos accesorios sin sensibilidad.</p> <p>Herida quirúrgica aproximadamente de 20 cm afrontada</p>
<p>PULMONES</p> <p>Frecuencia respiratoria, profundidad, regularidad, respiración tranquila o fácil, hallazgos a la palpación, de simetría y</p>	<p>SaO₂ 86- 95 %</p> <p>FR 20-22x' respiraciones simétricas, con ritmo y profundidad, a la auscultación presencia de murmullo vesicular.</p>

<p>calidad de loa expansión, percusión e identificación de tonalidades, características de los sonidos respiratorios (intensidad, tono, duración, calidad vesicular, bronquial, broncovesicular, ruidos respiratorios</p>	
<p>MAMAS Tamaño, forma, simetría, pezones, patrón venoso, consistencia del tejido, presencia de masas, cicatrices, dolor a la palpación, espesamiento y secreción o presencia de retracciones de la piel, características de los pezones y areolas (inversión, eversión, retracción) secreción.</p>	<p>Anatómicamente tiene predominio de tejido adiposo, con areolas, pezones pequeños y músculos pectorales simétricos, a la palpación no se encuentran masas.</p>
<p>CORAZÓN Localización anatómica de latido a la punta, frecuencia, ritmo, amplitud, contorno y simetría del latido de la punta con el pulso en las extremidades, pulso con temblor, arrastres o elevaciones, presencia de chasquidos, soplos, clics.</p>	<p>Taquicardia de 120Lpm Monitorización no invasiva con ritmo sinusal con tendencia a la taquicardia.</p>
<p>VASOS SANGUINEOS Amplitud, distención y pulsaciones de la vena yugular, ondas de del pulso arterial, carotideo y venoso yugular, presencia de murmullo sobre las arterias carotidea, temporal, femoral, temperatura, color, distribución del vello, textura de la piel, atrofia muscular, lechos ungueales, presencia de edema,</p>	<p>Pulsos palpable en carótida, radial y braquial, piel intacta, con buena distribución de vello, CVC en yugular izquierda 3 lumenes Proximal: Hartmann 1000 ml, 3 amp KCl + 3 amp MgSO₄ Media: GLUCOSA 5% 50 ml: 6.25 ml Distal: NPT: 78.6 ml y ministración de medicamentos</p>

<p>tumefacción, distensión venosa, varices, dolor a la palpación en las extremidades inferiores o a lo largo de la superficie venosa.</p>	
<p>ABDOMEN Forma, contorno, pulsaciones aorticas, movimientos superficiales, patente venosa, hernia o separación muscular, ruidos intestinales, frote del hígado o bazo, palpación de los órganos, localización, tamaño, contorno, consistencia, dolor a la palpación, resistencia muscular, tono en la percusión, dolor a la palpación, tamaño del hígado.</p>	<p>Blando, globoso, a expensas de panículo adiposo, depresible con dolor leve a la palpación, con yeyunostomía y gastrostomía pinzadas. Cicatriz por Herida quirúrgica por laparotomía de 20 cm.</p>
<p>GENITALES MASCULINOS</p>	<p>Sin alteraciones con retracción del prepucio, paciente circuncidado, con palpación de ambos testículos, sin presencia de masas o dolor.</p>
<p>ANO Y RECTO Control y tono de esfínteres, presencia de hemorroides, fisuras, excreciones, contorno de la pared rectal, dolor a la palpación, tamaño de la próstata, contorno, consistencia, rubor en áreas localizadas.</p>	<p>No se pudo valorar el paciente se te reusó por tener pena, sin alteraciones, defecación tipo diarrea, por lo que se indica el examen de heces en busca de toxinas de <i>C. difficile</i> y se implumemente medidas de aislamiento por contacto plus.</p>
<p>SISTEMA LINFATICO Presencia de nódulos linfáticos en la cabeza, cuello y áreas supraclaviculares, axilares o inguinales, forma, tamaño, calor, dolor a la palpación y movilidad.</p>	<p>Sin alteraciones</p>

<p>SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO</p> <p>Postura, alineación de extremidades y columna, simetría corporal, simetría de la masa, tono y fuerza muscular, graduación de la fuerza, fasciculaciones, espasmo, gama de movimientos (pasivos y activos), presencia de dolor durante el movimiento, aspecto de las articulaciones (deformidades, dolor a la palpación, crepitación, tumefacción).</p>	<p>Postura recta, cabeza en la línea media, rodillas alineadas, sin desviación, sin dolor articular, se observa columna sin datos de escoliosis ni lordosis, marcha fluida y simétrica, deambulación precoz.</p>
<p>SISTEMA NEUROLÓGICO</p> <p>Exploración de nervios craneales, hallazgos específicos de cada uno, coordinación en la marcha, equilibrio, coordinación con los movimientos alternantes rápidos, funciones sensoriales, presencia y simetría de la respuesta al dolor, tacto, vibración, temperatura, reflejos tendinosos y su simetría.</p>	<p>Escala de Glasgow de 15/15 puntos a la valoración paciente orientado en tiempo, lugar y espacio.</p>

6.2 Diagnósticos de enfermería

Diagnósticos de Enfermería	Nivel de Dependencia		
	D*	PD**	I***
Disposición para mejorar la gestión de la salud			x
Desequilibrio electrolítico	X		
Deterioro de la deglución	X		
Riesgo de nivel de glucemia inestable		x	
Deterioro de la ventilación espontánea		x	
Disminución del gasto cardíaco	X		
Disposición para mejorar el autocuidado			x
Baja autoestima situacional	X		
Cansancio del rol cuidador			x
Interrupción de los procesos familiares		x	
Disfunción sexual	X		
Ansiedad	X		
Síndrome postraumático	x		
Duelo	X		
Deterioro de la resiliencia	X		
Riesgo de Shock	X		
Termorregulación ineficaz	X		

El Consejo de Europa definió en 1998 la dependencia como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. Por tanto, una primera forma de medir la prevalencia de la dependencia a nivel poblacional sería calcular el porcentaje de personas que necesitan ayuda en al menos una de estas actividades. Aunque este es un enfoque ampliamente utilizado para medir la evolución de la dependencia en diferentes regiones, resulta de escaso interés para analizar variaciones en su intensidad, tanto a nivel individual como poblacional.

Aunque suele asociarse a la edad, la dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores ya que puede afectar a cualquier sector de la población. Por una parte, es necesario considerar, el importante crecimiento de las población de más de 65 años, pero también se ha de tener en cuenta que los avances científicos y el mejor nivel sanitario han conseguido que enfermedades que conducían a la muerte en poco tiempo, ahora, aunque no se solucionen, permiten la supervivencia de las personas afectadas, muchas veces en condiciones precarias.

Por tanto, si queremos tener un mapa no solo de la prevalencia de la dependencia sino también de su magnitud, necesitamos, en primer lugar, identificar aquellas actividades de la vida diaria en las que el dependiente puede necesitar ayuda. Tradicionalmente estas actividades se suelen clasificar en dos grupos, las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Las ABVD son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de independencia básica y le permiten vivir sin necesitar ayuda continua de otros (comer, vestirse, bañarse, trasladarse, etc.).

Las AIVD son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad (usar el teléfono, comprar, cuidar la casa, utilizar transportes, etc.).

Sin embargo, utilizar el número de actividades en las que se necesita ayuda como un indicador de gravedad tampoco refleja adecuadamente las preferencias sociales

(Sims, et al., 2008). Necesitamos un instrumento que tenga en cuenta, tanto la relevancia de las actividades en las que se necesita ayuda (por ejemplo, debería ponderar más tener imitaciones en las ABVD que en las AIVD), como el grado de apoyo (no es lo mismo necesitar una mera supervisión para la realización de una actividad a que te reemplacen totalmente en su realización).

Grado I o dependencia moderada: Explica que este tipo de dependencia se determina cuando es necesaria ayuda para alguna de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), o la autonomía personal está limitada y precisa de ayuda en algunas ocasiones.

Grado II o dependencia severa. Este tipo de dependencia se manifiesta cuando es necesaria ayuda para varias actividades básicas de la vida diaria (ABVD) más de una vez al día, pero no es necesario un cuidador permanente.

Grado III o gran dependencia. Esta dependencia más acusada se describe cuando se manifiesta una pérdida total de la autonomía personal (sea física, mental, intelectual o sensorial) y por ello es preciso un cuidador permanente para que de soporte a las necesidades individuales.

6.3 PLAN DE CUIDADOS: PACIENTE “ESL”

FECHA DE CAPTURA DE DATOS: 27 ENERO 2018

SERVICIO: 2° PISO DE HOSPITALIZACION INCMNSZ

<p>DOMINIO: 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD CLASE: 2 GESTIÓN DE LA SALUD</p>	
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</p>	
<p>ETIQUETA DIAGNOSTICA</p>	<p>MANIFESTADO POR</p>
<p>Disposición para mejorar la gestión de la salud</p>	<p>Expresa deseos de mejorar el manejo de su enfermedad, factores de riesgo y régimen prescrito.</p>
<p>OBJETIVO NOC</p>	<p>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC</p>
<p>Conocimiento: Régimen terapéutico</p>	<p>Enseñanza: Procedimiento/ tratamiento Explicar el propósito del tratamiento. Determinar las expectativas anteriores del paciente y el nivel de conocimiento relacionadas con el procedimiento y tratamiento.</p>
<p style="text-align: center;">INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceso de la enfermedad ✓ Medicación prescrita ✓ Dieta prescrita ✓ Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual 	<p>Enseñanza: Medicamentos prescritos Instruir al paciente acerca de la dosis y vía de administración de los medicamentos. Instruir al paciente sobre los posibles efectos adversos de los medicamentos.</p> <p>Enseñanza: Dieta prescrita Evaluar el nivel actual del conocimiento del paciente acerca de la dieta prescrita. Explicar el propósito de la dieta (comida adecuadas y prohibidas)</p>

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La aplicación del Proceso Enfermero garantiza una atención individualizada e integral del paciente, permitiendo su participación activa y mejorando la relación terapéutica enfermera-paciente. Además, permite coordinar la actuación del equipo facilitando la comunicación entre profesionales que cuidan al paciente favoreciendo la continuidad de los cuidados.

La evolución del manejo del régimen terapéutico, es un hecho que siempre preocupa a enfermería el cumplimiento tanto de las normas aprendidas durante la atención como de los procedimientos descritos, son de suma importancia para minimizar las complicaciones intrínsecas al proceso terapéutico que nos ocupa.

Definiendo el cumplimiento es “la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados, como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con él, el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y la realización por parte del paciente.

La Conducta de cumplimiento es definida como acciones basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación. Valorado mediante los indicadores: comunica seguir pautas descritas, confianza en el profesional sanitario sobre la información recibida, conserva la cita, modifica la pauta orientada por el profesional sanitario, realiza las actividades de la vida diaria según prescripción.

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo es lo que compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la promoción de la salud de la población mundial y local desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud.

En la prescripción adecuada y de calidad de los medicamentos, conviene resaltar que tanto la prescripción y el consumo del medicamento debe cumplir con los siguientes principios: maximizar la efectividad en el uso

de los medicamentos, disminuir los riesgos de salud a los que se somete a la persona, reducir los costos en la atención médica y por último, pero uno de los más importantes “respetar en la medida de lo posible las opiniones de los pacientes en todo acto terapéutico”.

La adecuada conjugación de conocimientos, con las intenciones del bienestar de las personas constituye la esencia del buen uso o utilización de los medicamentos

El equipo de salud juega un rol fundamental en el manejo de la medicación. Los estándares de cuidado al paciente destacan como indicador de calidad, la educación y entrenamiento para el manejo de la medicación por parte del personal de salud en todo paciente, miembros de la familia y personas significativas, de tal forma que se asegure que poseen el conocimiento específico que les permita desarrollar las habilidades necesarias para un manejo adecuado de la medicación. En este sentido, el alta hospitalaria se considera un momento crítico en el que el personal de salud debe proporcionar la educación para el manejo de la medicación en el hogar y avalar que el paciente a su egreso tiene conocimiento de los medicamentos indicados, cómo administrarlos y cómo proveerse de ellos.

De acuerdo a Orwig et al. (15), el manejo de la medicación por parte del paciente es un proceso complejo que está integrado por tres dominios que permiten asegurar su cumplimiento, éstos son: conocimiento de la medicación, conocer cómo los debe tomar y conocer cómo los puede obtener y el acceso a ellos. El paciente necesita conocer la indicación, cómo y cuándo se deben administrar, la duración del tratamiento y cómo obtener sus medicamentos para asegurar el cuidado integral y la continuidad del cuidado en el hogar, además como parte integral del adecuado manejo de la medicación es importante confirmar que el paciente conoce cómo almacenar de manera adecuada los medicamentos (luz, temperatura y humedad).

EVALUACIÓN

Durante su estancia hospitalaria el paciente y con apoyo de su cuidador primario (madre) se logró explicar e informar el manejo de su régimen terapéutico, posteriormente al alta domiciliaria logro establecer un conocimiento optimo sobre el plan de cuidados en el hogar que tenía que realizar.

DOMINIO: 2 NUTRICIÓN		
CLASE: 5 HIDRATACIÓN		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Desequilibrio electrolítico	Compromiso de los mecanismos reguladores	Hipokalemia (3.08 mEq/l) Hipomagnesia (1.48 mEq/l)
OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	
Equilibrio electrolítico y ácido base	<p>Manejo de electrolitos: hipocalemia</p> <p>Monitorización de los signos vitales.</p> <p>Ministración de infusión de 3 amp KCl en salina de 250ml para 8 horas.</p>	
INDICADORES	Interpretación de valores de laboratorios y desequilibrio electrolítico.	
<p>✓ Taquicardia (120lxm)</p> <p>✓ K: (3.08 mEq/l)</p> <p>✓ Mg: (1.48mEq/l)</p> <p>Hto: (30.7 mg/dl)</p>	<p>Prevenir y reducir la irritación del potasio (considerar la infusión a través de una vía central para concentraciones > 10mEq/l, diluir el potasio IV adecuadamente</p> <p>Vigilar manifestaciones neurológicas de hipocalemia (debilidad muscular, alteración en el nivel de consciencia, somnolencia, apatía, letargia, confusión y depresión.</p> <p>Manejo de electrolitos: hipomagnesia</p> <p>Vigilar la disminución de ingesta por malnutrición terapia prolongada de NPT que contiene cantidades insuficientes de magnesio.</p> <p>Administrar infusión de 3 amp MgSO₄</p> <p>Observar si se produce manifestaciones de hipomagnesia en el SNC.</p>	

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La medición de signos vitales es “un proceso que refleja el estado fisiológico de los órganos vitales: cerebro, corazón, pulmones”, así como el estado hemodinámico del paciente y es una actividad clave en la valoración, diagnóstico e implementación de intervenciones de los profesionales de la salud.

