



**Universidad Autónoma Metropolitana**



**Hospital General Dr. Manuel Gea  
González**

Proceso de Atención de Enfermería Aplicada a un paciente  
con Post-operada de Laparoscopia diagnóstica + Post-  
operada de Laparoscopia exploratoria + Apendicitis aguda  
complicada.



Elaboro:

EPSS. Castillo Rodríguez Lizbeth

Asesor Académico:

Mtra. Cruz Rojas Lilia

Coordinadora del Servicio Social:

Canseco Ramírez Lydia Yrene

Fecha: 31 de julio de 2022

# Índice

<b>1. Introducción</b> .....	3
<b>2. Objetivos</b> .....	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
<b>3. Marco conceptual y teórico de enfermería</b> .....	5
3.1. Conceptualización de enfermería.....	5
3.2. Paradigmas.....	5
3.3. Teoría de enfermería.....	6
3.3.1. Teoría de enfermería de Virginia Henderson.....	6
3.4. Proceso de atención enfermería.....	7
<b>4. Marco teórico de la patología del Apéndice</b> .....	9
4.1. Anatomía y fisiología del apéndice.....	9
4.1.1. Intestino grueso.....	9
4.1.2. Apéndice vermiforme.....	10
<b>4.2. Fisiopatología</b> .....	12
4.2.1. Apendicitis aguda.....	12
4.3. Signos y síntomas.....	13
4.4. Diagnóstico.....	13
4.4.1. Diagnóstico clínico.....	13
4.4.2. Diagnóstico por imagen.....	15
4.5. Tratamiento.....	16
4.5.1. Manejo No Quirúrgico.....	16
4.5.2. Manejo quirúrgico.....	17
<b>5. Metodología</b> .....	18
5.1. Descripción detallada de la selección del caso y de los datos obtenidos.....	18
5.2. Fuentes de información consultadas.....	19
5.3. Marco referencial de la patología.....	19
5.4. Consideraciones éticas.....	25
5.4.1. Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.....	25
5.4.2. Carta de derechos de los pacientes.....	29

<b>6. Presentación del caso</b> .....	32
6.1. Datos Generales del Paciente.....	32
6.2. Descripción del caso.....	32
6.3. Antecedentes generales.....	33
<b>7. Plan de cuidados mediante la aplicación del proceso de enfermería</b> .....	37
7.1. Valoración inicial 4 de enero 2022.....	37
7.1.1. Presentación del caso.....	37
7.1.2. Indicaciones medicas.....	38
7.1.3. Exploración física de enfermería al seleccionar el caso clínico 4 de enero de 2022	39
7.1.4. Escalas de valoración.....	40
7.1.5. Medios invasivos.....	40
7.2. Valoración focalizada del 04 al 06 de enero 2022.....	41
7.3. Diagnósticos de enfermería por necesidad: Planeación de los cuidados, Objetivos de enfermería e Intervenciones de enfermería (Fundamentación). .....	51
7.4. Registro de intervenciones.....	71
7.5. Evaluación del proceso.....	71
<b>8. Plan de alta</b> .....	72
8.1. Lavado de manos.....	73
8.2. Datos de infección de la herida quirúrgica.....	74
8.3. Cuidados de la herida quirúrgica.....	74
8.4. Cuidados de sondaje vesical.....	74
8.5. Cuidado y mantenimiento de traqueostomía.....	75
<b>9. Conclusiones</b> .....	78
<b>10. Anexos</b> .....	79
<b>11. Bibliografía</b> .....	93

## 1. Introducción

El proceso de atención de enfermería, es un método sistematizado y organizado que sirve como guía y/o herramienta para que los y las profesionales del área de enfermería puedan realizar una evaluación por necesidades al paciente de tal modo de brindar cuidados integrales y progresivos en pro del mismo, utilizando las taxonomías propuestas por la *North American Nurses Diagnosis (NANDA)*, *Nurse Outcomes Classification (NOC)* y la *Nurses Intervention Classification (NIC)*. logrando mejorar el estado de salud y calidad de vida, dicho proceso consta de cinco pasos relacionados entre sí, los cuales son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La guía de valoración utilizada para este trabajo tiene su fundamento teórico filosófico en el modelo teórico de Virginia Henderson la cual tiene como objetivo conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades, constando de una evaluación por necesidades del paciente, de dicha evaluación se obtiene información relevante sobre las áreas comprometidas, para que en consecuencia se orienten las intervenciones, con la responsabilidad de reforzar las conceptualizaciones y aplicaciones de la misma.

En el presente trabajo se abordó principalmente la patología más reciente del paciente con iniciales GAEB de 29 años de edad, la cual ingresa a la institución por dolor abdominal, el cual posteriormente fue diagnosticado como apendicitis aguda, la cual padece en algún momento de su vida aproximadamente el 12% de la población internacional, la edad de presentación más frecuente es entre los 10 y 20 años.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Identificar y analizar mediante la utilización del instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, las principales necesidades comprometidas del paciente hospitalizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, para que como resultado de dicha evaluación se realice un plan de intervenciones acorde a las necesidades del paciente para mejora de su estado de salud actual.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Aplicar una evaluación con ayuda de un instrumento de valoración para la realización de un plan de intervenciones de enfermería.
- Identificar la patología principal del paciente hospitalizado, conociendo anatomía y fisiopatología de la misma.
- Implementar un plan de intervenciones de acuerdo con las taxonomías NANDA, NIC, NOC, basadas en la identificación de necesidades reales y potenciales del paciente.

### **3. Marco conceptual y teórico de enfermería**

#### **3.1. Conceptualización de enfermería**

La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.<sup>1</sup>

A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.<sup>2</sup>

#### **3.2. Paradigmas**

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos.<sup>3</sup>

Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona. Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad,

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Enfermería. 2022.

<sup>2</sup> Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.

<sup>3</sup> García GMC. Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería.2015

fuerza y conocimientos necesarios. 5 Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.

- Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Entorno: Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.
- Enfermería: La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.<sup>4</sup>

### 3.3. Teoría de enfermería

#### 3.3.1. Teoría de enfermería de Virginia Henderson

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.<sup>4</sup>

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en

---

<sup>4</sup> Hernández MC, Frutos MM. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. 2015

ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. Presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:<sup>5</sup>

Necesidad 1. Respirar normalmente.

Necesidad 2. Comer y beber adecuadamente.

Necesidad 3. Eliminación Urinaria

Necesidad 4. Moverse y mantener una buena postura.

Necesidad 5. Dormir y descansar.

Necesidad 6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.

Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Necesidad 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Necesidad 9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.

Necesidad 10. Comunicarse con los demás expresando emociones.

Necesidad 11. Vivir de acuerdo a sus propias creencias y valores.

Necesidad 12. Ocupación para autorealizarse.

Necesidad 13. Participar en actividades recreativas.

Necesidad 14. De aprendizaje.

### 3.4. Proceso de atención enfermería

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada. Está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: **valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación**, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

---

<sup>5</sup> Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Virginia Henderson.2013



- 1. Valoración:** consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería, el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.
  
- 2. Diagnóstico:** Identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.
  
- 3. Planeación:** consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan.
  
- 4. Ejecución:** La aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

**5. Evaluación:** Se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos.<sup>6</sup>

## 4. Marco teórico de la patología del Apéndice

### 4.1. Anatomía y fisiología del apéndice

#### 4.1.1. Intestino grueso

El intestino grueso (**Fig. 1**) es la parte terminal del tubo digestivo y se extiende desde el íleon hasta el orificio anal. Recibe este nombre por ser de un calibre mayor que el intestino delgado. Mide aproximadamente 1.5 m.

Consta de tres partes: **ciego, colon y recto**. Al ciego está unido el **apéndice vermiforme**.

El colon dibuja una especie de marco en torno al yeyuno íleon y se divide, por su trayecto, en una serie de partes: ascendente, transversa, descendente y sigmoide. El intestino grueso está especializado en la absorción de líquidos y en la elaboración de las heces.<sup>7</sup>

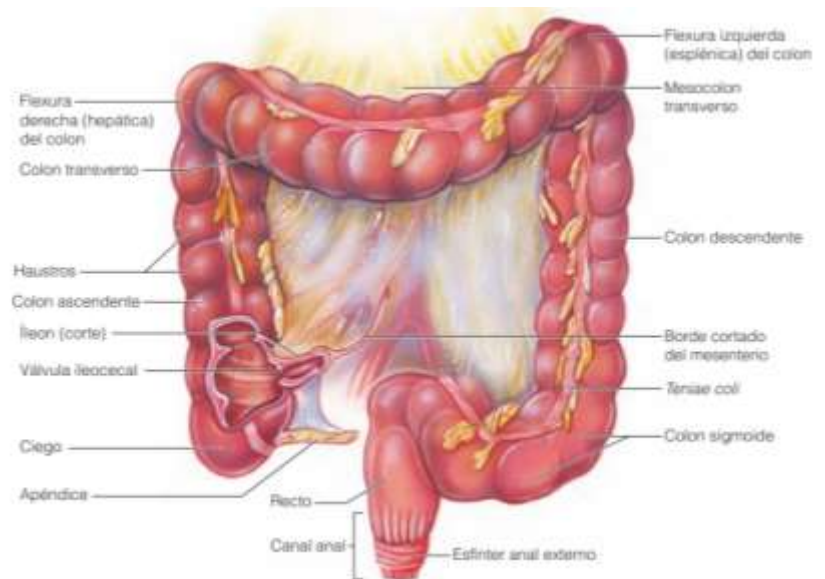


Fig. 1. Partes del intestino grueso

<sup>6</sup> Reina G., Nadia Carolina, el proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. 2010

<sup>7</sup> García PJA, Hurlé JM. Anatomía Humana. 2005

#### 4.1.2. Apéndice vermiforme

Colgando del ciego encontramos el apéndice con forma de gusano (“vermiforme”), una zona potencialmente problemática. Puesto que suele estar enrollado, es una ubicación ideal para la acumulación y multiplicación de bacterias.<sup>8</sup>

El apéndice vermiforme (**Fig. 2**) es un pequeño y estrecho divertículo, normalmente flexuoso, que se implanta en la vertiente izquierda del ciego por debajo del ángulo ileocecal.

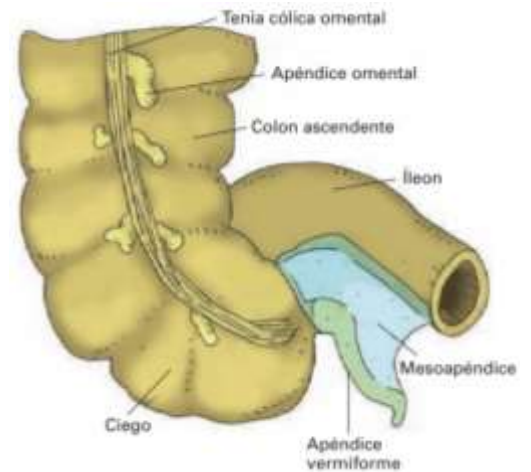


Fig. 2. Visión anterior del ciego y del apéndice vermiforme.

El apéndice es un órgano linfoide con funciones inmunitarias; está más desarrollado en los niños y tiende a atrofiarse y a enriquecerse en tejido conjuntivo con la edad. Su extremo ciego es libre y su base de implantación es la zona de origen de las tenias cólicas. Localizar la tenia omental en el colon ascendente, y seguirla hacia abajo, es un buen sistema para encontrar el apéndice cuando éste no aparece fácilmente. Mide entre 5 y 10 cm, pero puede ser mucho más largo.<sup>7</sup>

El apéndice es **intraperitoneal**. Su cubierta de peritoneo visceral está unida al íleon y al ciego por el mesoapéndice. Éste es en realidad, una dependencia del mesenterio que, a nivel del ángulo ileocecal, después de revestir al íleon terminal, se continúa hacia el apéndice para envolverle. Tiene forma triangular y un borde libre por el que discurren los vasos apendiculares. El mesoapéndice puede no desarrollarse hasta la punta del apéndice y, en ocasiones, puede no tener borde libre configuración de éste al peritoneo parietal posterior de la fosa ilíaca derecha (apéndice de meso fijo).<sup>7</sup>

<sup>8</sup> Marieb EN. Anatomía y Fisiología Humana.2008

## Estructura

La misma que el intestino grueso, pero con una gran riqueza de folículos linfoides en la submucosa y en la lámina propia. Posición del apéndice (**Fig. 3**).

El apéndice puede ocupar distintas posiciones, de frecuencia muy variable, pero todas ellas importantes de conocer para realizar con seguridad una apendicectomía;

- a. Posición descendente o pélvica, que es la posición de descripción clásica del apéndice. Esta cuelga por la cara interna del ciego y su punta se dirige hacia el estrecho superior de la pelvis.
- b. Posición subcecal, bajo el ciego, con la punta hacia fuera.
- c. Posición retrocecal; el apéndice se coloca detrás del ciego, en el receso retrocecal, con la punta hacia arriba; es una situación «oculta» y muy importante para tener presente; si el ciego es retroperitoneal, también lo será el apéndice.

Posiciones internas, en las que el apéndice se dirige hacia dentro, hacia las asas intestinales, bajo el íleon y paralelo a él o cruzando su terminación por delante o por detrás.<sup>7</sup>

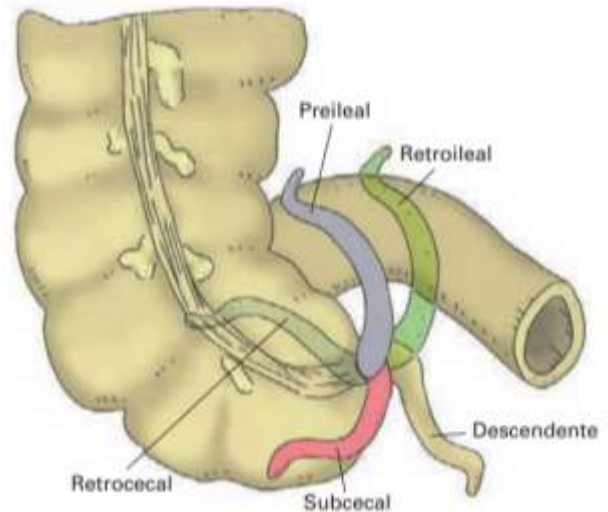


Fig. 3. Posiciones del apéndice vermiforme.

## 4.2. Fisiopatología

### 4.2.1. Apendicitis aguda

El evento patogénico central de la apendicitis aguda es la obstrucción de la luz apendicular, la cual puede ser secundaria a fecalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, parásitos y tumores primarios (carcinoide, adenocarcinoma, sarcoma de Kaposi, linfoma, etcétera) o metastásicos (colon y mama); la inflamación de la pared apendicular es el fenómeno inicial, para después presentar congestión vascular, isquemia, perforación y, en ocasiones, desarrollo de abscesos localizados (contenidos) o peritonitis generalizada. Durante estos fenómenos ocurre proliferación bacteriana: en el curso temprano de la enfermedad aparecen microorganismos aeróbicos, para después presentarse formas mixtas (aeróbicas y anaeróbicas).<sup>9</sup>

Su etiología es multifactorial, se asocia con mayor frecuencia a la formación de apendicolitos o a la hipertrofia de las placas de Peyer que originan proceso infeccioso en el cual existe acumulación de material purulento en su interior y engrosamiento en su pared por infiltración por células inflamatorias, con posterior isquemia y necrosis de la misma que puede resultar en perforación y la subsecuente formación de absceso apendicular como principales complicaciones agudas (**Fig. 4**). La posibilidad de perforación apendicular se basa en una relación entre el tiempo y la progresión de la enfermedad, a medida que transcurre el tiempo, existe un incremento en la tasa de perforación.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Hernández CJ, De León RJL, Martínez LMS, Guzmán OJD, Palomeque LA, Cruz LN, Ramírez HJ. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. 2019.

<sup>10</sup> 10. Abelardo Murúa MOA, González FMA. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. 2020

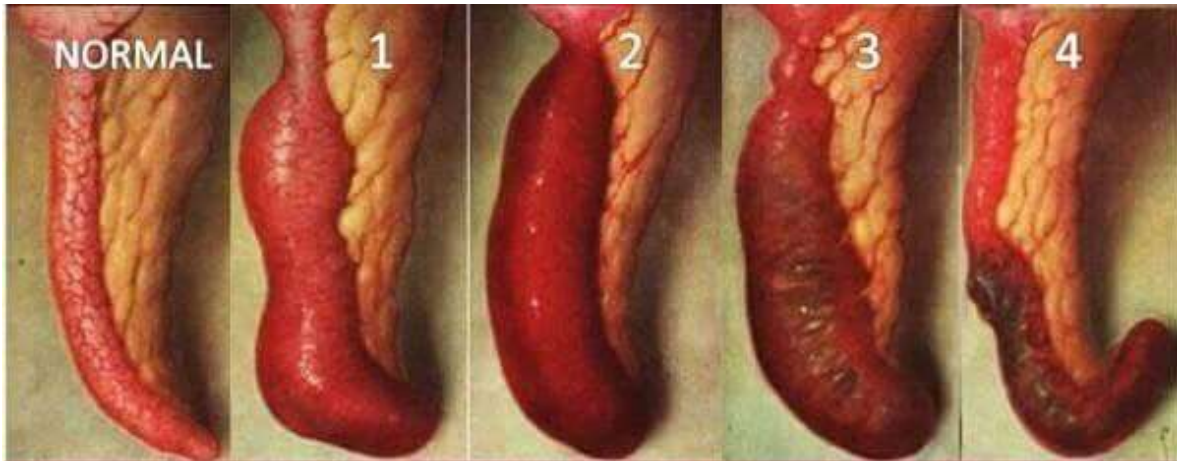


Fig. 4. 1. Apéndice congestiva o catarral; 2. Apéndice supurativa; 3. Apéndice gangrenosa o necrótica; 4. Apéndice Perforada.

### 4.3. Signos y síntomas

El cuadro clínico clásico de apendicitis inicia con dolor abdominal agudo, tipo cólico, localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad, antes de 24 horas migra a cuadrante inferior derecho (CID), después del inicio del dolor puede existir náusea y vómitos no muy numerosos (generalmente en 2 ocasiones). Puede haber fiebre de 38° C o más. El dolor se incrementa al caminar y al toser.<sup>11</sup>

### 4.4. Diagnóstico

#### 4.4.1. Diagnóstico clínico.

- A la exploración física se encuentran datos de irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho (CID), defensa y rigidez muscular involuntaria, punto de McBurney, signo de Rovsing, signo de

<sup>11</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de referencia Rápida. Diagnóstico de Apendicitis Aguda.2009

Psoas, signo del Obturador, signo de Summer, signo de Von Blumberg, signo de talopercusión, signo de Dunphy).<sup>11</sup>

- De las manifestaciones clínicas y de laboratorio, las que tienen mayor sensibilidad para el diagnóstico de apendicitis (manifestaciones cardinales) son:
  - a) Dolor característico (migración de la región periumbilical al CID o localización inicial en CID).
  - b) Manifestaciones de irritación peritoneal (hipersensibilidad en CID, rebote positivo en CID, defensa y rigidez de músculos abdominales).
  - c) Datos de respuesta inflamatoria (leucocitosis con mayor predominio de neutrófilos).<sup>11</sup>

- La escala de Alvarado modificada (**Fig. 5**) es probablemente la de mayor difusión y aceptación en los servicios de urgencias del mundo, con una sensibilidad de 68% y especificidad de 87.9%. El uso de la escala de Alvarado modificada permite clasificar al paciente en 3 grupos, de acuerdo con la probabilidad de tener apendicitis:

SIGNO	PUNTAJE
Dolor migratorio en FID	1
Anorexia	1
Náusea/Vómito	1
Hipersensibilidad en FID	2
Síntomas	
Rebote FID	1
Elevación de la temperatura > 38o C	1
Signos extras:	
Rovsing, tos, hipersensibilidad rectal	1
Laboratorio	
Leucocitosis 10,000-18,000 cel/mm3	2

Fig. 5. Escala de Alvarado modificada

1. Riesgo bajo (0-4 puntos):  
probabilidad de apendicitis de 7.7%. Observación ambulatoria y poner mayor atención en los datos de alarma; bajo riesgo de perforación.
2. Riesgo intermedio (5-7 puntos): probabilidad de apendicitis de 57.6%. Hospitalización y solicitar exámenes de laboratorios, estudios de imagen. Repitiendo la aplicación de la escala cada hora.