El equilibrio hidroelectrolítico es fundamental para conseguir una correcta homeostasis, pues regula la mayoría de las funciones orgánicas.

El Cloruro de Potasio se considera un medicamento de alto riesgo para la ocurrencia de eventos adversos que pueden comprometer la vida del paciente. La administración de bolos de soluciones intravenosas concentradas de potasio puede ser letal, se debe administrar el medicamento diluido, la administración de potasio por vía intravenosa directa sin dilución previa produce hiperkalemia y ésta puede producir bloqueo y paro cardíaco además de necrosis del tejido. La velocidad de perfusión debe ser lenta, la cantidad de cloruro de potasio dependerá de sus necesidades específicas.

Las manifestaciones clínicas que acompañan al desequilibrio de electrolitos dependen del exceso o deficiencia del electrolítico en específico.

El Potasio (K^+) es el catión más abundante en el cuerpo. Alrededor del 98% de potasio total del cuerpo es intracelular. La relación de potasio extracelular a intracelular determina la excitabilidad neuromuscular y cardiovascular.

EVALUACIÓN

Durante una semana el paciente necesito requerimientos de infusiones de electrólitos séricos, mismo que cada día no se lograban alcanzar a los niveles normales de K y Mg.

Previamente de la ministración se realizó la doble verificación con la enfermera de líneas para prevenir un evento adverso de acuerdo a la AESP N°7 Registro del evento adverso” y así llevar a cabo también el proceso de medicación seguro como lo establece la AESP N°3 en la ministración de medicamentos de alto riesgo.

El paciente no presenta ninguna reacción adversa al medicamento y por lo tanto verificar la velocidad de infusión.

DOMINIO: 2 NUTRICIÓN		
CLASE: 1 INGESTIÓN		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Deterioro de la deglución	Defectos anatómicos Fistula traqueoesofágica	Anomalía en la fase esofágica evidenciada por estudio de la deglución
OBJETIVO NOC		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Estado Nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos		Administración de nutrición parenteral total (NPT)
INDICADORES		<p>Controlar signos vitales.</p> <p>Mantener permeable el acceso venoso central.</p> <p>Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones NPT.</p> <p>Mantener un índice de flujo constante de la solución de NPT.</p> <p>Vigilar niveles de albumina, proteína total, electrolitos y glucosa en suero.</p> <p>Mantener precauciones universales</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingestión alimentaria oral. ✓ Ingestión de líquidos orales. ✓ Administración de líquidos con NPT 		

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La nutrición parenteral (NP) consiste en el aporte de nutrientes al organismo por una vía venosa y, por tanto, los nutrientes entran directamente al torrente circulatorio evitando el proceso digestivo y el filtro Hepático

Las venas más usuales para su administración de la NPT son la subclavia y la yugular, porque presentan menos incidencia de contaminación e infección que las venas inferiores como la femoral.

Las soluciones de NPT, frecuentemente, contienen dextrosa y emulsiones de aminoácidos o de lípidos por lo que tienen más probabilidades de propiciar el crecimiento microbiano que cualquier otra solución. Por tanto, se recomienda que no se

utilice la línea de administración para otra finalidad que no sea la administración de NPT.

Las precauciones estándares tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas.

Son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar, como un mínimo, en la atención de todos los pacientes.

La higiene de las manos es un componente principal de las precauciones estándares y uno de los métodos más efectivos para prevenir la transmisión de agentes patógenos asociados con la atención de la salud. Además de la higiene de las manos, el uso de equipo de protección personal debe basarse en la evaluación de riesgos y el grado del contacto previsto con sangre.

EVALUACIÓN DEL NIC

El paciente ESL por defecto nuevamente de la fistula tras esofágica por indicación médica se queda en ayuno prolongado, la cual con el objetivo de mantener su necesidades nutricionales cubiertas se inicia la nutrición parenteral 17 de Enero del presente año con apego a las condiciones epidemiológicas para la instalación y los cuidados para su ministración a través de su catéter central.

Después aproximadamente luego de un mes del apoyo de NPT y NET el paciente logra ingerir alimentos vía oral, iniciando con dieta líquida y a su egreso dieta blanda.

A su egreso continua con las sondas de alimentación pinzadas, sin embargo se obtuvo un mejor resultado a las 2 semanas del egreso hospitalario en consulta ambulatoria se retiran ambas sondas.

DOMINIO: 2 NUTRICIÓN
CLASE: 4 METABOLISMO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON
Riesgo de nivel de glucemia inestable	Hipoxemia (SaO ₂ 86%) Enfermedad (Sepsis)
OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Control del riesgo	<p>Manejo de la hipoglucemia Identificar paciente con riesgo de hipoglucemia.</p>
INDICADORES	<p>Monitorizar signos y síntomas de la hipoglucemia (palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, poli hambre, confusión, visión borrosa, somnolencia, debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, escalofríos, frio, mareos, nausea, cefaleas, cansancio, etc.)</p> <p>Mantener un acceso vascular permeable.</p>

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

En el tratamiento de la hipoglucemia en urgencias se indica la ingestión oral de hidratos de carbono si es posible; de no ser posible la ingestión, se indica el glucagón o la administración parenteral de glucosa.

Si el paciente está despierto y es capaz de proteger su vía aérea, se administra por vía oral una dosis inicial de 20 gramos de glucosa (cubos de azúcar, jugo, refresco rico en azúcar). La respuesta debe presentarse a los 10-15 minutos posterior a la ingesta. Por consiguiente, después de la restauración de la normoglucemia, es aconsejable la ingestión de una comida para evitar la hipoglucemia recurrente.

La dextrosa intravenosa es el tratamiento de elección para la hipoglucemia severa (pacientes son incapaces de tomar carbohidratos por vía oral). Se recomienda una dosis inicial de 25 g de glucosa (50 ml de dextrosa al 50% o 250 ml de dextrosa al 10%), en cinco minutos produce una elevación de la glucosa hasta 220 mg/dl. Debe ser cuidadosa la inyección en una vena periférica y debe ser seguida por una infusión de solución salina para evitar flebitis.

La concentración fisiológica de glucosa en sangre oscila entre 80–90 mg/dl (normoglucemia) y se modifica en diversas situaciones. La ingesta de alimentos induce un aumento en los niveles de glucosa alrededor de 200 mg/dl (hiperglucemia), mientras que en el ayuno prolongado su nivel disminuye hasta 60–40 mg/dl (hipoglucemia moderada). Si el nivel de glucosa disminuye aún más (menor 20 mg/dl) se puede presentar una hipoglucemia severa que se acompaña del cese de la actividad eléctrica del cerebro o de coma hipoglucémico.

El control de la homeostasis glucémica constituye un factor indispensable para el mantenimiento de la vida, ya que la glucosa plasmática representa la principal fuente de energía para el funcionamiento del sistema nervioso central.

En situaciones de privación cerebral de glucosa, el cerebro sólo puede mantener por escasos minutos, en forma autónoma, el aporte de glucosa, por lo cual los episodios hipoglucémicos breves pueden producir alteraciones graves del sistema

nervioso central, las cuales si se prolongan en el tiempo pueden producir muerte cerebral.

La prevención de las hipoglucemias recae sobre dos pilares fundamentales: la educación específica de pacientes, familia y personal de salud. Además el empleo de regímenes de insulino terapia que reproduzcan de manera poco imperfecta, la secreción normal de insulina. Inicialmente es indispensable evaluar cuál es el objetivo glucémico que el paciente debería alcanzar y cuál es su riesgo hipoglucémico para de acuerdo a ello el personal de salud explique al paciente para que tome precauciones en la toma de sus medicamentos.

La prevención de la hipoglucemia en la diabetes, lo cual implica en cada paciente hacer ajustes en el régimen.

EVALUACIÓN DEL NIC

El paciente ESL durante varios días se mantuvo en ayuno por múltiples circunstancias, tanto por los estudios diagnósticos (panendoscopia, TAC de tórax) que le realizaban para encontrar el motivo de la abertura de la fistula tras esofágica, por tal razón presentaba durante el día episodios de hipoglucemia, sin embargo se aplica inmediata intervención para el manejo de la hipoglucemia se inicia una infusión de glucosa 5% de 50 ml= 6.25 ml en infusión continua para 24 horas, sin embargo, no logra mantener logro aumentar su nivel de glucemia dentro de los valores normales presenta 57mg/dl, se ministra 25 ml de glucosa IV por el catéter central logrando una glucemia de 107 mg/dl.

El paciente sabe reconocer los signos y síntomas de una hipoglucemia junto con su cuidador primario además porque presenta somnolencia y diaforesis entre otros síntomas.

DOMINIO: 4 ACTIVIDAD Y REPOSO		
CLASE: 4 RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/PULMONARES		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Deterioro de la ventilación espontánea	Fatiga de los músculos respiratorios	Disminución de la SaO ₂ (86%) y aumento de la frecuencia cardiaca (120 lpm)
OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	
Estado respiratorio: Ventilación	<p>Oxigenoterapia</p> <p>Mantener permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>Vigilar el estado respiratorio y oxigenación.</p> <p>Administrar O₂ suplementario a través de las puntas nasales.</p> <p>Animar al paciente a realizar los ejercicios de espirometría.</p> <p>Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de O₂ para asegurar la concentración prescrita.</p> <p>Comprobar la capacidad el paciente para tolerar la suspensión de la administración del oxígeno.</p> <p>Vigilar signos de hipoventilación.</p>	
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuencia respiratoria ✓ Saturación de O₂ 		

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La protección de la vía aérea es de mucha importancia ya que muchos tóxicos causan depresión del impulso respiratorio, hipoperfusión del Sistema Nervioso Central o efectos tóxicos directos sobre el sistema pulmonar.

La oxígeno terapia, supone un tratamiento fundamental para este tipo de insuficiencias, tanto agudas como crónicas, con el fin de prevenir o tratar la hipoxia y sus síntomas principalmente, secundaria al desequilibrio gaseoso.

Pretende satisfacer las necesidades de oxígeno a los tejidos consiste en el aporte de aire enriquecido con oxígeno por vía inhalatoria, a mayores concentraciones que las del aire ambiente (21%), aumentando así la fracción inspirada de oxígeno (F_{iO_2}) y consecuentemente el contenido arterial de oxígeno.

Es la modalidad terapéutica más recomendable para el tratamiento de deficiencias de ventilación/perfusión, intercambio de gases e hipoventilación.

los procesos de distribución del oxígeno dependen de la relación aporte de oxígeno/consumo de oxígeno (relación dependiente del contenido de oxígeno en la sangre transportado por la hemoglobina), de la presión parcial de oxígeno ejercida en la sangre arterial (proceso mediado por la difusión y la perfusión de gases), de la Fracción Inspirada de Oxígeno (F_{iO_2}) y de la función de la bomba cardiaca.

En ausencia de oxígeno se bloquea la cadena respiratoria y, por tanto, las demandas son substituidas a partir de otros mecanismos de producción energética (glucólisis anaeróbica) que no logran suplir las demandas metabólicas del organismo; es bajo estas circunstancias que se hace necesario utilizar el oxígeno como agente terapéutico.

La necesidad de oxígeno suplementario debe estar determinada por un análisis cuidadoso de la condición de salud del paciente, que incluya los resultados de la

evaluación fisioterapéutica, las manifestaciones clínicas (cianosis, disnea, polipnea, aleteo nasal, tirajes intercostales, utilización de músculos accesorios) y la interpretación de exámenes complementarios, por tanto, requiere prescripción y dosificación de acuerdo con las condiciones del usuario.

El objetivo de la terapia respiratoria es mejorar el estado respiratorio y acelerar la recuperación mediante la remoción de las secreciones de las vías respiratorias en las enfermedades pulmonares asociadas con hipersecreción y la resistencia de la vía aérea reducida. Esto mejora el intercambio gaseoso y reduce el trabajo respiratorio.

Las intervenciones de la terapia respiratoria incluyen ejercicios de respiración profunda, tos asistida, drenaje postural, percusión, vibración y espirometría incentivada.

Los ejercicios respiratorios permiten la ventilación máxima, previenen y tratan las atelectasias, aumentan la ventilación alveolar, promueven la relajación y refuerzan el diafragma y músculos respiratorios.

La hipoventilación es provocada por cualquier tóxico, habitualmente un fármaco hipnosedante, capaz de deprimir el Sistema Nervioso Central y consecuentemente el centro respiratorio. Si el intoxicado lleva horas de evolución, esta hipo ventilación también puede obedecer a una broncoaspiración, impactación de mucosidad bronquial o edema pulmonar tóxico. En cualquier caso este evento (alteración de la frecuencia respiratoria, volumen corriente disminuido) produce diversos grados de hipoxemia. Si la hipoxemia por hipoventilación es severa precisará oxigenoterapia con soporte ventilatorio (intubación-ventilación o con dispositivo bolsa válvula- máscara).

EVALUACIÓN

El paciente ESL logra aumentar su nivel de SaO₂ al 99% con ayuda de la oxigenoterapia a través de las puntas nasales a 3 Ltrs por minuto, se mantienen así durante 72 horas, posteriormente se logra establecer de manera intermitente manteniéndose dentro de los parámetros normales de SaO₂ 93% al 98%.

Durante el inicio de la interacción el paciente se mantiene pasivo e indiferente a realizar el ejercicio de espirómetro, sin embargo después de comprobar que es importante realizarlos para mantener un funcionamiento respiratorio favorable el paciente cambia de actitud y se vuelve cooperador para realizar los ejercicios logrando una ventilación espontánea sin apoyo de O₂ suplementario.

DOMINIO: 4 ACTIVIDAD Y EJERCICIO
CLASE: 4 RESPUESTAS CARDIOVASCULARES /PULMONARES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Disminución del gasto cardíaco	Alteración de la frecuencia cardiaca y la pos carga	Taquicardia (120 lpm), alteración de la presión arterial (90/60mmHg) (140/100 mg/dl), piel fría y diaforético

OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Estado cardiopulmonar	<p>Regulación hemodinámica</p> <p>Monitorización de signos vitales</p> <p>Controlar periódicamente alteraciones de la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.</p> <p>Observar y registrar signos y síntomas de hipertermia</p> <p>Registrar la frecuencia y ritmo cardiaco.</p> <p>Monitorizar el gasto cardiaco</p> <p>Verificar los pulsos periféricos, el llenado capilar, temperatura y color de las extremidades y evaluar los efectos de la terapia de líquidos.</p>
INDICADORES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ PA sistólica (140mg/dl) ✓ PA diastólica (100mg/dl) ✓ F/C: 120 lpm ✓ Diaforesis 	

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La monitorización hemodinámica avanzada constituye una herramienta ampliamente utilizada en los pacientes críticos, que permite obtener información acerca de la fisiopatología cardiocirculatoria, lo cual ayuda a realizar el diagnóstico y guiar la terapéutica en situaciones de inestabilidad hemodinámica.