3. Riesgo alto (8-10 puntos): probabilidad de apendicitis de 90.6%.  
Estos pacientes deben ser sometidos a cirugía de inmediato.<sup>12</sup>

#### 4.4.2. Diagnóstico por imagen.

##### 4.4.2.1. Radiografía simple de abdomen

La RX simple de abdomen, el signo más específico es la presencia del fecalito apendicular o apendicolito, el cual se observa en menos del 10% de los casos.

Signos radiográficos clásicos:

- Íleo reflejo (entre el 51 y el 81 %).
- Aumento de la opacidad del cuadrante inferior derecho del abdomen (entre el 12 y el 33 %).
- Engrosamiento de las paredes del ciego (entre el 4 y el 5 %).
- Mala definición de la línea grasa del músculo psoas del lado derecho.
- En menos del 5% de los casos es posible ver el apendicolito como una imagen nodular, con densidad de calcio, proyectada sobre la fosa ilíaca derecha.

##### 4.4.2.2. Ultrasonido abdominal

Se realiza la exploración del cuadrante inferior derecho del abdomen con un transductor lineal de alta frecuencia. La exploración debe ser con una compresión firme y gradual. Esta maniobra tiene dos objetivos principales:

- Desplazar las asas intestinales adyacentes a un probable apéndice inflamado y fijo a la pared abdominal.
- Evaluar el grado de compresibilidad del apéndice cecal (criterio de apendicitis aguda).

##### 4.4.2.3. Tomografía axial computarizada (TAC)

---

<sup>12</sup> De la Torre PJE, Mo YG, Magaña OF, Villa GCL, Valdez AA, Ríos TAL, Ceja MC. Actualidades de apendicitis aguda en urgencias médicas.2018



- Aumento del diámetro transverso: Diámetro mayor a 6 mm. Sensibilidad del 93 % y una especificidad del 92 %
- Engrosamiento de la pared del apéndice mayor a 1mm. Con una sensibilidad del 66 % y una especificidad del 96 %.
- Realce anormal y heterogéneo de la pared: Hallazgo el cual presenta una sensibilidad del 75 % y una especificidad del 85 %.

#### 4.4.2.4. Resonancia Magnética

La RM brinda una alta resolución espacial; la seguridad del Gadolinio en mujeres gestantes es aún controversial. Las indicaciones de la RM son principalmente dos:

- 1.- Como alternativa a la TC en niños con sospecha clínica de apendicitis, pero con US no conclusivo.
- 2.- En mujeres gestantes con sospecha de apendicitis aguda, pero en las cuales el US no confirma ni descarta el diagnóstico.<sup>12</sup>

## 4.5. Tratamiento

### 4.5.1. Manejo No Quirúrgico

En la actualidad se ha propuesto la terapia con antibióticos para el tratamiento de apendicitis simple. Un meta análisis de varios estudios aleatorios demostró que el tratamiento exclusivo con antibióticos puede ser satisfactorio, sin embargo, en un 25% - 30% de los casos los pacientes recurren en menos de 1 año y en ocasiones requieren apendicectomía. Se debe elegir un antibiótico con cobertura para aerobios y anaerobios (**Tabla 1**) para bacterias comunes del tracto digestivo, tomando en cuenta los patrones locales de resistencia a antibióticos:<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Garro UV, Rojas VS, Thuel GM. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias.2019

<b>Tabla 1. Antibióticos de uso común para tratamiento de apendicitis aguda</b>		
Antibiótico	Dosis	Vía de administración
Meropenem	10 mg/kg cada 8 horas	Intravenosa
Metronidazol	20 mg/kg por día: por un mínimo de 48 horas	Intravenosa
Ciprofloxacina	20 mg/kg cada 12 horas	Oral
Metronidazol	20 mg/kg por día, durante 8 días.	Oral

#### 4.5.2. Manejo quirúrgico

- Apendicectomía laparoscópica: La cirugía laparoscópica se encontró que es claramente superior para pacientes con diagnóstico presuntivo de apendicitis y principalmente en mujeres de edad fértil, personas obesas y personas que trabajan. Puede reducir las complicaciones postoperatorias de infección de pared y el íleo paralítico en niños. Está contraindicada en pacientes menores de 5 años de edad y en el adulto mayor, este último por las enfermedades concomitantes y los cambios fisiológicos que ocurren durante la insuflación del neumoperitoneo.<sup>14</sup>
- Apendicectomía abierta: Tradicionalmente se ha establecido que el retraso en la apendicectomía aumenta el riesgo de perforación, por lo que se recomienda realizarla lo antes posible.<sup>13</sup>

<sup>14</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica clínica. Tratamiento de la apendicitis aguda. 2009

## 5. Metodología

### 5.1. Descripción detallada de la selección del caso y de los datos obtenidos

Dentro de las instalaciones del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en el servicio de Cuidados Intensivos Adultos- Metabólica ubicada en el tercer piso de dicho hospital, durante la primera semana del mes de enero de 2022, se seleccionó a la paciente cuyas iniciales son GAEB de 29 años de edad la cual ingresa al servicio de Cuidados Intensivos Adultos-Metabólica el día 12 de diciembre de 2021, con los diagnósticos de PO. Laparoscopia diagnóstica+ PO. Laparotomía exploratoria, Apendicitis aguda complicada, PO lavado de cavidad + cierre de pared, Retraso psicomotor, PO exploración vascular de cuello, Desequilibrio hidroelectrolítico (hipomagnesemia e hipofosfatemia), Desequilibrio acido-base (alcalosis metabólica con alcalemia), Neumonía asociada a la ventilación, Anemia Normocitilica normocromica grado II de la OMS, trombosis reactiva.

A la paciente ya antes mencionada se le realizó una valoración de enfermería, con ayuda del instrumento de valoración titulado *“Valoración de Enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson”* elaborado por profesores pertenecientes a la Universidad Autónoma Metropolitana, cuyos nombres se mencionan a continuación: Correa Argueta Edgar, Verde Flota Elsy Elizabeth, Rivas Espinoza Juan Gabriel, dicha aplicación del instrumento se llevó a cabo el día 4 de enero de 2022, en el servicio UCIA-M, en la unidad de la paciente GAEB, donde se realizó una valoración de enfermería por necesidades, identificando las necesidades más comprometidas de la paciente, así mismo se realizó una valoración física del paciente de manera céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación con el fin de que se nos proporcionara información global del estado de salud - enfermedad de la paciente.

## 5.2. Fuentes de información consultadas

- Fuente primaria: Principalmente la información como los son datos personales de la paciente, diagnósticos, tratamientos, días de estancia etc. Se obtuvieron principalmente del expediente clínico, al cual se tuvo acceso gracias a la autorización del médico jefe del servicio al cual se le dio el conocimiento de que se realizaría un proceso de atención de enfermería a la paciente, todo ello mediante la autorización y supervisión de la jefa de enfermería del servicio.
- Fuente secundaria: Al ser una paciente con retraso psicomotriz la comunicación con ella era prácticamente nula, por lo cual la información no medica se obtuvo de manera directa con el familiar a cargo, el cual tenía como parentesco tío de la paciente, al cual se le informo y dio su consentimiento para realizar el proceso de atención de enfermería brindando información no medica de la paciente.

## 5.3. Marco referencial de la patología

No.	Título del artículo	Autor/eres	Año/País	Resumen
1	Apendicitis aguda: revisión de la literatura	•Arcenio Luis Vargas Ávila. •Stephany de Luna Jiménez. •Fernando Palacio Vélez. •Julián Vargas Flores.	2017/ México	La apendicitis aguda es la patología quirúrgica abdominal más común en el mundo y representa la principal causa de cirugía abdominal de urgencia; se informa que su mayor frecuencia es en la población de entre 20 y 30 años y no presenta predominio de género.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedro Jesús Lombardini Tolentino.</li> <li>• Jesús Sánchez Pacheco.</li> </ul>		<p>Su presentación clínica es variable en algunas ocasiones, por lo que se deben utilizar estudios imagenológicos para su diagnóstico certero.</p> <p>El tratamiento de la apendicitis aguda es mediante cirugía con abordaje laparoscópico o abierto. El propósito de nuestra revisión es exponer la información actualizada sobre este tema tan común.</p>
2	Actualidades de apendicitis aguda en urgencias médicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Jesús Edgar De la Torre Paz.</li> <li>• Dr. Guillermo Mo Ye.</li> <li>• Dr. Francisco Magaña Olivas.</li> <li>• MPSS Villa Gaxiola Claudeth Lilian.</li> <li>• MPSS Valdez Avilés Alejandra.</li> <li>• MPSS Ríos Torres Ana Lucia.</li> <li>• MPSS Ceja Millán Cinthia.</li> </ul>	2018 / México	<p>Apendicitis se define como el proceso inflamatorio del apéndice vermiforme, el cual ocurre típicamente por obstrucción de la luz de este, ya sea por fecalito o hipertrofia del tejido linfoide asociado a la mucosa, produciendo isquemia, necrosis y por último una perforación. Es la causa principal de abdomen agudo la cual requiere tratamiento quirúrgico con elevado riesgo de complicaciones si su diagnóstico se hace de forma tardía.</p> <p>El diagnóstico de la Apendicitis Aguda se basa principalmente en los hallazgos clínicos. Los reportes</p>

de los exámenes de laboratorio y gabinete en adulto en los estadios iniciales de la apendicitis, va de 50 a 95% de certeza diagnóstica. No fue hasta la llegada de las técnicas modernas en imágenes diagnósticas, que el diagnóstico de Apendicitis Aguda se llevaba a cabo en un enfoque exclusivamente clínico. Al introducirse el uso de diversos métodos de imagen como guía para el diagnóstico de esta entidad la tasa de apendicetomía disminuyó de forma significativa a porcentajes entre el 1,7 y 3% sin aumentar la frecuencia de los casos de apendicitis perforadas.

En el pasado se consideraba imposible el uso de analgesia ya que se pensaba que pudiera enmascarar el cuadro clínico del paciente y esto provocaría un retardo en el diagnóstico y tratamiento del padecimiento de fondo.

En la actualidad se ha demostrado en varias publicaciones que el uso de analgésicos para tratar el dolor

				abdominal en sala de urgencias es totalmente permisible sin influir en el diagnóstico de este, y que esto no modifica posibles diagnósticos.
3	Apendicitis aguda: revisión de la literatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jorge Hernández Cortez.</li> <li>• Jorge Luis De León Rendón.</li> <li>• Martha Silvia Martínez Luna.</li> <li>• Jesús David Guzmán Ortiz.</li> <li>• Antonio Palomeque López.</li> <li>• Néstor Cruz López.</li> <li>• Hernán José Ramírez</li> </ul>	2019 / México	<p>La apendicitis aguda es la patología quirúrgica abdominal más común en el mundo y representa la principal causa de cirugía abdominal de urgencia; se informa que su mayor frecuencia es en la población de entre 20 y 30 años y no presenta predominio de género. Su presentación clínica es variable en algunas ocasiones, por lo que se deben utilizar estudios imagenológicos para su diagnóstico certero.</p> <p>El tratamiento de la apendicitis aguda es mediante cirugía con abordaje laparoscópico o abierto. El propósito de nuestra revisión es exponer la información actualizada sobre este tema tan común.</p>
4	Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. Valeria Garro Urbina.</li> <li>• Dra. Sofía Rojas Vázquez.</li> <li>• Dra. Mónica Thuel Gutiérrez.</li> </ul>	2019 / Costa Rica	<p>Apendicitis se define como la inflamación del apéndice cecal, siendo la obstrucción del lumen por un fecalito la causa más común en pacientes adultos. El diagnóstico es principalmente clínico, basándose en la</p>

				<p>anamnesis y los hallazgos al examen físico y en algunos casos puede ser necesario acudir a estudios de imagen. Al ser una patología que se presenta con dolor abdominal agudo como el síntoma principal, la apendicitis aguda tiene una gran cantidad de diagnósticos diferenciales y la valoración clínica es muy importante para realizar el diagnóstico definitivo.</p> <p>El tratamiento de elección es la apendicetomía laparoscópica. También se ha estudiado el abordaje no quirúrgico con terapia antibiótica para apendicitis simple, sin embargo, este requiere mayor investigación.</p>
5	<p>Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Oscar Abelardo Murúa Millán.</li> <li>• Dra. Martha Adriana González Fernández</li> </ul>	2020/ México	<p>La apendicitis aguda es causa frecuente de asistencia al servicio de urgencias y la apendicetomía predomina como una de las intervenciones quirúrgicas de urgencia más practicadas en todo el mundo. El apéndice es el órgano abdominal más variable en términos de posición y extensión.</p>



				<p>El diagnóstico clínico de apendicitis aguda es incierto en el 30-40% de los casos, la decisión de operar basado en la misma puede conducir a encontrar apéndices normales en el 15-30% de los casos. El protocolo diagnóstico por imagen incluye el ultrasonido, la tomografía computarizada y la resonancia magnética. La tomografía computarizada es el método de elección, por su alta sensibilidad y especificidad, permitiendo una evaluación detallada de la anatomía, así como valorar la presencia de hallazgos secundarios y presencia de complicaciones, en casos negativos es capaz de detectar diagnósticos diferenciales de la apendicitis aguda.</p>
6	Técnica de apendicetomía en apendicitis complicada para preservación del ciego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arcenio Luis Vargas Ávila.</li> <li>• Stephany de Luna Jiménez.</li> <li>• Fernando Palacio Vélez.</li> <li>• Julián Vargas Flores.</li> </ul>	2017/ México	<p>La apendicitis aguda es una de las primeras causas de abdomen agudo quirúrgico en la mayor parte de los hospitales en México.</p> <p>La perforación del apéndice es una complicación frecuentemente asociada al tiempo de evolución.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedro Jesús Lombardini Tolentino.</li> <li>• Jesús Sánchez Pacheco.</li> </ul>		<p>Objetivo: Describir la técnica con punto transflectivo seromuscular para el manejo del muñón en apendicitis con perforación o necrosis del tercio proximal.</p>
--	---	--	--

## 5.4. Consideraciones éticas

### 5.4.1. Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. - Secretaría de Salud.

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3o. fracciones I, II y VII, 13 apartado A fracciones I y IX, 34, 45 y 48 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 1o., 7o., 8o., 9o., 10o. fracciones I, II, III, IV y VI, 28, 29, 32, 37, 62 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 2o. apartado A fracción I, 8o. fracción V y 9o. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación, en el Diario Oficial de la Federación, de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

### **CONSIDERANDO**

Que con fecha 5 de octubre de 2010, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Modificación de esta norma, en cumplimiento a la

aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que, durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 4 de diciembre del 2010, fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Modificación de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que, en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente:

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO**

### **Introducción**

La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Se tomaron en cuenta los distintos ámbitos y fases del proceso continuado de la atención médica, en los que el uso del expediente clínico resulta imprescindible, destacando algunos aspectos del estado de salud del paciente, cuyo registro se considera de la mayor relevancia para su correcta integración, buscando que en el proceso de atención se generen los mayores beneficios.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Un aspecto fundamental en esta norma, es el reconocimiento de la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud. En ese sentido, se han considerado aquellos datos que se refieren a su identidad personal

y los que proporciona en relación con su padecimiento; a todos ellos, se les considera información confidencial. Lo anterior ratifica y consolida el principio ético del secreto profesional.

De igual manera, se reconoce la intervención del personal del área de la salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se registran y se incorporan en el expediente clínico a través de la formulación de notas médicas y otras de carácter diverso con motivo de la atención médica. En ellas, se expresa el estado de salud del paciente, por lo que también se brinda la protección de los datos personales y se les otorga el carácter de confidencialidad.

Con la expectativa de que su contenido se convierta en una firme aportación a los esfuerzos y procesos de integración funcional y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, esta norma impulsa el uso más avanzado y sistematizado del expediente clínico convencional en el ámbito de la atención médica y orienta el desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico principalmente.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

### **Objetivo**

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

## **Campo de aplicación**

Esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

### **5.4.2. Carta de derechos de los pacientes**

#### **1. Recibir atención médica adecuada.**

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

#### **2. Recibir trato digno y respetuoso.**

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

#### **3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.**

El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

#### **4. Decidir libremente sobre su atención.**

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada

procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

**5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.**

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

**6. Ser tratado con confidencialidad.**

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

**7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.**

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

**8. Recibir atención médica en caso de urgencia.**

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

**9. Contar con un expediente clínico.**

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

**10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.**

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.



## 6. Presentación del caso

### 6.1. Datos Generales del Paciente.

<b>Iniciales:</b>	GAEB	<b>Sexo:</b>	Mujer
<b>CURP:</b>	GAAE920408MDFRLR**	<b>Edad:</b>	29 años
<b>Lugar de Nacimiento:</b>	Ciudad de México.	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	08/04/1992
<b>Estado Civil:</b>	Soltera.	<b>Ocupación:</b>	Ama de casa
<b>Religión:</b>	Católica.	<b>No. Expediente</b>	757243
<b>Escolaridad:</b>	Analfabeta.	<b>DerechoHabiencia:</b>	Ninguna
<b>Pertenece a un grupo indígena</b>	No.	<b>Alergias:</b>	Negadas
<b>Habla lengua indígena:</b>	No.	<b>Domicilio:</b>	Colonia San Antonio, municipio de Iztapalapa, Ciudad de México.
<b>Interrogación:</b>	Indirecta mediante el familiar y expediente clínico.	<b>Fecha de ingreso a urgencias:</b>	24/Sep./2021
		<b>Fecha de ingreso a UCIA-M:</b>	12/Dic/2021

### 6.2. Descripción del caso

Paciente GAEB, femenino de 29 años de edad, con residencias en la colonia San Antonio, municipio de Iztapalapa, Ciudad de México, ingresando al Hospital General Dr. Manuel Gea González el día 24 de septiembre de 2021 a las 16:00 horas, por dolor abdominal, quedando con el diagnóstico de perforación de visera hueca+ retraso psicomotor.

Pasando a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Metabólicos Postquirúrgica el día 12 de diciembre de 2021 a las 10:00 horas, con los diagnósticos de PO. Laparoscopia diagnóstica+ PO. Laparotomía exploratoria, Apendicitis aguda complicada, PO lavado de cavidad + cierre de pared, Retraso psicomotor, PO exploración vascular de cuello, Desequilibrio hidroelectrolítico (hipomagnesemia e hipofosfatemia), Desequilibrio acido-base (alcalosis metabólica con alcalemia), Neumonía asociada a la ventilación, Anemia Normocitilica normocromica grado II de la OMS, trombosis reactiva.