El monitoreo continuo de las constantes vitales permiten valorar el estado hemodinámico, mediante la valoración de los signos y síntomas se evita una deficiente perfusión y una posible lesión miocárdica añadida previniendo lesiones agudas y acelera el proceso de recuperación.

Cualquier estado que comprometa el funcionamiento cardiaco puede provocar insuficiencia cardiaca congestiva que constituye una importante complicación de la cardiopatía.

La monitorización hemodinámica continua proporciona información no solo del GC, el índice cardiaco (IC), sino de sus determinantes: precarga, contractilidad y postcarga

El incremento de la frecuencia y profundidad del patrón respiratorio, representan pérdidas extraordinarias y se asocian con procesos anormales como patologías respiratorias, dolor, ansiedad, presencia de sistemas de oxigenoterapia, etc.

La monitorización del gasto cardiaco es una determinación fundamental que evalúa la función cardiaca global. Este parámetro hemodinámico depende de la contractilidad, pero también de la precarga y de la postcarga. Generalmente se empleará el IC como medida de referencia, cuyos valores normales se sitúan entre 2,5 y 4,5 L/min/m².

El llenado capilar nos brinda información sobre la cantidad de flujo sanguíneo en los lechos capilares es importante pues cuando se produce una hemorragia, ya sea externa o interna, el organismo reacciona afectando la

circulación periférica para conservar el riego a los centros vitales como

Corazón, pulmón y cerebro, por lo que su estimación es de gran valor en el diagnóstico temprano del shock.

La fluidoterapia es la administración de líquidos, nutrición, medicamentos y hemoderivados por vía periférica o central.

La utilización de sueros de mantenimiento en los pacientes requiere valoraciones clínicas meticulosas, tanto al inicio como con cierta periodicidad a lo largo del tratamiento, con cuantificación de la diuresis y monitorización de los valores plasmáticos y urinarios de osmolaridad y electrolitos con estas medidas se podrá evitar la aparición de de hiponatremia o en su caso, de hipernatremias.

EVALUACIÓN NIC

Durante mi valoración de enfermería al inicio del turno con apoyo de los signos vitales se identifica al paciente con hipotensión, la cual posteriormente se ministra un bolo de 500 ml de solución Hartmann, por lo tanto después de logra aumentar la T/A 110/80, sin necesidad de norepinefrina.

Luego con el paso de los días el paciente nuevamente presenta alteraciones de los signos vitales como taquicardia y HAS por los siguientes días se mantiene con monitorización no invasiva de los signos vitales, el paciente logra disminuir dichos parámetros sin ayuda de antihipertensivos y anti arrítmico.

DOMINIO: 4 ACTIVIDAD /REPOSO	
CLASE: 5 AUTOCUIDADO	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	
ETIQUETA DIAGNOSTICA	MANIFESTADO POR
Disposición para mejorar el autocuidado	Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias del autocuidado
OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Conducta de búsqueda de la salud	<p>Ayuda al autocuidado</p> <p>Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes</p> <p>Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, arreglo personal, el aseo y alimentación.</p> <p>Enseñar a la familia o cuidador primario a fomentar la independencia para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.</p>
INDICADORES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza autodetección ✓ Obtiene ayuda de un profesional de salud ✓ Busca ayuda de familiares cuando es necesario ✓ Describe estrategias para optimizar la salud 	

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

En la disciplina de enfermería se pueden identificar diferentes modelos y teorías: Dorothea Orem presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit de autocuidado, sobre cómo la enfermera puede ayudar a la gente, y la teoría de los sistemas de enfermería, que detalla las relaciones que hay que mantener, y la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado.

El modelo de Orem se refiere a los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

El Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem (1993) considera el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Así, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar

EVALUACIÓN NIC

El paciente ESL a su egreso hospitalario menciona que implemento estrategias de autocuidado, logrando mejorar su calidad de vida por ende acude a sus consultas hospitalarias para reconocer medidas de auto cuidado de le favorezcan.

DOMINIO: 6 AUTOPERCEPCIÓN CLASE: 2 AUTOESTIMA		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Baja autoestima situacional	Deterioro de la capacidad funcional	Conducta no asertiva y verbalización de negación de sí mismo
OBJETIVO NOC		INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC
Equilibrio emocional		Apoyo emocional Explorar con el paciente los factores desencadenantes de las emociones. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, estrés ira o tristeza. Establecer una escucha activa Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle el apoyo. Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados.
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantenimiento del contacto visual ✓ Descripción del éxito de la escuela ✓ Sentimientos sobre la propia persona. 		

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

El apoyo emocional forma parte de la competencia profesional y contribuye al cuidado holístico del paciente y familia.

Una de las maneras más sencillas de reconocer el problema es detectando estados emocionales negativos como la ansiedad, la depresión y la ira, que aparecen como consecuencia de un período de estrés prolongado. La persona que sufre estrés crónico puede notar que le cuesta concentrarse, que tiene olvidos frecuentes, está muy sensible a las críticas y se siente incapaz a la hora de tomar decisiones. A nivel fisiológico se produce entre otros síntomas: taquicardia, elevación de presión arterial y diaforesis.

El vínculo del establecimiento de una relación de confianza la relación de ayuda surge de la empatía entre profesional y familia/comunidad producida desde el ofrecimiento a sus demandas, aclarando dudas; es una oportunidad que las enfermeras tienen para dar soporte y donde perciben que su ayuda es efectiva.

Es preciso realizar una buena valoración y detectar los problemas precozmente para, de esta manera, evitar el sufrimiento del paciente en la medida de lo posible y mejorar su confort.

Así mismo esta valoración nos ayudará a priorizar los problemas a tratar a la hora de realizar un plan de atención individualizado.

El profesional de enfermería permanecen en contacto continuo con el paciente y familia al principio y final de la vida, estableciéndose relaciones entre el personal de la salud, los pacientes y sus familiares, quienes esperan encontrar en el equipo de salud el apoyo, comprensión para enfrentar angustias y sentimientos presentes y futuros relacionados con los confines de la vida.

EVALUACIÓN NIC

Durante inicio del vínculo enfermera paciente, ESL se mostraba indiferente ante la situación, evadía la mirada, sin embargo luego de prepararlo para un procedimiento endoscópico (panendoscopia), se logró intervenir un poco en sus emociones logrando expresar su miedo, angustia y llanto, sobre dicho procedimiento invasivo al cual lo iban a intervenir para revisión de la fistula tras esofágica esta fue efectivo gracias a la escucha activa que implemente con él.

Posteriormente el paciente mantuvo una gran apertura de sus emociones y así disminuir el estrés que lo rodeaba a él y a su familia.

DOMINIO : 7 ROL/ RELACIONES		
CLASE:1 ROL DE CUIDADOR		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Cansancio del rol cuidador	Resiliencia emocional insuficiente, energía insuficiente y recursos financieros insuficientes	Estrategias de afrontamiento ineficaces, alteraciones en el patrón del sueño y nerviosismo
OBJETIVO NOC		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Salud emocional del cuidador primario		Apoyo al cuidador principal Establecer una escucha activa para la expresión de emociones negativas. Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. Observar si hay indicios de estrés. Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés. Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Temor ✓ Certeza sobre el futuro ✓ Cargas percibidas ✓ Frustración 		

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al "cómo se dice", fijándose en los elementos no verbales y verbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones.

El apoyo a las familias con un miembro en situación de dependencia se ha convertido en una necesidad prioritaria en nuestra sociedad.

Existen numerosos factores demográficos, sociales, políticos, económicos que justifican esta prioridad, entre ellos se destacan dos:

1) El aumento de las necesidades de atención a personas dependientes incrementa y prolonga el tiempo de cuidados.

2) La disminución de capacidad de atención familiar consecuencia, entre otros, de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la tímida asunción por parte de los hombres del rol de cuidador; así como los cambios en el modelo tradicional familiar.

El cuidador primario brinda apoyo, acompañamiento en el proceso de la enfermedad, ayuda para contribuir a su autocuidado y, de esta manera, cumplir con el régimen terapéutico. La labor del cuidador desencadena una interrupción en su cuidado que origina una disfunción en su calidad de vida, que debe ser evaluada para lograr su bienestar, teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del familiar.

Los pacientes que cuentan con el apoyo de un familiar tienen una mejor disposición en el momento de asumir el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad, por eso el cuidador también requiere cuidado, ya que se dedica a cuidar la salud del paciente y deja de lado la propia.

Es posible que estos cambios en la dimensión psicológica se incrementen cuando los cuidadores llevan ejerciendo su labor durante más de tres meses, porque se

entregan y dedican gran parte de su tiempo al cuidado, hasta llegar a centrarse de forma casi exclusiva en las necesidades del paciente, sin reparar en las propias. Con frecuencia, ello genera cansancio físico, sentimientos de enfado e irritabilidad, así como sentimientos de culpa por considerar no alcanzar a hacer todo lo que su familiar necesite. El ser único cuidador y no recibir apoyo alguno y el percibir que posiblemente su labor no es reconocida por los demás miembros de la familia, podría favorecer en la percepción de sentimientos de culpa, ira, dolor, no aceptación de la enfermedad del familiar y como consecuencia, un deterioro en su dimensión emocional.

De ahí que se importante reconocer esto para proporcionarles herramientas, cuyo fin es mejorar la capacidad de afrontamiento, de tal manera que cubran las necesidades del paciente, respondan a la problemática familiar, mantengan su propia salud y fomenten una buena relación con la persona cuidada.

Por lo tanto, el papel del profesional de enfermería es muy importante, pues desde la profesión se pueden crear programas de intervención a los cuidadores por medio de espacios colectivos e individuales con asesoramiento interdisciplinario (psicólogos, enfermeras, médicos y terapeutas), donde puedan realizar actividades lúdicas, como sesiones de relajación, manejo del estrés y conferencias de interés para los cuidadores, con el fin de mejorar su salud física y apoyarlo en todo lo relacionado con el mejoramiento de su calidad de vida.

Es necesario que el profesional de enfermería valore la actitud del cuidador, ofrezca apoyo si aparecen problemas y proporcione períodos de descanso.

El manejo del estrés y el autocuidado del cuidador permitirán: Mejor disposición física y mental para realizar las tareas del cuidado, tener fortaleza y capacidad para afrontar los muchos problemas que supone cuidar a un familiar/paciente, realizar los esfuerzos físicos y emocionales que precisan algunas tareas, desarrollar la capacidad resolutive, tener sensación de control de la propia vida y la realidad cotidiana y mantener un estado de serenidad y bienestar.

El cuidador primario (madre), logra expresar los sentimientos que la rodean entorno a la salud de su hijo, expresa llanto, angustia, preocupación a través de

la escucha activa que logra con ayuda del establecimiento del vínculo afectivo enfermera- cuidador primario con base a la confianza brindada.

La Sr. VRS reconoce que es importante despejar su mente para disminuir su estrés, ella reconoce la importancia de obtener un mejor afrontamiento antes la situación de salud por lo que está pasando su hijo ya que es la base sólida de su hijo durante su proceso salud enfermedad.

EVALUACIÓN NIC

Luego del contacto y cuidados que brindaba al paciente se logró mantener un ambiente de confianza con su cuidador primario en este caso la mamá, se logró establecer una escucha activa ante la situación de su hijo y el desequilibrio emocional de la familia.

En varias ocasiones la madre hace hincapié a sus emociones a través del llanto, la reoriento a tener fe y confianza que pronto todo lo que han pasado va a tener mejor resultados.

Por otro lado se le explica que es importante establecer relaciones sociales dentro de ámbito hospitalario junto con otras cuidadores primario que están pasando por la mismo condición en relación a un proceso salud enfermedad de un familiar, sin embargo en diferentes situaciones, para que ambos casos expresen sus emociones, la madre de ESL logro encontrar un apoyo emocional.

DOMINIO: 7 ROL RELACIONES		
CLASE: 2 RELACIONES FAMILIARES		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Interrupción de los procesos familiares	Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia	Cambios en los patrones de relaciones
OBJETIVO NOC		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Apoyo familiar durante el tratamiento		Fomentar la implicación familiar Identificar las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia. Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el autocuidado. Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los miembros de la familia mantiene comunicación con el paciente. ✓ busca apoyo espiritual para el paciente. ✓ los miembros de la familia expresan deseos para apoyarlo 		

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general. Los objetivos de la educación terapéutica son, de manera general, asegurar que el paciente y su familiar allegado reciban una adecuada educación como parte de su tratamiento.

El apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permitan mantener el control de su enfermedad. Es determinante mantener una comunicación estrecha entre los familiares y el enfermo, propiciar condiciones para incrementar el bienestar emocional y físico de los enfermos. De esta manera, la familia como red de apoyo social, favorece el apego al tratamiento y el control de la enfermedad.

Desde la perspectiva del modelo de efecto directo, que plantea, que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisiopsicológicos, mejora la salud e impide la enfermedad, o bien, favorece el cambio de conductas en los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.

La interacción familiar, siempre que sea satisfactoria, crea el contexto idóneo para el desarrollo y el cuidado humano de todas las personas vulnerables

EVALUACIÓN NIC

Desafortunadamente durante la permanencia hospitalaria no fue efectiva la implicación de toda la familia no por no tener interés sobre el miembro enfermo, sino porque por su roles que desempeñan dentro del núcleo familiar no les permitía permanecer con él ya que eran proveedores de los gastos hospitalarios.

Sin embargo mantenían comunicación vía telefónica padres y hermanos.

Posteriormente a sus egresos se logró mantener el fomento completo de la familia en el cuidado de ESL.

DOMINIO: 8 SEXUALIDAD		
CLASE:2 FUNCIÓN SEXUAL		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Disfunción sexual	Alteración con el funcionamiento del cuerpo (enfermedad y traumatismo). Ausencia de la intimidad	Alteración de la actividad sexual y cambio no deseado en la función sexual
OBJETIVO NOC		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Conocimiento: funcionamiento sexual		Asesoramiento sexual Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto Informar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente a menudo altera el funcionamiento sexual) Remitir al paciente a una terapia sexual Determinar la cantidad de culpa sexual asociada con la percepción de los pacientes causales de la enfermedad. Discutir el nivel de conocimiento del paciente acerca de la sexualidad en general. Discutir el efecto de la situación de la enfermedad/ salud sobre la sexualidad.
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambios emocionales ✓ Prácticas sexuales seguras. 		

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medio que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor¹. El patrón de la sexualidad se refiere al conjunto de estrategias, conductas y actitudes que se utilizan en la búsqueda del placer sexual, y describe tanto los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad como el patrón reproductivo.