Al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Metabólicos presenta los siguientes signos vitales:

- Tensión arterial: 140/71 mmHg
- Frecuencia Cardíaca: 126 por minuto
- Frecuencia Respiratoria: 19 por minuto
- SAO<sub>2</sub>: 99%
- Temperatura: 37.5 °C
- Glucosa capilar: 133 md/dL

### 6.3. Antecedentes generales

- **Antecedentes heredo-patológicos:**

Madre: Femenina de 53 años de edad, la cual cuenta con problemas cardíacos, siendo atendida en el Instituto de Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Padre: Datos desconocidos.

Tía materna: Femenina de 50 años de edad, con diagnóstico de cáncer de mama, diagnosticada en junio de 2021, actualmente en tratamiento de quimioterapia en el Instituto Nacional de Cancerología.

- **Antecedentes personales patológicos:**

Retraso psicomotor y del habla secundario a parálisis cerebral infantil e hipoxia neonatal. Alergias: Negadas. Toxicomanías: Negadas.

- **Antecedentes personales no patológicos:**

Femenino de edad madura, perteneciente a una familia reconstruida en etapa de adulto expansión, con un sistema familiar abierto, la vivienda que se habita es prestada, localizada en una zona urbana, el material de dicha vivienda es de material duradero, contando con los servicios de agua, gas, electricidad y drenaje, cuenta con dos habitaciones en las cuales duermen de 1 a dos personas, una sala y una cocina-comedor, no cuentan con mascotas. Alimentación 3 veces al día sin colaciones.

Hábitos de higiene personal: Baño cada tercer día, con cambio de ropa interior cada tercer día y cambio una o dos veces a la semana, lavado de dientes 1 vez al día.

- **Diagnóstico de ingreso (24/sep./2021):**

- Perforación de visera hueca.
- Retraso psicomotor.

- **Motivo de hospitalización:**

- Dolor abdominal, hipertensión arterial y taquicardia.

- **Diagnóstico (s) actual (es) (04/ene/2022):**

1. PO Laparoscopia diagnóstica + PO Laparotomía exploratoria.
2. Apendicitis aguda complicada.
3. PO Lavado de cavidad + cierre de pared.
4. Retraso psicomotor.
5. PO exploración vascular de cuello.

- **Laboratorios:**

Fecha de cita: 04 de enero de 2022		
<b>Hematología</b>		
<b>Estudio</b>	<b>Resultado</b>	<b>Intervalo de referencia</b>
Leucocitos %	7.6	4.0 - 12.0
Neutrófilos %	69.90	39.00 - 89.00
Linfocitos %	18.60	11.00 - 54.00
Monocitos %	8.10	1.00 - 14.00
Eosinófilos %**	2.90	3.00 - 6.00
Basófilos %**	0.50	1.00 - 2.00
Neutrófilos #	5.30	1.80 - 7.70
Linfocitos #	1.40	0.80 - 5.00
Monocitos #	0.60	0.00 - 0.80
Eosinófilos #	0.20	0.20 - 0.45
Basófilos #**	0.00	0.02 - 0.10
Eritrocitos **	3.31	4.10 - 5.30
Hemoglobina**	10.20	12.00 - 15.00
Hematocrito**	30.40	42.00 - 48.00
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	91.90	83.00 - 100.00
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	30.80	27.70 - 34.00
Plaquetas (PLT)	406	150 - 450
Volumen Plaquetar Medio	8.00	7.40 - 10.40
<b>Bioquímica</b>		
Glucosa**	113	74 - 109
BUN**	27.6	7.0 - 25.0
Urea **	59	10 - 50
Creatinina**	0.29	0.60 - 1.20

Sodio	136	136 – 145
Potasio	4.2	3.5 – 5.1
Cloro	102	98 – 107
Calcio**	11.32	8.60 – 10.30
Fosforo	2.55	2.50 – 5.00
Magnesio**	1.9	1.9 – 2.7
Bilirrubina total**	0.22	0.30 – 1.00
Proteínas totales	7.05	6.40 – 8.90
Albúmina**	3.67	3.70 – 5.30
Globulina	3.38	2.30 – 3.50
PCR – Proteína C Reactiva**	07.816	01.000 – 03.000
<b>Gasometría Arterial</b>		
<b>Ácido/Base</b>		
Ph (Ion de Hidrogeno)	7.35	7.35 – 7.45
pCO <sub>2</sub> (Presión parcial de dióxido de carbono)**	44.0	32.0 – 35.0
pO <sub>2</sub> (Presión parcial de oxígeno)**	39.0	83.0 – 108.0
HCO <sub>3</sub> (Bicarbonato efectivo)	24.3	21.0 – 28.0
TCO <sub>2</sub> (Dióxido de carbono total)**	25.7	19 – 24
<b>Electrolitos</b>		
Na <sup>+</sup> (Ion de sodio)	142	136 – 145
K <sup>+</sup> (Ion de potasio)**	3.30	3.50 – 5.10
Cl-(Cloruro)**	108	98 – 107
AG ( Anión Gap)	13.0	
Calcio (Calcio Ionizado)	1.21	1.15 – 1.33
<b>Metabólicos</b>		
Glu (Glucosa)	94	65 – 95
Lac (Lactato)**	1.3	0.36 – 0.75
TBili (Bilirrubina)	<2.00	

## 7. Plan de cuidados mediante la aplicación del proceso de enfermería

### 7.1. Valoración inicial 4 de enero 2022

#### 7.1.1. Presentación del caso

Paciente femenina con iniciales GAER, de 29 años de edad, cursando su vigésimo cuarto día de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Metabólico, con diagnósticos actuales mencionados a continuación: PO DE laparoscopia diagnóstica + Po laparotomía exploratoria, Apendicitis aguda complicada, PO de lavado de cavidad + cierre de pared, Retraso psicomotor, PO exploración vascular de cuello, desequilibrio ácido – base (sin datos de repercusión electrolítica), neumonía asociada a la ventilación resuelta, anemia normocítica normocromica grado I de la OMS, Trombocitosis reactiva. Al momento de la valoración de la paciente se obtuvieron los siguientes signos vitales:

<b>Frecuencia Cardíaca</b>	65 LPM
<b>Tensión arterial</b>	100/78 mmHg
<b>Frecuencia Respiratoria</b>	20 RPM
<b>SAO<sub>2</sub></b>	97 %
<b>Temperatura</b>	36.8
<b>Glucosuria</b>	133 mg/Dl

Aplicando las siguientes escalas de valoración:

- TISS: 30 pts
- Richmond Agitation - Sedation Scale (RASS): -2

## 7.1.2. Indicaciones medicas

Fecha: 04-Ene-2022

### 1) Dieta:

Dieta polimérica 1546 kcal/1600 cc a 66.6 ml/hora por SNG

### 2) Soluciones:

Dexmedetomidina 400 mg en 100 cc de sol. Salina 0.9% pasar a 8 cc/hora a dosis respuesta.

Fentanilo 1 mg a 100 cc de sol. Salina 0.9% a dosis respuesta.

### 3) Medidas generales:

Cambios de posición frecuentes.

Monitorización continua.

Cuidados de terapia intensiva.

Reportar si temperatura >38.4 C° para hemocultivo.

Glucometría capilar por turno con EIRSC <180mg/dL o 250 con EIAR regular SC  
180-220: 3 UI, 221-260: 6 UI, 261-300: 9 UI >300: 12 U.

Cuidados de la herida.

Cuantificación de uresis por sonda Foley.

SNG a derivación.

### 4) Medicamentos:

Paracetamol 1 GR IV C/ 8 horas.

Enoxaparina 200 MG SC C/24 horas.

N-Acetil-Cisteína 600 MG C/12 horas.

Senosidos AB 2 tabletas por SNG C/24 horas.

Metoprolol 25 MG por SNG C/12 horas.

### 5) Otros:

Ninguno

### 7.1.3. Exploración física de enfermería al seleccionar el caso clínico 4 de enero de 2022

Paciente femenina, que se encuentra en posición semi-fowler, encontrándose con sedación continua con Dexmedetomidina y Fentanilo, con un RASS de -2, con respuesta a estímulos externos. **Piel:** Presenta palidez de tegumentos, con buena higiene e hidratada, presentando diaforesis. **Cráneo:** normocéfalo proporcional al cuerpo. **Cabello:** Color negro oscuro, delgado presentando una buena higiene, con alopecia cabelluda a causa de la posición. **Cara:** forma redonda, simétrica a sus componentes. **Ojos:** cejas pobladas color negro simétricas a su cara, pestañas integra, iris color café claro, pupila reactiva y con reflejo. Párpados íntegros, conjuntiva con buena hidratación. **Oídos:** forma ovalada tamaño mediano con simetría, sin disminución de la agudeza auditiva. **Nariz:** permeable, alineada, con presencia de aleteo nasal, con sonda nasogástrica a derivación, presentando una lesión tipo MARSI causada por la fijación de la sonda. **Labios:** simétricos, deshidratados, con lesiones tipo llagas por deshidratación. **Boca:** mucosa, paladar y encías rosadas, lengua amarilla y seca, sin dolor, piezas dentales completas, con presencia de caries dentales, apoyo ventilatorio CPAP por cánula orotraqueal, 9 Fr, con FIO<sub>2</sub> 59%, PEEP 8, con saturaciones superiores al 95%. **Cuello:** Largo y delgado, con movilidad limitada, con presencia de herida quirúrgica cubierta, sin datos de infección. **Tórax:** simétrico, con una correcta retracción de espacio intercostal, expansión torácica presente con dificultad en la respiración. **Abdomen:** blando a la palpación, globoso, a la auscultación presencia de ruidos peristálticos, con herida quirúrgica de 25 centímetros de longitud, abarcando en línea media del epigastrio, llegando a hipogastrio, cubierta sin datos de infección.

**Extremidades superiores:** con simetría correcta, cuenta con movimientos asistidos, así como movimientos involuntarios espontáneos, con presencia de un dispositivo de acceso venoso tipo PICC 6 Fr, trilumen, funcional en vena braquial del miembro izquierdo, con apósito CHG íntegro y bien adherido.



**Extremidades inferiores:** con simetría correcta, distonía muscular en ambos miembros.

**Genitales:** íntegros de acuerdo al sexo y edad, con adecuado aseo, presencia de sonda vesical a derivación con uresis color ámbar, presentando ligeros sedimentos en la bolsa recolectora y tubo de drenaje, uresis por turno de 500 ml.

#### 7.1.4. Escalas de valoración

Escala	Puntuación	Intervenciones de enfermería
<b>TISS</b>	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración hemodinámica continua.</li> </ul>
<b>RASS</b>	-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia neurológica continua.</li> </ul>
<b>Braden</b>	12 – Alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios posturales horarios.</li> <li>• Hidratación e higiene de la piel.</li> <li>• Rotación de sensores.</li> <li>• Uso de colchón de presión alterna.</li> <li>• Liberación de puntos de presión.</li> </ul>
<b>Riesgos de caída</b>	9 – Alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barandales en alto.</li> <li>• Vigilancia continua.</li> <li>• Farmacoterapia con seda-analgésia continua.</li> </ul>

#### 7.1.5. Medios invasivos

Medio Invasivo	Fecha de instalación	Nombre de quien instala	Motivo de instalación
<b>SNG</b>	02/ Ene / 2022	EPSS. Melanie Martínez González	Medicación y Alimentación enteral.
<b>COT</b>	20/ Dic / 2021	Dr. Omar Hernández	Apoyo ventilatorio.

<b>PICC</b>	28/ Dic/ 2021	Lic. Enf. Yaneli Rangel González	Paciente de acceso difícil, tratamiento irritante/vesicante.
<b>S. Foley</b>	02/ Ene/ 2022 (3/15)	EPSS. Melanie Martínez González	Control de uresis.

## 7.2. Valoración focalizada del 04 al 06 de enero 2022

### Necesidad 1. Respirar normalmente.

<b>04-Ene-2022</b>	
<b>Datos relevantes</b>	<b>Laboratorios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FR: 17-20 RPM durante el turno.</li> <li>• SpO<sub>2</sub>: Saturando por arriba de 97% durante el turno.</li> <li>• FC: 65 LPM.</li> <li>• T/A: 100/78 – 120/82 mmHg</li> <li>• PAM:85 - 95 mmHg</li> <li>• Tiraje supraesternal durante la respiración.</li> <li>• Presencia de tos productiva con presencia de secreciones, abundantes de aspecto blanquecino. Aspiración de secreciones de 2 a 3 veces en el turno con salida de abundantes secreciones por vía oral y por cánula, color blanquecinas.</li> <li>• Ventilación mecánica asistida; FIO<sub>2</sub>: 59%, PEEP 8.</li> <li>• Dexmedetomidina 400 mg en 100 cc de sol. Salina 0.9% pasar a 8 cc/hora a dosis respuesta.</li> <li>• Fentanilo 1 mg a 100 cc de sol. Salina 0.9% a dosis respuesta.</li> </ul>	Eosinófilos:2.90% Basófilos: 0.50% Hemoglobina:10.20 g/dL Hematocrito:30.40% Glucosa: 113 mg/dL Urea: 59 mg/dL Creatinina: 0.29 mg/dL Magnesio: 1.9 mg/dL  Gasometría Arterial pCO <sub>2</sub> : 44.0 mmHg pO <sub>2</sub> : 39.0 mmHg TCO <sub>2</sub> : 25.7 mmHg
<b>05-Ene-2022</b>	

Datos relevantes	Laboratorios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FR: 16-22 RPM durante el turno.</li> <li>• SpO<sub>2</sub>: Saturando por arriba de 95% durante el turno.</li> <li>• FC: 66 – 85 LPM durante el turno.</li> <li>• T/A: 110/65 a 140/71 mmHg</li> <li>• PAM: 80 a 94 mmHg.</li> <li>• Presencia de tos productiva con presencia de secreciones, abundantes de aspecto blanquecino, aspiración de secreciones de 2 a 3 veces en el turno con salida de abundantes secreciones por vía oral y por cánula, color blanquecinas. Ventilación mecánica asistida; FIO<sub>2</sub>: 40%, PEEP 6.</li> <li>• Dexmedetomidina 400 mg en 100 cc de sol. Salina 0.9% pasar a 6 cc/hora a dosis respuesta.</li> <li>• Fentanilo 1 mg a 100 cc de sol. Salina 0.9% a dosis respuesta.</li> <li>•</li> </ul>	<p>Eosinófilos:2.90%</p> <p>Basófilos: 0.40%</p> <p>Hemoglobina:10.20 g/dL</p> <p>Hematocrito:29.40%</p> <p>Glucosa: 117 mg/dL</p> <p>Urea: 57 mg/dL</p> <p>Creatinina: 0.21 mg/dL</p> <p>Magnesio: 2.1 mg/dL</p> <p>Gasometría Arterial</p> <p>pCO<sub>2</sub>: 42.0 mmHg</p> <p>pO<sub>2</sub>: 40.0 mmHg</p> <p>TCO<sub>2</sub>: 25.7 mmHg</p>

**06-Ene-2022**

Datos relevantes	Laboratorios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FR: 15-20 RPM durante el turno.</li> <li>• SpO<sub>2</sub>: Saturando por arriba del 99% durante el turno.</li> <li>• FC: 85-97 LPM durante el turno.</li> <li>• T/A: 125/86 – 140/80 mmHg.</li> <li>• PAM: 99 – 100 mmHg.</li> <li>• Presencia de tos productiva con presencia de secreciones escasas de aspecto blanquecino. Aspiración de secreciones de 1 a 2 veces en el turno con salida de escasas secreciones por vía oral y por</li> </ul>	<p>Eosinófilos:2.90%</p> <p>Basófilos: 0.40%</p> <p>Hemoglobina:10.20 g/dL</p> <p>Hematocrito:29.40%</p> <p>Glucosa: 138 mg/dL</p> <p>Urea: 57 mg/dL</p> <p>Creatinina: 0.21 mg/dL</p> <p>Magnesio: 2.1 mg/dL</p> <p>Gasometría Arterial</p>

<p>cánula, color blanquecinas. Ventilación mecánica asistida; FIO<sub>2</sub>: 50%, PEEP 6.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dexmedetomidina 400 mg en 100 cc de sol. Salina 0.9% pasar a 8 cc/hora a dosis respuesta.</li> </ul>	<p>pCO<sub>2</sub>: 41.0 mmHg pO<sub>2</sub>: 46.0 mmHg TCO<sub>2</sub>: 24 mmHg</p>
---	--

Los niveles de leucocitos entre los que se encuentran Eosinófilos y Basófilos, dan a notar un riesgo de infección por lo que se brindan cuidados farmacológicos y cuidado de las heridas quirúrgicas para evitar procesos infecciosos, así mismo se vigila el estado termodinámico de la paciente, al tener niveles bajos de hemoglobina que es la encargada del transporte de oxígeno y dióxido de carbono, existe una deficiencia de transporte de ello, para ello se mantiene en vigilancia de saturación de oxígeno sumado a ello brindando medidas que faciliten la respiración, sumado a ello los niveles de hematocrito bajo se tiene el riesgo de anemia normocítica normocromica, vigilando cualquier tipo de sangrado.

Al haber niveles bajos de PO<sub>2</sub> se produce una deficiencia de oxígeno en tejidos y órganos, una hiperventilación y un aumento en la frecuencia respiratoria, por esta hipoxemia la PCO<sub>2</sub> aumenta, la cual produce una acidosis respiratoria, para ello se monitoriza el estado de oxigenación, se ayuda a la respiración para disminución de hiperventilación y de esa manera mejorar la respiración obteniendo una disminución de PCO<sub>2</sub> y un aumento en los niveles de PO<sub>2</sub>.

## Necesidad 2. Comer y beber adecuadamente.

- Peso actual: 50 KG
- Talla actual: 160CM
- IMC: 19.5
- Capacidad funcional para la alimentación. Requiere uso de equipo o dispositivo.
- Paciente con estreñimiento.

- Paciente que durante la alimentación enteral por sonda presenta vómitos espontáneos aun teniendo sonda nasogástrica por probable mal posición al momento de la alimentación.

04-Ene-2022

Datos relevantes	Medicamentos	Laboratorios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta actual: Dieta polimérica 1546 kcal/1600 cc a 66.6 ml/hora por SNG</li> <li>• Líquidos endovenosos: Dexmedetomidina 400 mg en 100 cc de sol. Salina 0.9% pasar a 8 cc/hora a dosis respuesta. Fentanilo 1 mg a 100 cc de sol. Salina 0.9% a dosis respuesta.</li> <li>• Glucometría capilar por turno con EIRSC &lt;180mg/dL o 250 con EIAR regular SC 180-220: 3 UI, 221-260: 6 UI, 261-300: 9 UI &gt;300: 12 U.</li> <li>• Piel y características: Presenta palidez de tegumentos, con buena higiene e hidratada.</li> </ul>	<p>N-Acetil-Cisteína 600 MG C/12 horas.</p> <p>Senosidos AB 2 tabletas por SNG C/24 horas.</p>	<p>Glucometría capilar: 133 mg/dL</p> <p>Glucosa: 113 mg/dL</p>