El comportamiento humano alrededor de la reproducción y el placer sexual ha sido tabú para todas las culturas y el hecho de establecer normas de conducta apropiadas y universales en lo que se refiere a la vida sexual es tarea difícil. Los factores socioculturales en cuanto al nivel de información al que se tiene acceso sobre el tema, no han evolucionado paralelamente. Además de las conductas y actitudes humanas elementales en el ciclo vital, es preciso mostrar la interrelación que tienen las connotaciones transculturales sin obviar las biológicas y psicológicas. En ocasiones, se presentan disfunciones de tipo sexual, que en la mayoría de los casos tiene un origen psicológico, mientras que otras son debidas a desordenes fisiológicos

EVALUACIÓN NIC

En relación con el tema de la sexualidad el paciente al inicio se mantiene reservado no quería hablar de la situación, posteriormente le explique que es importante cubrir todas las necesidades fisiológicas para ello es importante conocer nuestros derechos sexuales, el cuerpo y los cambios que van transcurriendo a lo largo de la vida.

Se brindó orientación sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual para ello debe considerar el uso de anticonceptivos de barrera, logrando concientizar la prevención de enfermedades como de embarazos no deseados.

DOMINIO : 9 AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS		
CLASE: 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Ansiedad	Amenaza de muerte y crisis situacional	Angustia, temor, nerviosismo, preocupación, inquietud, insomnio, irritabilidad e incertidumbre
OBJETIVO NOC		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Nivel de ansiedad		<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Mantener contacto visual con el paciente.</p> <p>Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el mismo.</p> <p>Permanecer con el paciente para proporcionar seguridad y reducir el miedo.</p> <p>Proporcionar masaje en la espalda para minimizar los sentimientos de ansiedad.</p> <p>Frotar la espalda.</p> <p>Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p>Animar la manifestación de sentimientos, preocupaciones y miedos.</p> <p>Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inquietud ✓ Irritabilidad ✓ Preocupación ✓ Trastorno del sueño 		

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

El profesional de enfermería debe estar abierto a las percepciones y preocupaciones del paciente y su familia, ser moralmente responsable, estar dedicado como profesional y permanecer dispuesto para escuchar, dialogar y responder en situaciones holísticas complejas.

El efecto del masaje sobre SN Parasimpático, produce la relajación del paciente, la cual presenta los siguientes efectos benéficos para el paciente:

- Disminución del consumo de oxígeno y del metabolismo basal, incremento de la intensidad y frecuencia de ondas cerebrales asociadas con relajación profunda, reducción de lactatos sanguíneos y sustancias relacionadas con la ansiedad, reducción de F/C, presión sanguínea, disminución de la tensión muscular, mejora de la calidad del sueño.

El masaje tiene efectos sobre el estado emocional y sobre el comportamiento por ejemplo: La relajación del músculo periférico, extendido por el cuerpo disminuye la ansiedad, produce calma y tranquilidad. Esto tiene mucha importancia en el manejo del estrés, la fatiga, etc. Suele asociarse a una disminución de FC y T/A

Tiene un papel fundamental en: Mejora del estado de ánimo y estrés, ansiedad y tensión: Disminuye la hiperactividad y activa el sistema inmune.

La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar, no solo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, las ideas o los pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo con la finalidad de establecer un ambiente de confianza y disminuir los sentimientos de ansiedad, miedo y estrés.

El masaje tiene un papel crucial en el sistema muscular este proceso se debe al mejoramiento del metabolismo en los músculos y a la acetilcolina, liberada por la estimulación propioceptiva, que eleva la velocidad de transmisión de la excitación nerviosa a las fibras musculares. Los vasos musculares se dilatan por la liberación de

histamina, aumentando la temperatura de los tejidos sometidos al masaje lo cual activa los procesos de glucogenólisis y gluconeogénesis elevando así la velocidad de contracción de los músculos. Esto se traduce en una reducción de la fatiga, una más veloz recuperación de la fatiga y en una actividad y coordinación muscular más efectiva al mejorar la capacidad de mantenimiento neuromuscular. El masaje también logra relajar los músculos tensionados, los cuales a su vez dejan de ejercer presión sobre los vasos linfáticos y sanguíneos, ayudando a la expulsión de histamina y adrenalina (elementos químicos causantes del cansancio muscular). Entonces tiene un efecto calmante selectivo, porque al eliminar los desechos de las células hace que los sistemas venoso y capilar se abran, entrando simultáneamente gran cantidad de oxígeno y nutrientes, que mejorarán ampliamente el estado funcional de los músculos.

Cuando una persona se encuentra ansiosa con cierta frecuencia sin que parezca haber razón para ello, o cuando se tensa en exceso, entonces la ansiedad se convierte en un problema que produce sensaciones desagradables.

Por ésta razón, es importante que la paciente identifique fuentes de ansiedad, valore el nivel de ansiedad, mantenga un ambiente tranquilo, manifieste sentimientos y percepciones, o de lo contrario, la ansiedad se convierte en pánico, estimulando las respuestas simpáticas mediante la liberación de catecolamina, los cuales contribuyen al aumento de la demanda de oxígeno miocárdico. La ansiedad y la depresión aumentan el tono simpático y disminuye el tono parasimpático del corazón, lo cual hace al paciente más susceptible a presentar arritmias ventriculares. Los cambios producen taquicardias, aumentan la concentración de catecolamina y disminuye la tasa de variabilidad cardiaca.

EVALUACIÓN NIC

Durante el primer contacto enfermera/ paciente ESL no fue tan positivo por el grado de ansiedad por la situación tan compleja por la que estaba pasando, evadía la mirada, estaba temeroso, pero con comunicación pasiva sin embargo respetuoso.

El refiere verbalmente “Enojo por su estado de salud que cada día va declinando siendo una persona tan joven”, sin embargo después de varios días se logra establecer un vínculo afectivo enfermera paciente a través de la escucha activa, logrando un contacto visual y una mejor apertura de su proceso salud enfermedad, logrando expresar sus expectativas de vida, sus miedos, los temores y las preocupaciones.

Afortunadamente se logró identificar cambios en sus periodos de ansiedad por los que atravesaba cada día en el ambiente hospitalario y su núcleo familiar.

Por otro lado cada vez que tenía un procedimiento invasivo se lograr dar seguridad para disminuir sus inquietudes, se le explicaba de que trataba dicho procedimiento.

DOMINIO : 9 AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS		
CLASE: 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Síndrome postraumático	Antecedentes de haber sido víctima de la delincuencia	Ansiedad, culpa, duelo, irritabilidad y temor
OBJETIVO NOC		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Nivel de estrés		Aumentar los sistemas de apoyo Determinar la convivencia de las redes sociales existentes Determinar el grado de apoyo familiar y económico Observar la situación familiar Remitir a un grupo de autoayuda
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inquietud ✓ Irritabilidad ✓ ansiedad ✓ Preocupación ✓ Trastorno del sueño 		

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La función del apoyo social se reconocen cuatro tipos, el emocional que provee al individuo sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad; el valorativo, representa la sensación percibida por el individuo en la que puede contar con alguien, y sentirse acompañado socialmente; el informacional, también conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red; el instrumental constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema, Aquí la fuente brinda ayuda práctica y concreta. Pastor, et al. (1994) evaluaron el papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico y obtuvieron que la variable de apoyo social de la red familiar se constituyera como predictiva de la ansiedad y depresión.

El apoyo social ayuda a las personas con enfermedades a reducir el estrés en la vida (Eldridge, 1994; Kimberly y Serovich, 1999), provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo. Esto, a su vez, reduce los efectos negativos de la condición de salud. Algunos estudios han reportado que el apoyo social tiene un impacto positivo en el desarrollo de autoeficacia, definiéndola como la creencia individual en la habilidad y competencia para realizar alguna conducta en particular.

El estudio del soporte social se está convirtiendo en una importante variable de análisis en la práctica de enfermería, especialmente en la búsqueda de estrategias de intervención ante problemas de salud con implicaciones tan complejas como las enfermedades crónicas.

El concepto de soporte social se operacionaliza en tres categorías amplias: Redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo. La primera se refiere a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad. La segunda es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad; y el soporte social efectivo representa las acciones positivas mismas, a la ayuda efectiva y las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidad.

Las redes de apoyo social juegan un importante papel en el bienestar de los cuidadores, protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento.

La familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacándose el papel de la cuidadora primaria, quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

Las investigaciones realizadas respecto al efecto de intervenciones y programas de soporte y apoyo social al enfermo crónico y su cuidador documentan resultados positivos con relación al desarrollo de mecanismos de afrontamiento, control del estrés generado por los efectos de la enfermedad o la sobrecarga del cuidador y disminución de la ansiedad, depresión y aislamiento que acompañan la experiencia de vivir en situación de enfermedad crónica.

EVALUACIÓN NIC

Durante la primera interacción enfermera paciente en lo que concierne a la valoración el paciente se observaba irritable, estresado y con ansiedad ante cualquier situación “procedimiento invasivo e intervenciones de enfermería” al mismo tiempo preocupado por su estado de salud y en el ambiente hospitalario en el que se encontraba, mientras que en el transcurso de la atención continua y las intervenciones de enfermería se logró remitir a una red de apoyo con otros profesionales de la salud “psicología” logrando favorecerá estrategias que le permitieran mantenerse con periodos de ansiedad mínimos y así logrando expresar sus expectativas de vida.

DOMINIO: 9 AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRES		
CLASE: 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Duelo	Estado actual de la salud	Ansiedad y disminución en el desempeño de los roles vitales
OBJETIVO NOC		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Afrontamiento de problemas		<p>Aumentar el afrontamiento</p> <p>Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal</p> <p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</p> <p>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p> <p>Alentar la manifestación de sentimientos, preocupaciones.</p> <p>Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p> <p>Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</p> <p>Remitir a servicios de asesoramiento.</p>
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ obtiene ayuda de un profesional sanitario ✓ identifica patrones de superación ineficaces ✓ Adopta conductas para reducir el estrés 		

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

El afrontamiento incluye todas las acciones encaminadas a tolerar, admitir, aceptar, soportar, consentir y comprender aquellos sucesos que no se pueden controlar. Incluso dentro del afrontamiento se encontraría el ignorar estos sucesos.

El estilo de afrontamiento adoptado dependerá de diversos factores entre los que se encuentran las cualidades que tiene el paciente para enfrentarse a determinadas situaciones o eventos estresantes; la disponibilidad de recursos; la disposición del propio paciente, que una vez aprendidas, hace que el paciente actúe con la voluntad suficiente para afrontar los problemas estresantes de la vida; y las experiencias previas.

Las estrategias de afrontamiento constituyen un grupo muy estudiado dentro de la psicología, determinándose como un mediador de la adecuación de los pacientes a situaciones muy estresantes como son las enfermedades.

Buscar soporte en personas e instituciones cuando se experimentan situaciones de tensión se constituye una forma positiva y adaptativa de afrontar, implica un manejo directo del problema a través de la orientación que otros puedan proveer (Lazarus & Folkman, 1986; Riquelme,

Buendía & Rodríguez, 1993). Fantin et al. (2005), por su parte, informan que se da una relación positiva entre salud, apoyo social y la alta autoestima, esta última sirve como ente amortiguador sobre los efectos negativos del estrés

EVALUACIÓN NIC

Durante la atención continua el paciente refiere sentirse culpable ante la “pérdida de salud” tan repentina misma que deriva su duelo por el que está pasando menciona que sus funciones vitales no volverán hacer las mismas por las secuelas que se están presentando como resultado de aquel accidente traumático. Sin embargo las intervenciones de enfermería y el equipo multidisciplinario tienen un papel fundamental en ayudar a al paciente y familia en el afrontamiento del duelo en la gestión de sus emociones, estrés y, en definitiva, a aceptar el cambio que supone la pérdida tanto física como emocionalmente.

Por lo tanto, el objetivo fue mejorar la calidad de vida del paciente en el proceso de duelo, acompañándolo en sus dificultades en este acontecimiento vital a través de una comunicación efectiva y una escucha activa con él y su cuidador primario (Mamá) y así favoreciendo sentimiento de ira, ansiedad, frustración y preocupación.

DOMINIO: 9 AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRES		
CLASE: 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Deterioro de la resiliencia	Dificultades económicas y vulnerabilidad percibida	Aislamiento social, autoestima baja, culpa, depresión, estado de salud deteriorado y estrategias de afrontamiento ineficaces.
OBJETIVO NOC		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Afrontamiento de problemas		<p>Aumentar el afrontamiento</p> <p>Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal</p> <p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</p>
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifica patrones de superación ineficaces ✓ Refiere aumento del estrés <p>Adopta conductas para reducir el estrés</p>		<p>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p> <p>Alentar la manifestación de sentimientos, preocupaciones y</p> <p>Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p> <p>Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</p> <p>Remitir a servicios de asesoramiento.</p>

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

El afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional; si es efectivo no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando así el riesgo de mortalidad y morbilidad. El afrontamiento puede ser entendido entonces como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresante.

El afrontamiento centrado en el problema tiene como función la resolución de problemas, lo cual implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, ya sea mediante la modificación de las circunstancias problemáticas, o mediante la aportación de nuevos recursos que contrarresten el efecto adverso de las condiciones ambientales. Estas estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste; como ellas generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo beneficio y a su elección.

El afrontamiento centrado en las emociones tiene como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante.

La concentración y desahogo de las emociones significa la tendencia a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos. Este comportamiento puede resultar adecuado en un momento específico de mucha tensión, pero centrarse en esas emociones por largos periodos de tiempo, puede impedir la adecuada adaptación o ajuste pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento son eficaces solo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud.

EVALUACIÓN NIC

El paciente logra a tener mejor adaptación al su situación de salud por la que está atravesando, con ayuda de psicología implementa mejor estrategias de afrontamiento, mismo que expresa esperanza para mejorar su estado de salud, logra disminuir los sentimientos de impotencia a través de la expresión de sus sentimientos que presenta durante cada día de sus hospitalización.

Cabe mencionar que ESL al inicio de sus hospitalización puso de barreras para desarrollar relaciones sociales, sin embargo después de encontrar un apoyo emocional en el equipo multidisciplinario de salud y cuidador primario (Madre), logra mantener comunicación efectiva con los demás pacientes, así como establecer relaciones positivas con diferentes pacientes y así formar grupos de recreativos como de lectura, domino o simplemente salir fuera de su unidad de hospitalización.

DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

CLASE: 2 LESIÓN FÍSICA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON
Riesgo de Shock	Hipoxemia (SaO ₂ 86%) Enfermedad (Sepsis)
OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Control del riesgo	Prevención del shock Controlar los signos del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (temperatura aumentada, taquicardia, taquipnea, leucocitos o leucopenia). Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada (aumento en la ansiedad, cambios en el estado mental, agitación y extremidades frías). Controlar temperatura, estado respiratorio y pulsímetro, comprobar los niveles de laboratorio Hto, Hb, perfil de coagulación y electrolitos séricos.
INDICADORES	

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

El shock séptico es la manifestación más grave de una infección. Esta se produce como consecuencia de una respuesta inflamatoria sistémica severa que lleva a un colapso cardiovascular y/o micro circulatorio, y a hipoperfusión tisular. La hipoperfusión constituye el elemento central que define la condición de shock y esta debe ser detectada y revertida en forma urgente desde la atención inicial. La evaluación de la perfusión periférica, la diuresis, y la medición del lactato y de la saturación venosa central, son las principales herramientas para evaluar la perfusión sistémica.

La reanimación debe comenzar en forma inmediata con la administración agresiva de fluidos, la cual puede ser guiada por parámetros dinámicos de respuesta a fluidos, y continuada hasta normalizar u optimizar las metas de perfusión. En forma paralela se debe iniciar vasopresores en caso de hipotensión marcada, siendo el agente de elección noradrenalina, y conectar precozmente al paciente a ventilación mecánica frente a hipoperfusión severa que no responde a fluidos, o frente a un aumento del trabajo respiratorio. Adicionalmente, el foco infeccioso debe ser tratado agresivamente iniciando antibióticos lo antes posible pues amenaza la vida e incluye: soporte respiratorio, soporte circulatorio, monitoreo metabólico, hemodinámica y tratamiento específico.

El diagnóstico de shock se basa en la anamnesis, la presencia de signos y síntomas de hipoperfusión periférica expresada como taquicardia, hipotensión (PAM < 70 mmHg), alteración del nivel de conciencia, oliguria, frialdad, livideces cutáneas, la evaluación hemodinámica, así como por los exámenes complementarios.

La valoración clínica del gasto cardíaco nos permitirá clasificarlo en 2 grupos con gasto cardíaco bajo (hipodinámico) y con gasto cardíaco (GC) elevado (hiperdinámico).

Si el GC está elevado el pulso es amplio con presión diastólica baja, extremidades

calientes, relleno capilar rápido e hipertermia, lo que sugiere la existencia de un proceso séptico (consecuencia de la respuesta inflamatoria del huésped a los microorganismos).

Por el contrario si el GC es bajo, caracterizado por un pulso débil, filiforme, palidez, frialdad cutánea, cianosis distal, relleno capilar lento e hipotermia, debemos buscar cómo está la volemia y la suficiencia cardiovascular. Si existen signos de insuficiencia debemos pensar en un origen cardíaco, de lo contrario debemos buscar por anamnesis y exploración clínica, pérdidas sanguíneas o de líquidos, lo cual sería consecuente con la hipovolemia.

EVALUACIÓN NIC

ESL durante el transcurso de la su estancia hospitalaria en la valoración se logra mantener con un estado de conciencia con escala de coma Glasgow de 15 puntos, se mantuvo monitorizado sin presentar ninguna eventualidad se logró mantener parámetros de respuesta cardio- respiratoria estables.

DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN		
CLASE: 6TERMORREGULACIÓN		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
ETIQUETA DIAGNOSTICA	RELACIONADO CON	MANIFESTADO POR
Termorregulación ineficaz	Enfermedad	Taquicardia 120 lpm, fiebre (T° 38.3), piel caliente al tacto e hipertensión.
OBJETIVO NOC		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
Termorregulación		Tratamiento de la fiebre Tomar la temperatura frecuentemente. Vigilia la pérdida imperceptible de líquidos. Observar el color de la piel y temperatura de la piel Controlar ingresos y egresos. Administración de medicación antipirética. Administrar líquidos IV Administrar O2 Vigilar los nivel de consciencia Monitorizar anormalidades de electrolitos.
INDICADORES		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuencia cardiaca ✓ T° cutánea ✓ Hipertermia ✓ Somnolencia 		

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La termorregulación es un mecanismo homeostático fundamental que mantiene la temperatura corporal en un límite adecuado, a pesar de las grandes diferencias en la temperatura del medio ambiente y la actividad física. A esta capacidad de regular de manera interna la temperatura corporal se le conoce como endotermia. El sistema de termorregulación consta de un sensor aferente límbico, un centro de procesamiento y un sensor eferente de respuesta. En los seres humanos, el hipotálamo es el centro de procesamiento que controla el valor de referencia que es un parámetro establecido por medio de la generación de potenciales de acción en las neuronas termorreguladoras del hipotálamo

La fiebre es consecuencia de una respuesta inflamatoria sistémica que puede ser provocada por numerosos estímulos y puede ser un arma de doble filo, debido a que puede tener efectos benéficos, como mejorar la respuesta inmunológica y suprimir el crecimiento bacteriano, pero también tiene efectos dañinos, como aumento de incluso seis veces la tasa metabólica, provocar hiperdinamia, que en pacientes cardíopatas es poco tolerada, e incluso, incrementa el daño pulmonar mediado por citosinas.

La fiebre es una respuesta espontánea de termorregulación que aumenta la temperatura del punto de ajuste hipotalámico dentro de un rango elevado pero estable. Se asocia con efectos tanto beneficiosos como perjudiciales: Los efectos beneficiosos incluyen: incremento en la respuesta inmunológica a temperaturas entre 38° C y 40°C disminución de volúmenes circulantes de hierro y reducción del crecimiento y la replicación bacteriana. Los efectos nocivos llevan consigo el aumento del estrés en los sistemas metabólicos y hemodinámicos, que pueden desarrollar complicaciones en las personas mayores, especialmente aquellas con enfermedades pre-existentes, tales como enfermedad cardiovascular o enfermedad cerebral. La fiebre se produce, normalmente, como respuesta a una infección o inflamación. Sin embargo, existen otras causas como son la administración de medicación intravenosa, el cáncer, la

exposición al calor, lesiones o anomalías en el cerebro, o enfermedades del sistema endocrino.

Pérdidas insensibles en situaciones especiales en el caso de la fiebre, taquipnea, sudoración o pacientes intubados. La presencia de estas situaciones incrementa las pérdidas insensibles basales.

El cálculo de las pérdidas insensibles basales se realiza mediante la fórmula $0'5\text{ml/kg/horas}$ de balance.

Esto supone una importancia especial en los pacientes ingresados, puesto que al encontrarse en situaciones difíciles las variaciones en estas pérdidas pueden suponer el empeoramiento en de dichos pacientes.

EVALUACIÓN NIC

El paciente durante varios días consecutivos presenta picos febriles de $37.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ hasta evolucionar hasta fiebre $38.3\text{ }^{\circ}\text{C}$ que posteriormente disminuye la fiebre con la intervención de medios farmacológicos ministración de antipirético IV.

6.4 PROPUESTA DEL PLAN DE ALTA

PLAN DE ALTA	
NOMBRE: ESL	
FECHA: 2 DE MARZO DEL 2018	
NECESIDAD/ PROBLEMA	INTERVENCIÓN
Cuidados de Gastrostomía y lavado de manos	Enseñanza al paciente y cuidador primario sobre los cuidados de una gastrostomía. Explicar al paciente la técnica de lavado de manos para prevenir infecciones
OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar la higiene de manos antes de la curación, además de utilizar equipo estéril.✓ Vigilar signos de infección en la zona periestomal.✓ Asegurar un estoma sano, hay que lavar diariamente el área con agua y jabón incluyendo la parte externa de la sonda así como la parte inferior del anillo.✓ Deberá secar la superficie de la piel después de limpiar la sonda.✓ Debe girar la sonda 360 grados (una vuelta completa) cada día, así evitará que se adhiera a la piel.✓ Después de finalizar con la nutrición ó con la administración de medicación deberá infundir 20-30ml de agua para evitar obstrucciones.✓ Cierre el tapón cuando no lo utilice.✓ Gire el anillo diariamente para evitar heridas.	

PLAN DE ALTA	
NOMBRE: ESL	
FECHA: 2 DE MARZO DEL 2018	
NECESIDAD/ PROBLEMA	INTERVENCIÓN
NUTRICIÓN	Explicarle al ESL sobre la importancia de iniciar con dieta blanda y después poco a poco ir progresando a dieta normal para evitar algún defecto de la fistula tras esofágica.
OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La dieta debe incluir una cantidad suficiente de fibra contenida en vegetales, frutas y cereales, de forma que el volumen remanente en el intestino después de la digestión favorezca el desplazamiento del contenido intestinal y estimule la evacuación periódica. ✓ Ir progresando la dieta de acuerdo a la tolerancia del paciente ✓ Disminuir el consumo de sal. 	

PLAN DE ALTA	
NOMBRE: ESL	
FECHA: 2 DE MARZO DEL 2018	
NECESIDAD/ PROBLEMA	INTERVENCIÓN
HIGIENE PERSONAL Y BUCAL	Explicarle al ESL sobre la importancia de iniciar con dieta blanda y después poco a poco ir progresando a dieta normal para evitar algún defecto de la fistula tras esofágica.
OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar baño diario en regadera con jabón neutro, retirando por completo residuos de jabón. ✓ Limpiar suavemente el cabello y cuero cabelludo ✓ Secar la piel, haciendo énfasis en los pliegues. ✓ Cambios de ropa diarios. ✓ Lubricar la piel con crema hidratante tres veces al día ✓ Mantener el cuerpo seco y libre de humedad. ✓ Aseo bucal 3 veces al día o después de cada alimento. 	

PLAN DE ALTA	
NOMBRE: ESL	
FECHA: 2 DE MARZO DEL 2018	
NECESIDAD/ PROBLEMA	INTERVENCIÓN
Aumento del afrontamiento	Ayudar al paciente a expresar sus preocupaciones, estrés y ansiedad por su estado de salud actual y después de una hospitalización tan prolongada.
OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar al paciente y a su núcleo familiar a recibir terapia psicológica para cada uno de ellos miembros de la familia fortalezcan o busquen estrategias de afrontamiento ante el duelo “perdida de la salud de ESL” y así lograr una mejor resiliencia sobre su estado de salud. 	

PLAN DE ALTA	
NOMBRE: ESL	
FECHA: 2 DE MARZO DEL 2018	
NECESIDAD/ PROBLEMA	INTERVENCIÓN
Déficit del control de la hipertensión	Explicarle al paciente los signos y síntomas del vasoespasmo: como cefalea, acufenos, edema en piernas, y complicaciones de la hipertensión.
OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizarse la presión arterial en su casa con un baumanometro digital. Además de llevar una bitácora de sus presiones arteriales para la evidencia en su próxima consulta. 	

PLAN DE ALTA	
NOMBRE: ESL	
FECHA: 2 DE MARZO DEL 2018	
NECESIDAD/ PROBLEMA	INTERVENCIÓN
Disfunción sexual y Prevención de ETS	<p>Informar al paciente que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y estrés (u otros problemas a menudo altera el funcionamiento sexual).</p> <p>Orientar al paciente sobre los métodos de anticonceptivos el uso y beneficio de cada uno de ellos.</p>
OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La sexualidad segura y efectiva ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sexual además de embarazos no planificados. ✓ Es importante acudir con el especialista para una orientación sexual y así romper mitos y creencias sobre los métodos anticonceptiv 	

PLAN DE ALTA

NOMBRE: ESL

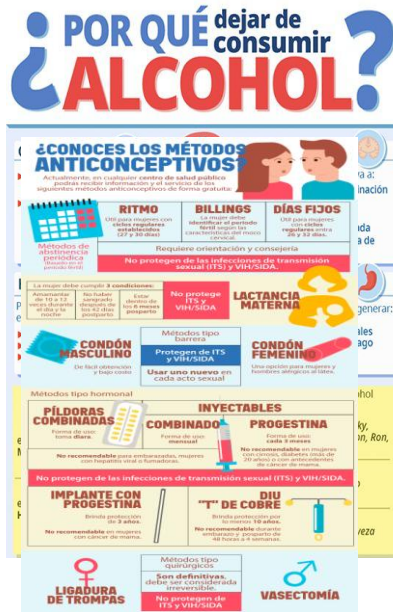
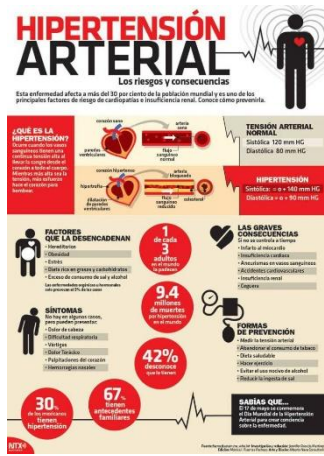
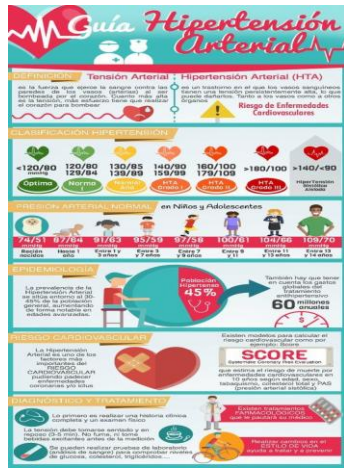
FECHA: 2 DE MARZO DEL 2018

NECESIDAD/ PROBLEMA	INTERVENCIÓN
Prevención de adicciones	Informar al paciente sobre a las complicaciones sobres las adicciones de tabaco y alcoholismo en la adolescencia.

OBSERVACIONES

- ✓ Orientar a ESL sobre disminuir el consumo de alcohol y tabaco para prevenir adicciones y futuras complicaciones en su estado de salud.
- ✓ Explicar las complicaciones que ocasionan el consumo de dichas sustancias en su organismo, así para prevenir diferentes tipos de cáncer

Se utilizaron las siguientes infografías para la educación para la salud y promoción.



VII.



CONCLUSIONES

Sin duda la gestión del cuidado que brindamos los profesionales de Enfermería plantea desafíos permanentemente de tipo administrativos, docentes, asistenciales e investigación mismas que requieren de competencias profesionales de alto nivel y la toma de decisiones, el pensamiento crítico, y la comunicación asertiva son indispensables para enfrentar los desafíos para la atención al usuario, a la familia y a la comunidad con un alto nivel de Calidad en la salud.

Derivado de lo anterior, los problemas de Salud Pública en la población mexicana, tiene un impacto en los indicadores para informar de los resultados de pérdidas de salud relacionadas con causas específicas de enfermedad y lesiones: los años perdidos por muerte prematura (APMP), los años vividos con discapacidad (AVD) y la suma de ambos que son los años de vida saludable perdidos que de acuerdo a este momento demográfico vivido y al proceso acelerado de envejecimiento que ha transformado la estructura poblacional, incrementado la esperanza de vida y modificado el perfil epidemiológico de la población mexicana, que influye en el perfil de necesidades de salud que se atendieron en este Proceso Atención de Enfermería y que presenta un escenario muy diverso de desafíos para el sistema de salud. Tal es el caso de la Violencia, que demandan una mayor articulación entre los programas de prevención, detección precoz, y diagnóstico oportuno con los de atención médica que ofrezcan un tratamiento efectivo, retrasen al máximo la aparición de complicaciones y ofrezcan una rehabilitación oportuna, misma que puede fomentarse mediante la prevención, control y atención rebasa el marco de los servicios de salud y se incursiona dentro de espacios de atención multisectoriales, transdisciplinarios y que incluyen a la comunidad, la familia y al individuo en su conjunto. Tal es el caso de los problemas vinculados al consumo de alcohol, drogas y tabaco, como también los problemas de salud asociados a la mala nutrición, ya sea por deficiencia, exceso, mala calidad o tipo de alimentación.

Los profesionales de Enfermería somos competentes para poder llevar a cabo la atención de alta calidad y con gran seguridad a los usuarios que demandan este servicio de salud, sin embargo aún hay mucho por mejorar y requiere de un proceso permanente y colegiado en esta alta especialidad que impacte a futuro en la atención proporcionada por estos profesionales e impacte en la calidad de vida de la población que necesita este servicio.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. 2004 Apr [cited 2018 Apr 09]; 12(2): 147-152. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200400020001&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200001>
2. Salud.gob.mx. [Internet]. "Modelo del cuidado de Enfermería". 2018 [fecha de actualización Mayo 2018, citado 1 junio 2018i] Disponible: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
3. Arroyo Lucas Silvino, Martínez Becerril Marina, Nájera Ortiz María Paula. Plan de alta de enfermería, modelo de una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de México. *rev.mex. enf.* [Internet] 2016 Dic [citado 2018-May-26]; 5 (1): 17-21. Disponible en: <http://www.innsz.mx/2018/RevistaEnfermeria/abril-2017.pdf>
4. La violencia, un problema esencial de salud pública, declara la OMS en su Reporte Mundial sobre Violencia y Salud. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2002 Nov [citado 2018 Abr 09]; 44(6): 583-584. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600011&lng=es
5. Espín Falcón Julio Cesar, Valladares González Anais Marta, Abad Araujo Jorge Carlos, Presno Labrador Clarivel, Gener Arencibia Nancy. La violencia, un problema de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2008 Dic [citado 2018 Abr 09] ; 24(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000400009&lng=es
6. inegi.org.mx.[Internet] ENCUESTA NACIONAL DE VICTIMIZACIÓN Y PERCEPCIÓN SOBRE SEGURIDAD PÚBLICA (ENVIPE) 2017 [Fecha de actualización 2017 citado 13 Mar 2018] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/envipe/envipe2017_09.pdf
7. Lugo Jáuriga Bárbara Rafaela, Loy Vera Baldomero Higinio, Sosa Moreno Lázara Úrsula. Herida penetrante en el tórax. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Abr 09]; 19(4): 262-266. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432015000400010&lng=es.

8. Lugo Jáuriga Bárbara Rafaela, Loy Vera Baldomero Higinio, Sosa Moreno Lázara Úrsula. Herida penetrante en el tórax. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Mar 18]; 19(4): 262-266. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432015000400010&lng=es
9. sciencedirect.com [Internet] Epidemiología de las lesiones por proyectil de arma de fuego en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León [Fecha de actualización 2017; citado Mar 13 2018]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116300494>
10. who.int [Internet] violencia juvenil [Fecha de actualización 2016; citado Mar 17 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/es/>
11. cenetec-difusion. [Internet]; [Fecha de actualización 2017; citado Mar 24 2018] Disponible en: <http://cenetec-difusion.com>
12. Esper Carrillo R, Peña Perez CA, Sosa Garcia JO. Sepsis de las bases moleculares a la campaña para incrementar la supervivencia. Mexico: Intersistemas; 2015.650 https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L31_ANM_SEPSIS.pdf
13. Fariñas Vilela Andrea Hortensia, Dáger Haber Amarilis. Sepsis y trastornos relacionados. *MEDISAN* [Internet]. 2012 Jun [citado 2018 Abr 09] ; 16(6): 932-948. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192012000600014&lng=es.
14. Origen de las Prácticas de Cuidados; su influencia en la práctica de enfermería, Francoise, M. Promover la Vida. Mc Graw Hill, México, 2009.
15. Marriner T A, Raile A M. Modelos y Teorías en enfermería. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
16. Heather T. NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación 2015-2017. Elsevier. 2014
17. Moordhead S, Jonhson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009
18. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009

19. Navarro Sarabia Julia Isabel, Rodríguez López Carolina M^a, Garrido Fernández Pablo, Rosa Herrera Encarnación de la, Moreno Martínez Antonia, Robles López Antonia. Valoración del patrón de la sexualidad: atención integral de la salud de las personas. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Jul [citado 2018 Jun 07] ; 12(3): 1-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300001&lng=es
20. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan D, Vidal C, et al. Benchmarking performance of Mexican states using effective coverage. *Lancet* 2006; 368 (9548):1729-1741. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69566-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69566-4)
21. Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global burden of disease and injury series, Vol. 1. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
22. mscbs.gob.es. [Internet] Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington DC: Oxford University Press, 1993. Disponible: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_5_385.pdf
23. Secretaría de Salud, DGIS. Bases de datos (Cubos): SINAIS, Salud, México. [Consultado: 10 de marzo de 2018] Disponible en: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
24. www.insp.mx [Internet] Instituto Nacional de Salud Pública. [fecha de actualización abril 2018; citado mayo 28] Disponible: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/prevencion-de-lesiones-accidentales-y-violencia.html>
25. scielo.org.co [Internet] Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial [fecha de actualización 2014; citado 2 Ago 18] Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a04.pdf>
26. Moreno Monsiváis María Guadalupe, Garza Fernández Leticia, Interrial Guzmán Ma. Guadalupe. MANEJO DE LA MEDICACIÓN EN EL ADULTO MAYOR AL ALTA HOSPITALARIA. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2013 [citado 2018 Ago 05] ; 19(3): 11-20. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532013000300002&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300002>

IX. GLOSARIO

IVSA: Inicio de la vida sexual activa

DM: Diabetes Mellitus

HAS: Hipertensión arterial sistémica

FC: Frecuencia cardiaca

T/A: Tensión arterial

IMC: Índice de masa corporal

F/R: Frecuencia respiratoria

SaO₂: Saturación de oxígeno

T°: Temperatura

HTO: Hematocrito

Hb: hemoglobina

TP: Tiempo de protombina

TPT: Tiempo parcial de tromboplastina

KCL: Cloruro de potasio

K: Potasio

Mg: Magnesio

CVC: Catéter venoso central

FIO₂: Fracción Inspirada de Oxígeno

IC: Índice cardiaco

GC: Gasto cardiaco

MgSO₄: Sulfato de magnesio

NPT: Nutrición parenteral total

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classifications

NOC: Nursing Outcomes Classification

AVMP: Años perdidos de vida perdidos por una muerte prematura

AVD: Años de vida asociados a discapacidad

AVISA: Años de vida saludable perdidos

X. ANEXOS

ANEXO N° 1 “VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES”

NECESIDADES	VALORACIÓN	
	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
1- Oxigenación	T/A: 90/60 mmHg 140/100 mmHg F/C: 120 x´ F/R: 22 x´ SaO2: 86% Eritrocitos 3.6 Hemoglobina: 10.4mg/dl Hematocrito: 30.7 mg/dl TP : 13.5 TPT: 37.6 sg INR : 1.3 sg	Respiraciones simétricas, con ritmo y profundidad adecuadas a la auscultación presencia de murmullo vesicular, sin presencia de estertores ni crepitaciones. Monitorización no invasiva cardiaca a través de ECG con ritmo sinusual con tendencia a la taquicardia.

<p>2- Nutrición e hidratación</p>	<p>Peso: 51 kg</p> <p>Talla:1.70</p> <p>IMC:18</p> <p>Hartman1000 ml</p> <p>Infusión de sol. glucosa al 5% 50 ml:6.25 ml</p> <p>Potasio:(3.08 mEq/l)</p> <p>Magnesio (1.48mEq)</p> <p>Apoyo de NPT: 78.6 ml</p>	<p>Mucosa oral semihidratada, sin secreciones ni lesiones, labios y encías rosadas, piezas dentales completas, con presencia de caries.</p> <p>Sin alteraciones en las papilas gustativas para identificar los sabores de los alimentos.</p> <p>Refiere estar en ayuno prolongado por la fistula traquesofágica, adema de estudio solicitado en endoscopia para conocer el origen de la fistula, se mantiene con apoyo nutricional con NPT a infusión continua.</p> <p>Además de infusión continua de hartman, antibióticos y reposición de electrolitos séricos amp KCl por (hipokalemia) y amp MgSO4 (hipomagnesia).Refiere que antes del accidente en su vida cotidiana llevaba una dieta saludable de 5-6 veces a la semana con frutas y verduras en equilibradas porciones, además de consumir 3 litros de agua natural al día, con poca ingesta de refresco o juegos 3 veces a la semana, consumía carne 4 veces a la semana, 5- 6 veces a la semana leguminosas y tortillas 5 al día.</p>
--	---	--

<p>3- Eliminación</p>	<p>Evacuación > 5 evacuaciones al día</p> <p>Orina de 24 horas de 1600 ml</p>	<p>Autónomo para eliminación urinaria y fecal además de ser espontánea</p> <p>El aspecto y consistencia de la evacuación es líquida (diarrea), por lo que se indica el examen de heces en busca de toxinas de <i>C. difficile</i> y se implementan medidas de aislamiento por contacto plus, se inicia tratamiento de antibiótico vía oral.</p> <p>Presenta diaforesis durante los picos febriles que presenta.</p>
<p>4- Moverse y mantener postura adecuada</p>		<p>Postura recta, cabeza en la línea media, rodillas alineadas, sin desviación, sin dolor articular, se observa columna sin datos de escoliosis ni lordosis, marcha fluida y simétrica, deambulación precoz.</p> <p>Refiere que anteriormente acudía realizar actividad física a correr por las mañanas al deportivo que se encuentra por su casa 6 veces por semana.</p> <p>Realizaba deporte de futbol por las tardes con sus amigos y familiares.</p>

<p>5- Descanso y sueño</p>		<p>Refiere insomnio por sentirse triste, preocupado, ansioso, nervioso, con miedo por la situación de salud por la que está pasando.</p> <p>Anteriormente refiere dormir 6-7 horas.</p> <p>Sin siestas durante el día.</p>
<p>6- Vestirse con ropa adecuada</p>		<p>Refiere vestirse de acuerdo a su edad, le gusta usar tenis, sudadera, lo hace sentirse cómodo.</p>
<p>7- Termorregulación</p>	<p>T°:38.3</p>	<p>Presenta picos febriles y de fiebre, relacionado por su patología de base, se ministra medicamentos antipiréticos.</p> <p>El paciente refiere sentir calor corporal y con eritema.</p>
<p>8- Mantener una buena higiene corporal</p>		<p>Refiere baño diario con cambio de ropa, cepillado dental después de cada comida.</p> <p>Mantiene uñas cortas de pies y manos</p>

<p>9- Seguridad evitar peligros del entorno</p>		<p>Utiliza barandales y banco de altura para subir y bajarse de la cama.</p> <p>Al deambular utiliza sandalias con suela antiderrapante.</p>
<p>10. Comunicación</p>		<p>Durante su estancia hospitalaria se mantiene activo, reactivo, consciente y orientado en tiempo, lugar y espacio.</p> <p>Se establece una escucha activa. Refiere sentirse triste, preocupado, ansioso, nervioso, con miedo por la situación de salud por la que está pasando.</p> <p>Se valora un afrontamiento ineficaz del duelo por el que está atravesando, refiere verbalmente “Enojo por su estado de salud que cada día va declinando siendo una persona tan joven”, al inicio se percibe temeroso, evadiendo la mirada y con voz pasiva, sin embargo más adelante se logra establecer un vínculo enfermera paciente adecuado a través de una comunicación efectiva, mejorando el tono de voz.</p>

11. Creencias y valores		Refiere ser de religión evangelista, durante su estancia hospitalaria conservada imágenes religiosas al igual que una biblia y un rosario.
12. Trabajar para sentirse realizado		Refiere que anteriormente acudía al bachillerato en su ratos libres trabajaba con su hermano cantando en camiones, actualmente desde hace 4 meses desde su accidente no realiza ninguna actividad por lo que refiere verbalmente “Enojo por su estado de salud que cada día va declinando siendo una persona tan joven”,
13. Participar en diversas formas de entretenimiento		El paciente refiere que por las tardes jugaba futbol con sus hermanos y amigos participa en un torneo de futbol de su comunidad.
14 – Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad		Realiza preguntas acerca de su estado de salud, los tipos de procedimientos que le realizarán y que finalidad tienen, además de su pronóstico y la estancia hospitalaria.

SEPSIS

La respuesta inflamatoria sistémica secundaria a la infección y representa un gran reto para su diagnóstico y tratamiento, que de continuar con su historia natural puede evolucionar a choque séptico, disfunción orgánica múltiple o muerte.

su

ETIOLOGÍA

son

Los gérmenes gramnegativos en la sepsis bacteriana son: E. coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteus y Pseudomonas

los

SIGNOS Y SÍNTOMAS

son

Generales

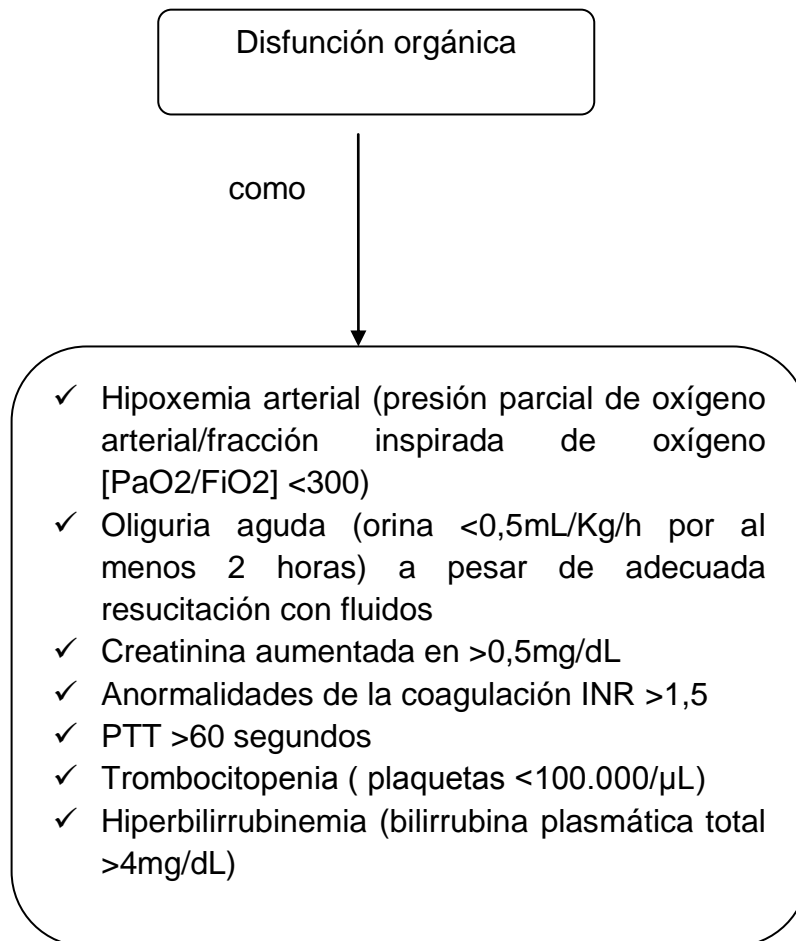
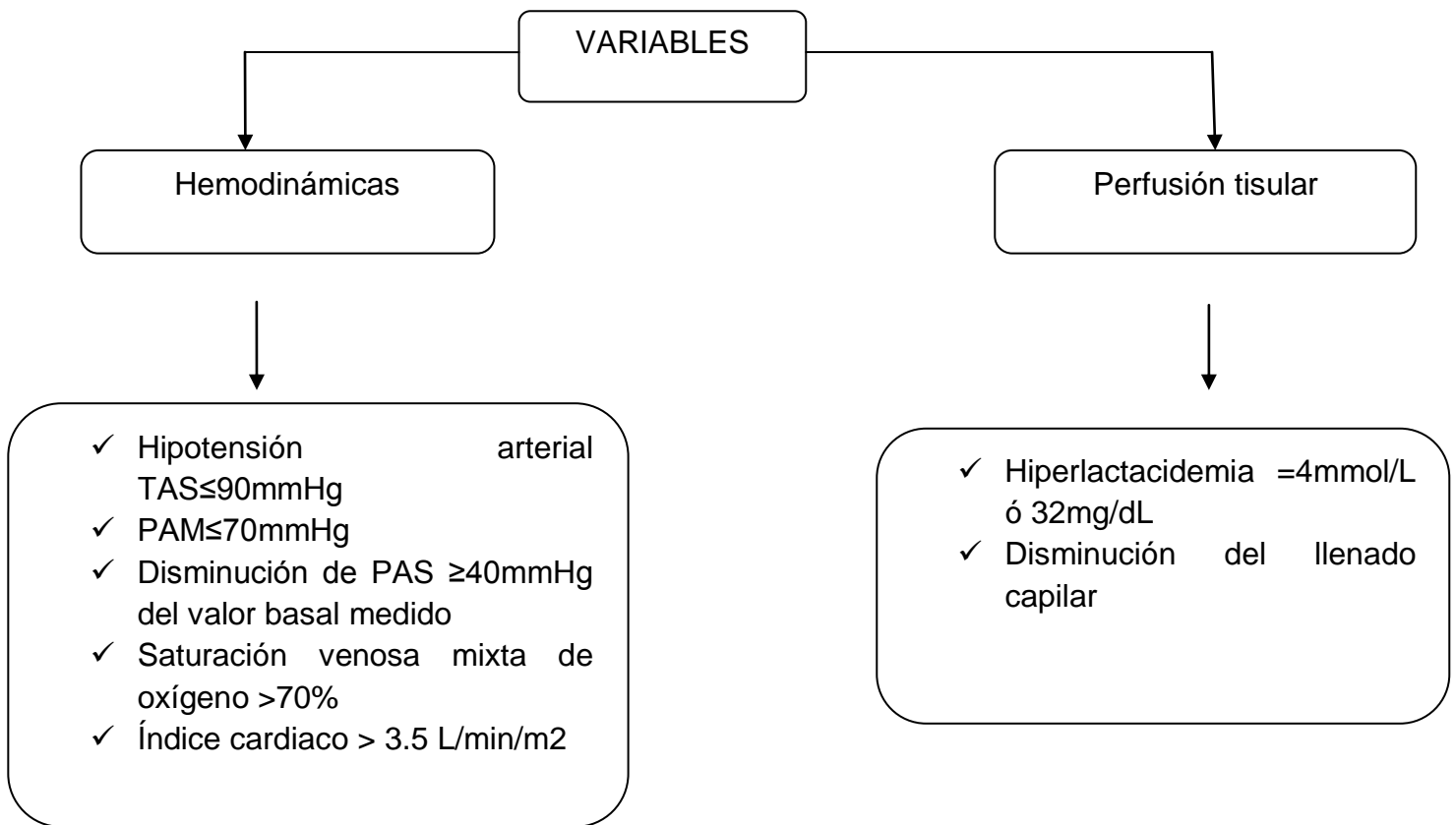
- ✓ Fiebre ($T^{\circ} > 38.3^{\circ}\text{C}$)
- ✓ Hipotermia ($T^{\circ} < 36^{\circ}\text{C}$)
- ✓ FC > 90 latidos por minuto o mayor de dos desviaciones estándar del valor normal para la edad
- ✓ Taquipnea
- ✓ Alteración del estado mental
- ✓ Edema significativo o equilibrio hídrico positivo (mayor de 20 cc/kg durante más de 24 horas)
- ✓ Hiperglucemia (glucemia mayor a 140 mg/dl en ausencia de diabetes)

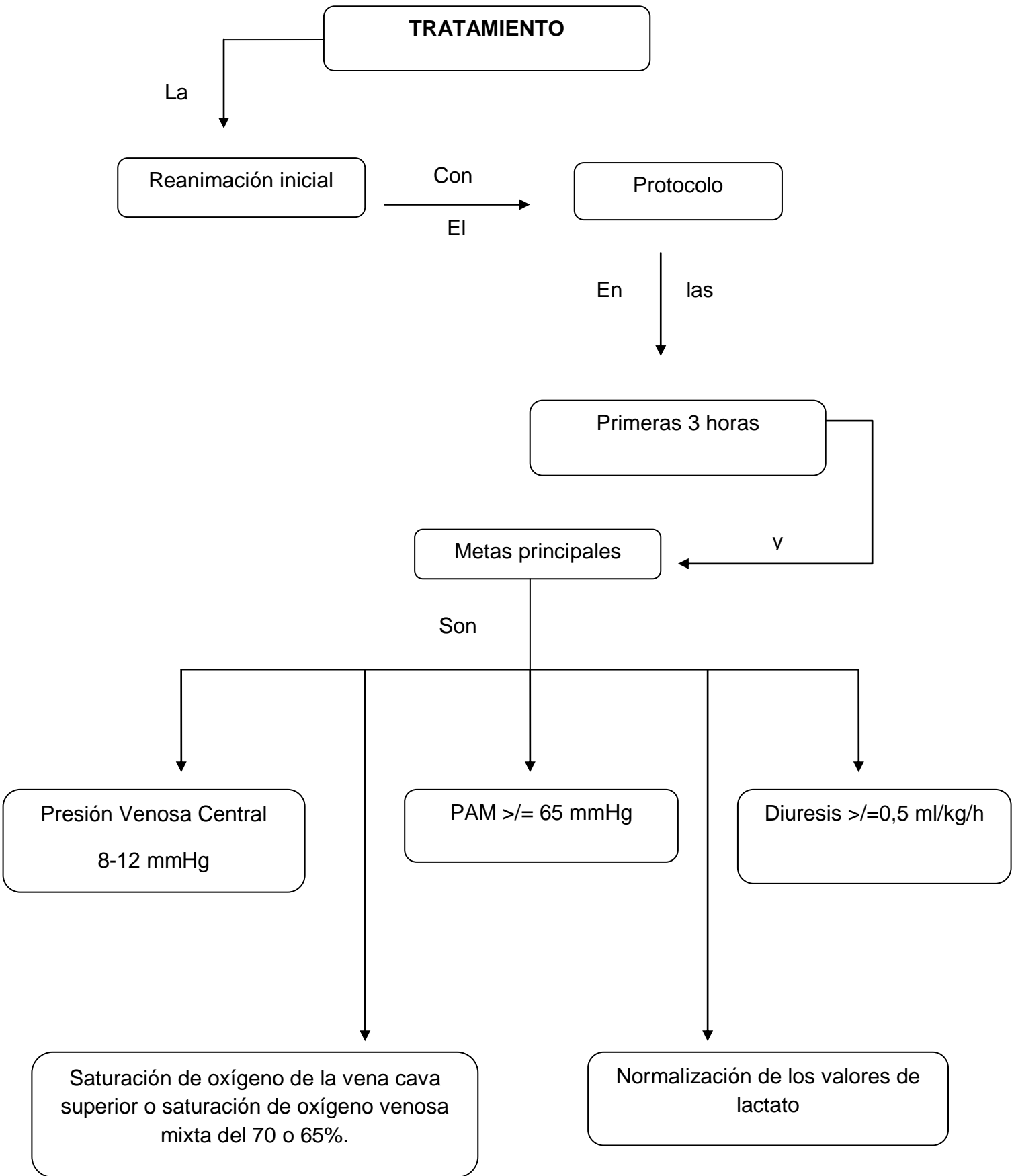
FACTORES DE RIESGO

Extremos de la vida (<1 año y >60 años), pacientes inmunocomprometidos, con presencia de enfermedades subyacentes, uso previo de antibióticos, resistencia bacteriana hospitalaria, procedimientos invasivos, heridas y traumatismos, adicciones (alcohol y drogas).

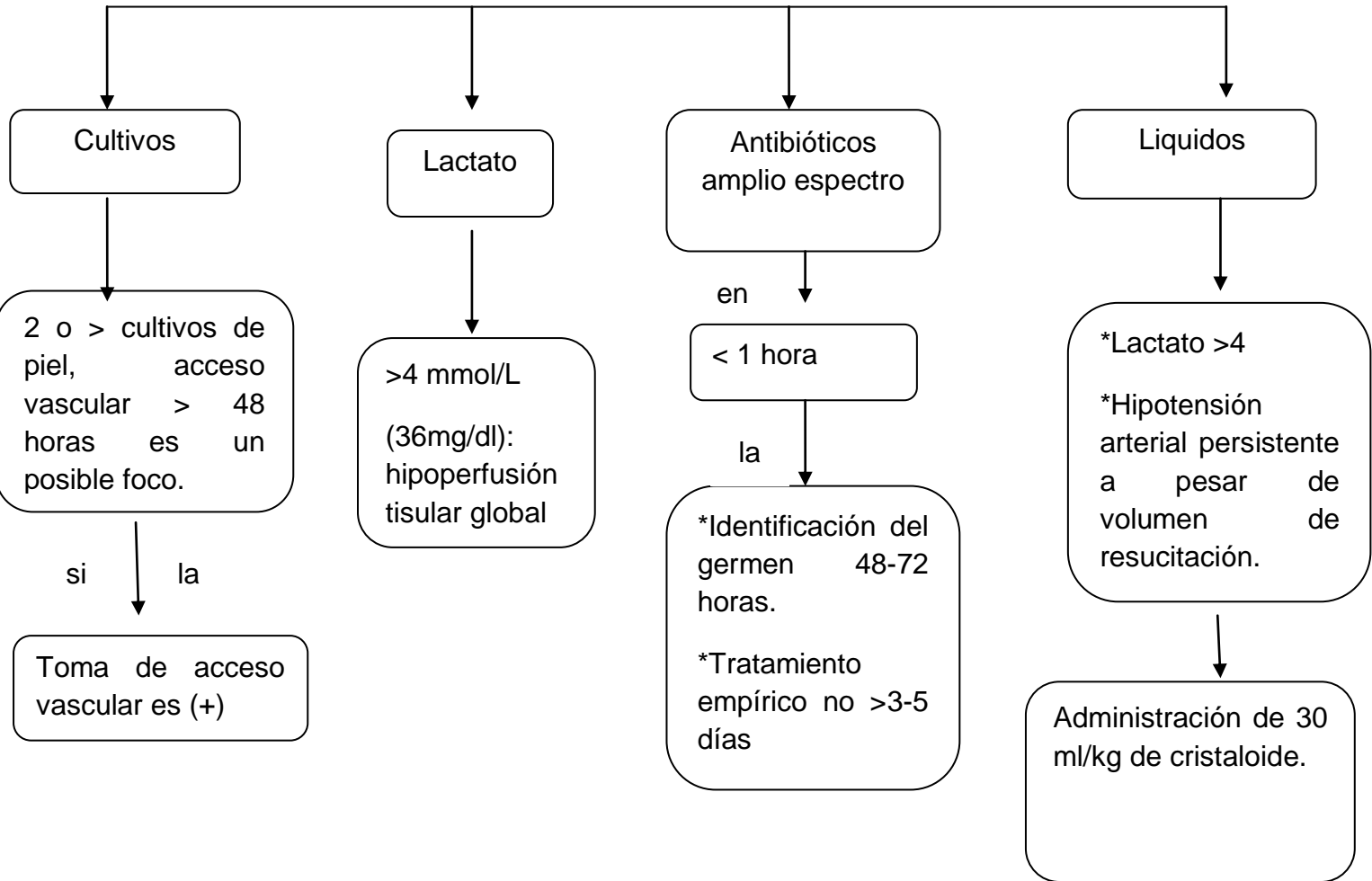
Inflamatorias

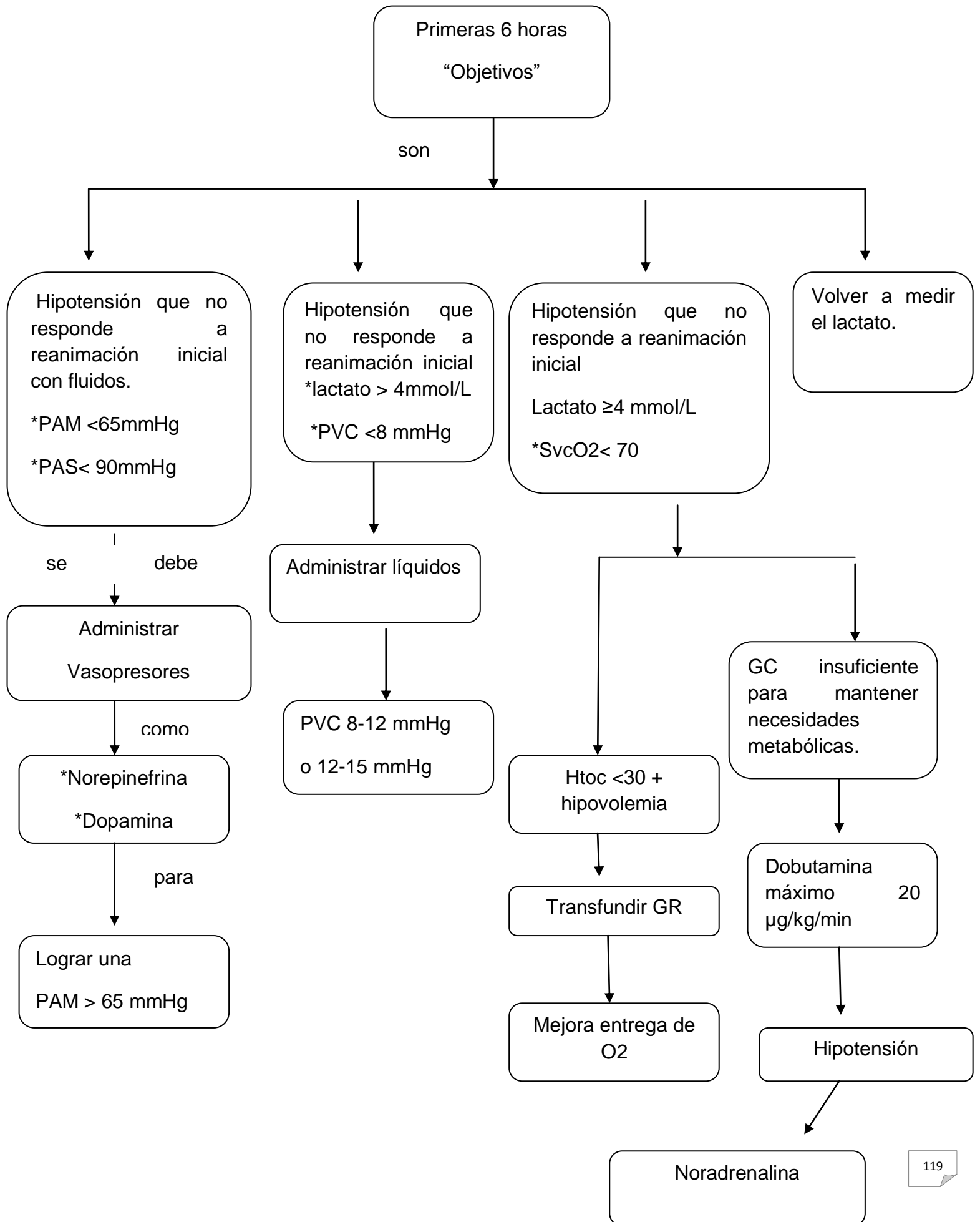
- ✓ Leucocitosis ≥ 12.000
- ✓ leucopenia ≤ 4000
- ✓ Proteína C Reactiva \geq SD del valor normal
- ✓ Procalcitonina ≥ 2 SD sobre el valor de referencia

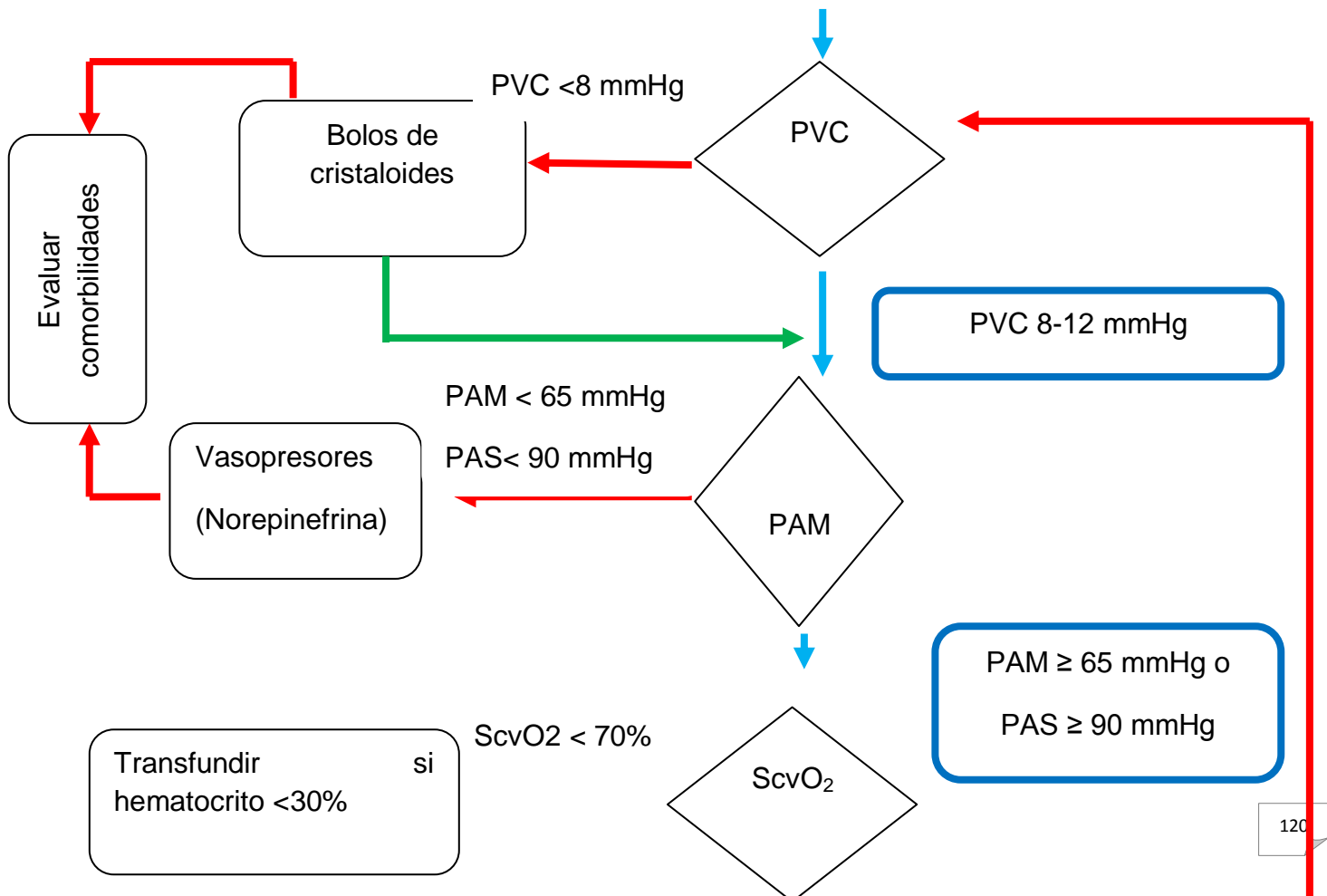
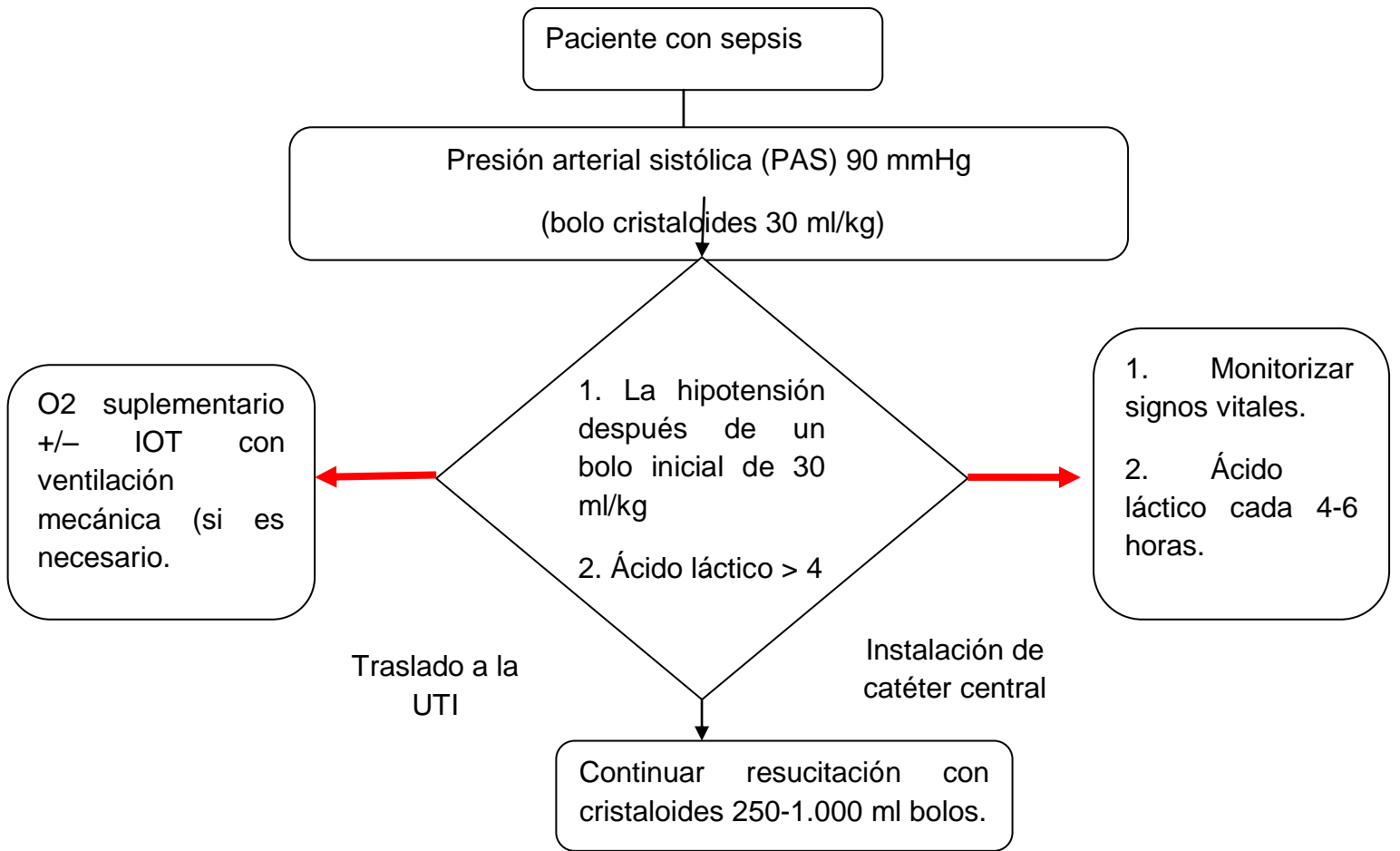


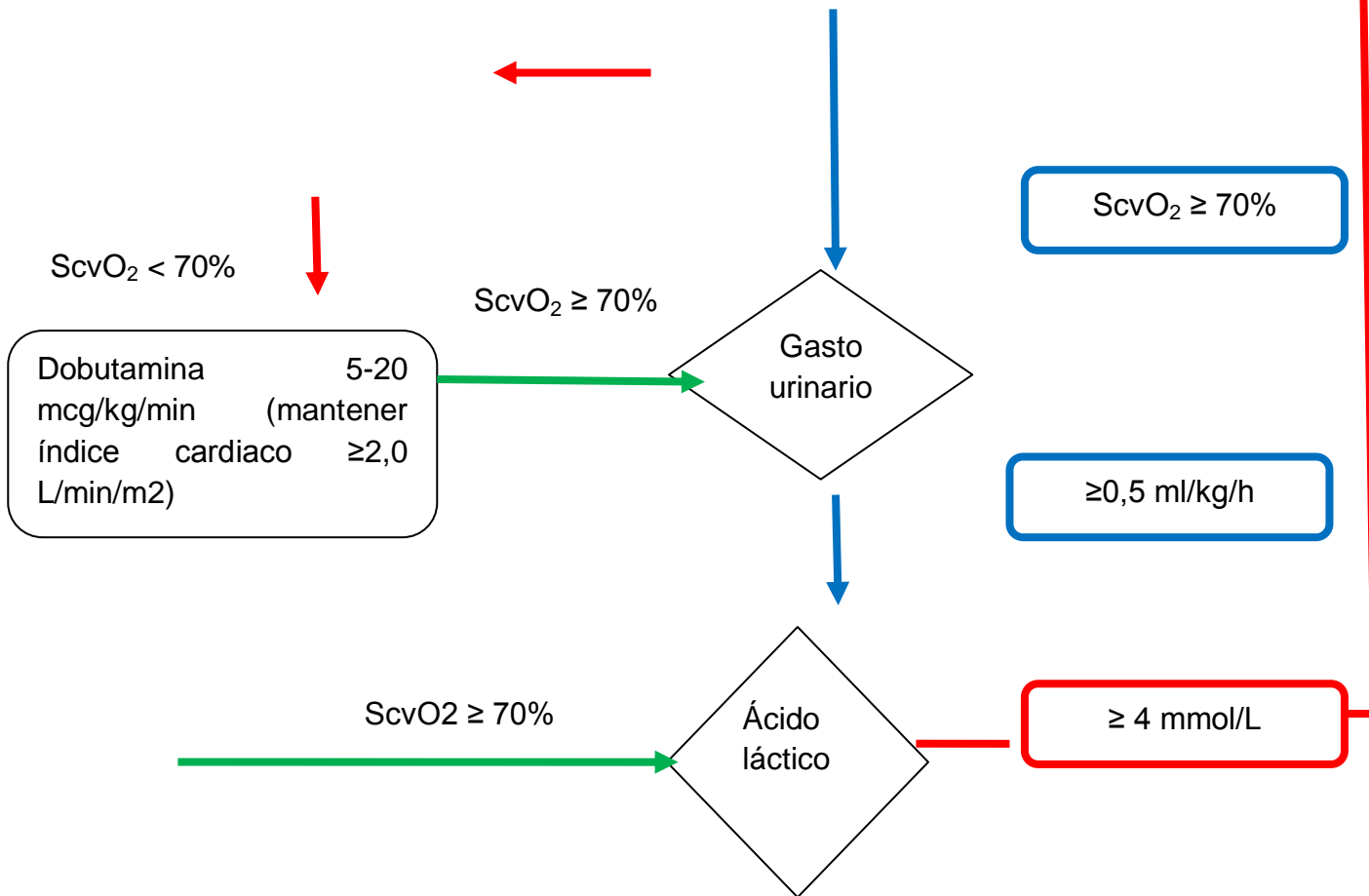


En las primeras 3 horas









Tratamiento complementario

Ventilación Mecánica

en la

Indicada tanto en el paciente con síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA) por sepsis.

Primera situación, en los pacientes con SDRA se deben utilizar volúmenes de 6 ml/kg.

con el

Objetivo de mantener presiones estables de 30 cm H₂O en pulmones inflados pasivamente, a menos que el paciente presente espacios intercostales rígidos donde se pueden necesitar presiones > 30 cm H₂O

Asimismo, se debe aumentar la presión espiratoria final positiva (PEEP) con el fin de mantener abiertas las unidades pulmonares, permitir el intercambio gaseoso y evitar el colapso alveolar.

Se utiliza un PEEP > 5 cm H₂O en pacientes con SDRA moderado

Inmunoglobulinoterapia

el

Desarrollo de inmunoglobulinas en sepsis y choque séptico es una estrategia innovadora para bloquear el inicio y el desarrollo de la cascada inflamatoria en la sepsis.

la

(IgG) y la (IgM) tienen importancia en la sepsis, ya que inhiben las endotoxinas, exotoxinas, modulan la actividad de las citosinas, provocando la disminución de la respuesta inflamatoria y aumento de la antiinflamatoria.

Deben ser administradas lo más pronto posible (dentro de las primeras 8 h después del diagnóstico).