05-Ene-2022

<b>Datos relevantes</b>	<b>Medicamentos</b>	<b>Laboratorios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta actual: Dieta polimérica 1546 kcal/1600 cc a 66.6 ml/hora por SNG</li> <li>Líquidos endovenosos: Dexmedetomidina 400 mg en 100 cc de sol. Salina 0.9% pasar a 8 cc/hora a dosis respuesta. Fentanilo 1 mg a 100 cc de sol. Salina 0.9% pasando a 4 cc/hora.</li> <li>Glucometría capilar por turno con EIRSC &lt;180mg/dL o 250 con EIAR regular SC 180-220: 3 UI, 221-260: 6 UI, 261-300: 9 UI &gt;300: 12 U.</li> <li>Piel y características: Presenta palidez de tegumentos, con buena higiene e hidratada.</li> </ul>	<p>N-Acetil-Cisteína 600 MG C/12 horas.</p> <p>Senosidos AB 2 tabletas por SNG C/24 horas.</p>	<p>Glucometría capilar: 111 mg/dL</p> <p>Glucosa: 112 mg/DI</p>
<b>06-Ene-2022</b>		
<b>Datos relevantes</b>	<b>Medicamentos</b>	<b>Laboratorios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta actual: Dieta polimérica 1546 kcal/1600 cc a 66.6 ml/hora por SNG.</li> </ul>	<p>Lactulosa 10 ml VO C/8 horas.</p>	<p>Glucometría capilar: 132 mg/dL</p> <p>Glucosa: 118 mg/dL</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líquidos endovenosos: Hartmann a 20 cc/hora a Dosis respuesta.</li> <li>• Glucometría capilar cada 6 horas EIRSC &lt;180mg/dL o 250 con EIAR regular SC 180-220: 2 UI, 221-260: 4 UI, 261-300: 6 UI &gt;300: 8 U.</li> <li>• Piel y características: Presenta palidez de tegumentos, con buena higiene e hidratada.</li> </ul>		
---	--	--

Durante los tres días de cuidados la paciente presento cuadros de hiperglucemia en ayuno, así mismo presentando niveles altos de glicemia en sangre, para ello se mantiene en vigilancia continua, ya que se encuentra en riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, es de suma importancia la vigilancia y control de la glucemia ya que juega un papel importante en la cicatrización de heridas o problemas cardiacos. Durante los tres días los niveles de glucemia en sangre y capilar no se normalizaron pero se mantuvo en vigilancia continua.

### Necesidad 3. Eliminación Urinaria e intestinal

04-Ene-2022		
Datos relevantes	Medicamentos	Laboratorios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdidas por fiebre: 0 ml</li> <li>• Perdidas insensibles: 219 ml</li> <li>• Sonda Foley: 340 ml</li> <li>• Evacuaciones:0 ml</li> </ul>	N-Acetil-Cisteína 600 MG C/12 horas. Senosidos AB 2 tabletas por SNG C/24 horas.	Creatinina: 0.29 mg/Dl Urea: 59 mg/dL Bilirrubinas:0.22 mg/dL

05-Ene-2022		
Datos relevantes	Medicamentos	Laboratorios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdidas por fiebre: 0 ml</li> <li>• Perdidas insensibles: 219 ml.</li> <li>• Sonda Foley: 300 ml</li> <li>• Evacuaciones: 0 ml</li> </ul>	N-Acetil-Cisteína 600 MG C/12 horas. Senosidos AB 2 tabletas por SNG C/24 horas.	Creatinina: 0.21 mg/Dl Urea: 57 mg/dL Bilirrubinas: 0.20 mg/dL
06-Ene-2022		
Datos relevantes	Medicamentos	Laboratorios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdidas por fiebre: 0 ml</li> <li>• Perdidas insensibles: 219 ml</li> <li>• Sonda Foley: 400 ml</li> <li>• Evacuaciones: 0 ml</li> </ul>	Lactulosa 10 ml VO C/8 horas.	Creatinina: 0.21 mg/Dl Urea: 57 mg/dL Bilirrubinas: 0.22 mg/dL
<p>Los niveles de creatinina bajos muestra una probable falla renal, ya que también se encuentra la urea de manera elevada, siendo factores para la sospecha de esta falla renal, los niveles de creatinina baja puede ser secundario a la hipertrofia muscular, para ello se realiza ejercicios del paciente encamado, para mejorar la atrofia muscular y ejercitar a la paciente, aunque no se logró una mejora en los niveles de dichos laboratorios, en el caso de las bilirrubinas puede ser relacionado a la falta de evacuaciones solididad manteniéndose en vigilancia.</p>		

#### Necesidad 4. Moverse y mantener una buena postura.

Movimientos voluntarios presentes, cara simétrica, con apertura ocular espontánea, comisura bucal, muestra los dientes, arruga la nariz, paciente totalmente encamado por tratamiento, gira la cabeza contra resistencia hacia el lado opuesto, no hay indicio de movimientos de fuerza, extremidades superiores con movimientos oscilares o impreciso, miembros inferiores con atrofia muscular, tono muscular con



rigidez plástica, masa muscular con atrofia y rigidez. Con una puntuación de Braden de 12 puntos.

#### Necesidad 5. Dormir y descansar.

Tiene un patrón de sueño discontinuo, sin horarios fijos, ni duraciones específicas, con alteración del sueño por tratamiento médico.

#### Necesidad 6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.

Por condiciones de retraso psicomotriz del paciente esta necesidad no fue posible ser valorada.

#### Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Cuenta con un control de temperatura axilar horario, teniendo eutermia sin presencia de alteraciones en la temperatura corporal.

#### Necesidad 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Se realiza baño corporal del paciente encamado diario por parte del personal de enfermería, con jabón neutro y shampo, se realiza aseo de genitales por turno o en caso de evacuaciones, se hidrata la piel con crema corporal, se realiza aseo de su cabellera así mismo como el cepillado, su estado de piel cuenta con lesión masi en la nariz, uñas recortadas, cabello limpio y seco, boca aseada, tegumentos pálidos, hidratados, con crecimiento excesivo de bello en miembros superiores e inferiores, totalmente dependiente para cambiar y limpias pañal en caso de evacuación, cuenta con una higiene general correcta, , su cabello de longitud larga, con un grosor delgado con presencia de alopecia usando cremas.

## Necesidad 9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.

Actualmente se encuentra internada en el Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzales en el área de terapia intensiva adultos – Metabólica, al cuidado del personal de enfermería y médicos del área.

Cuenta con afecciones mentales y retraso psicomotriz, cuenta con esquema de vacunación completo, actualmente cuenta con los siguientes fármacos:

- Paracetamol 1 GR IV C/ 8 horas.
- Enoxaparina 200 MG SC C/24 horas.
- N-Acetil-Cisteína 600 MG C/12 horas.
- Senosidos AB 2 tabletas por SNG C/24 horas.
- Metoprolol 25 MG por SNG C/12 horas.

Se vigila la posibilidad de presentar algún efecto secundario ocasionado por los fármacos como podría ser sangrado, náusea, emesis, cefaleas, neutropenia, entre otros.

Su estado de conciencia bajo seda-analgésia con un RASS de -2, con alteraciones en los sentidos de percepción, estado de ánimo no valorable por tratamiento, visión y oído sin alteración.

Fecha de última menstruación 29 de noviembre de 2021.

## Necesidad 10. Comunicarse con los demás expresando emociones.

Cuenta con dificultad de comunicación verbal por intubación y mutismo, no hay comunicación con el trió emisor, mensaje y receptor. Paciente bajo efectos de sedo-anestesia encontrándose en su 5 día bajo efectos del fármaco.

## Necesidad 11. Vivir de acuerdo a sus propias creencias y valores.

Los familiares señalan que profesan la religión católica, aunque no asisten frecuentemente a la iglesia, en los últimos años ha vivido cambios como enfermedades de familiares y las propias.

#### **Necesidad 12. Ocupación para autorealizarse.**

Nivel de escolaridad analfabeta, realiza actividades del hogar en supervisión de su madre, tiene un nivel de independencia física, económica y psicosocial por discapacidad, la familia refiere apoyo hacia la paciente, aunque solo realizan visita una vez a la semana. Actualmente esta necesidad no se está cumpliendo ya que el cuidado está a cargo del personal de salud sumado a ello el estado de conciencia en el que se encuentra actualmente.

Sus cuidados primarios es su madre y un tío, proporcionándole apoyo, ayuda y estímulo, ante la enfermedad el familiar acepta las patologías de la paciente y muestra preocupación por su estado de salud.

#### **Necesidad 13. Participar en actividades recreativas.**

Actualmente esta necesidad se encuentra nula ya que la paciente no está en condiciones físicas para la realización de cualquier actividad recreativa, sumado a ello que su estado de conciencia se encuentra afectado por efectos farmacológicos en el cual se encuentra sometida.

Actividades antes de la internación: Realizaba tareas del hogar y por las tardes paseaba por un parque con su madre.

Recreación durante la internación: ninguna.

La familiar refiere que no participaba en actividades de recreación, pero si expresaba emociones al ver a sus familiares.

#### **Necesidad 14. De aprendizaje.**

Actualmente esta necesidad se encuentra nula ya que la paciente se encuentra bajo efectos farmacológicos que impiden el aprendizaje.

La capacidad de aprendizaje es casi nula, cuenta con memoria de corto plazo, es capaz de resolver problemas que se le presenten, no tienen la capacidad de seguir una serie de palabras ni de seguir una charla.

### 7.3. Diagnósticos de enfermería por necesidad: Planeación de los cuidados, Objetivos de enfermería e Intervenciones de enfermería (Fundamentación).

#### Diagnóstico 1: Necesidad 1. Respirar normalmente

**Clase:** 4. Función respiratoria.

**Dominio:** 2. Eliminación e intercambio.

**Código:** 00030

**Etiqueta diagnóstica NANDA:** Deterioro del intercambio de gases.

**Definición:** Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo – capilar.

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

Deterioro del intercambio de gases relacionado con el desequilibrio en la ventilación – perfusión, debilidad en los músculos respiratorios, manifestado por aleteo nasal, diaforesis, gasometría arterial anormal (**pCO<sub>2</sub> 44.0, pO<sub>2</sub>: 39, TCO<sub>2</sub>:25.7**).

#### CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

**Dominio:** Salud fisiológica (II)

**Clase:** Cardiopulmonar (E): Respuesta de la ventilación mecánica: Adulto.

**Código:** 0411

**Definición:** Intercambio alveolar y perfusión tisular apoyados mediante ventilación mecánica.

Resultados	Puntuación diana	Escala (s) de medición		Puntuación Final
		No comprometido.	5	
<b>Indicadores</b>				
041109 Presión parcial de oxígeno.	2 – 4	Levemente comprometido.	4	3
011110 Presión parcial de dióxido de carbono.	2 – 4	Moderadamente comprometido.	3	3
041114 Dióxido de carbono total.	2 – 4	Sustancialmente comprometido.	2	3
		Gravemente comprometido.	1	

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Intervención:** Ayuda a la ventilación.

**Código:** 3390

**Definición:** Estimulación de un sistema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

**Intervención:** Aspiración de las vías aéreas.

**Código:** 3160

**Definición:** Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía área oral y/o a la tráquea del paciente.

Actividades de enfermería planeadas	Actividades de enfermería ejecutadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener la vía aérea permeable.</li> <li>Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: niveles de gases de la sangre arterial, SaO<sub>2</sub>, SvO<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>.</li> <li>Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de la ventilación y presencia de sonidos extraños.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener al paciente en posición fowler o semi fowler, para favorecer la expansión pulmonar.</li> <li>Revisión de gasometrías arteriales tomadas a la paciente.</li> <li>Auscultación de ruidos respiratorios.</li> <li>Aspiración de secreciones para mejorar el proceso de respiración.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza al paciente a inspirar y expirar para favorecer la respiración.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente y/o familia sobre la aspiración.</li> <li>• Disponer precauciones universales: guantes, gafas y mascara, si es el caso.</li> <li>• Observar el estado de oxígeno del paciente y estado hemodinámico, antes durante y después de la succión.</li> <li>• Anotar tipo y cantidad de secreciones aspiradas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se informa al paciente el procedimiento a realizar.</li> <li>• Realización de la técnica cerrada de aspiración de secreciones con técnica estéril, con vigilancia del estado hemodinámico del paciente durante el procedimiento. <b>Anexo 1.</b></li> <li>• Reportar en la nota de enfermería el tipo y cantidad de secreciones, así mismo anotar la técnica realizada en los horarios en que se realizó.</li> </ul>

#### Fundamentación científica

- Posición fowler: Paciente semi-sentado en un ángulo de 45° con las piernas flexionadas y los pies en flexión dorsal. Tiene efectos a nivel fisiológico: mejora la ventilación y reduce la presión craneal. Relaja los músculos abdominales.<sup>15</sup>
- La gasometría arterial es utilizada cuando se desea evaluar la capacidad de oxigenación del paciente, el buen funcionamiento de los procesos de ventilación pulmonar y respiración (intercambio de gases), el equilibrio ácido-base y control de la oxigenoterapia.<sup>16</sup>
- La auscultación pulmonar constituye una herramienta clínica fundamental que nos permite correlacionar los ruidos respiratorios con las distintas características fisiopatológicas de cada enfermedad.<sup>17</sup>
- Trato digno al paciente. Información completa. En los grupos surgió la idea de que explicasen más detalles de los procedimientos y tratamientos que se les van a realizar.<sup>18</sup>
- La aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial.<sup>19</sup>

<sup>15</sup> Parra AA. Posiciones anatómicas. 2019

<sup>16</sup> Pineda TD, Prieto MS. Interpretación de la gasometría.

<sup>17</sup> Bazano D, Rivero F. Auscultación ruidos respiratorios. 2021.

<sup>18</sup> Clínicas de Chile. A.G. Trato digno al paciente. 2016

<sup>19</sup> Intriago RC. Manejo de la vía aérea.2021

- Los registros clínicos, así como las notas de enfermería son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente.<sup>20</sup>

### Evaluación

- **Ayuda en la ventilación:** Mediante las técnicas realizadas en pro de una mejora en la respiración de la paciente, se logra un avance y mejora en la necesidad de respirar normalmente, logrando una disminución en el esfuerzo respiratorio, disminución en la producción de secreciones, con un cambio en la gasometría del día 4 al 6 de enero:
  - Presión parcial de oxígeno: Pasando de 39 a 46 mmHg con unos rangos normales de 83.0 – 108.0 mmHg, aunque no se encuentra dentro de los rangos normales se notó un avance favorable para la paciente.
  - Presión parcial de dióxido de carbono: Pasando de 44.0 a 41.0 mmHg con rangos normales de 32.0 – 35.0 mmHg, a pesar de que no está dentro de los rangos establecidos por el laboratorio existe una disminución de 3 mmHg en la última gasometría arterial.
  - Dióxido de carbono total: Pasando de 25.7 a 24 mmol/L con rangos normales de 19 – 24 mmol/L, logrando estar dentro de los límites de los parámetros establecidos por el laboratorio.

Iniciando con una puntuación de **2** sustancialmente comprometido una puntuación final de **3** moderadamente comprometido, ya que se notaron cambios en la respiración de la paciente, en la producción de secreciones y cambios en las gasometrías arteriales.

- **Capacidad para eliminar secreciones:** Mediante la aspiración correcta, sumado a ello el tratamiento farmacológico, se logró una disminución en la producción de secreciones tanto por boca como por cánula, el aspecto y cantidad de las secreciones disminuyo notablemente llevando a que se realizaban de 2 a 3 aspiraciones totales por turno a solo 1 o 2 aspiraciones totales por turno , logrando así una puntuación inicial de **2** sustancialmente comprometido, a una puntuación de **4** levemente comprometido ya que aún hay presencia de secreciones.

---

<sup>20</sup> Revoreda MA. Llenado de la hoja de los registros clínicos, y notas de enfermería Durante el transoperatorio.2016

Empty rectangular box at the top of the page.



## Diagnóstico 2: Necesidad 2. Comer y beber adecuadamente.

**Clase:** 1. Ingestión.

**Dominio:** 2. Nutrición.

**Código:** 00002

**Etiqueta diagnóstica NANDA:** Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.

**Definición:** Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con la incapacidad de ingerir los alimentos, manifestado por caída excesiva de pelo, tono muscular insuficiente, incapacidad para ingerir comida, vómitos durante la alimentación por sonda.

### CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

**Dominio:** Salud fisiológica (II)

**Clase:** Nutrición (K); Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.

**Código:** 1008

**Definición:** Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.

Resultados	Puntuación diana	Escala (s) de medición		Puntuación final
100802 Ingestión alimentaria por sonda.	2 - 4	Completamente adecuado	5	4
		Sustancialmente adecuado.	4	
		Moderadamente adecuado.	3	
		Ligeramente adecuado.	2	

		Inadecuado.	1	
--	--	-------------	---	--

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Intervención:** Alimentación enteral por sonda.

**Código:** 1056

**Definición:** Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.

Actividades de enfermería planeadas	Actividades de enfermería ejecutadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevar el cabecero de la cama de 30° a 45° durante la alimentación.</li> <li>• Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.</li> <li>• Irrigar la sonda cada 4 a 6 horas durante la alimentación continua y después de cada alimentación intermitente.</li> <li>• Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente en posición fowler para alimentación.</li> <li>• Revisar datos de la bolsa de la dieta polimérica e indicaciones médicas.</li> <li>• Irrigar sonda con agua antes y después de la conexión de la dieta.</li> <li>• Conectar con técnica aséptica a la sonda nasogástrica y programar goteo para 24 horas, cerciorando en inicio y el termino de dicha dieta.</li> </ul>

### Fundamentación científica

- La posición fowler favorece la adecuada digestión de la alimentación como fórmula y/o dietas indicadas y evita riegos de aspiración.<sup>21</sup>
- Es la suma de acciones e intervenciones racionadas relacionadas con el conocimiento, la interpretación, la justificación y la utilización de los medicamentos, en toda la cadena del mismo en sus diferentes contextos.<sup>22</sup>
- Permite eliminar residuos y/o alimento de la luz de la sonda.<sup>21</sup>
- Para una velocidad de infusión adecuada. No administrar volúmenes no mayores a la capacidad gástrica.<sup>21</sup>
- Evitar la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del personal.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Ministerio de salud. Hospital de emergencias pediátricas. Guía de procedimiento: alimentación enteral por sonda nasogástrica.

<sup>22</sup> Universidad Industrial de Santander. Protocolo administración de medicamentos. 2016

## Evaluación

**Ingestión alimentaria por sonda:** Se administra una dieta polimérica por SNG acorde a las necesidades nutrimentales de la paciente las cuales fueron evaluadas por el departamento de nutrición, con un peso inicial de 50 kg manteniéndose en ese peso durante los días consecutivos de acuerdo al cálculo realizado por los nutriólogos, los vómitos durante la alimentación disminuyeron de manera considerable, la caída de cabello de igual manera disminuyo, teniendo una puntuación diana inicial de **2** ligeramente adecuada, y concluyendo con una puntuación de **4** sustancialmente adecuada, ya que se realizó una mejora en el procedimiento de alimentación enteral por sonda, logrando que la sonda nasogástrica este permeable y funcional.

### Diagnóstico 3: Necesidad 3. Eliminación Urinaria e intestinal

**Clase:** 2. Función gastrointestinal.

**Dominio:** 3. Eliminación e intercambio.

**Código:** 00011

**Etiqueta diagnóstica NANDA:** Estreñimiento.

**Definición:** Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

Estreñimiento relacionado con debilidad de los músculos abdominales, manifestado por: distensión abdominal, disminución en la frecuencia de defecar, ruidos abdominales.

#### CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

**Dominio:** Salud fisiológica (II)

**Clase:** Nutrición (k): Función gastrointestinal.

**Código:** 1015

**Definición:** Grado en el que los alimentos (ingeridos o por sonda) pasan de la ingestión a la excreción.

Resultados	Puntuación diana	Escala (s) de medición		Puntuación Final
<b>Indicadores</b>		No comprometido.	5	
101503 Frecuencia de deposiciones.	1 – 3	Levemente comprometido.	4	2
101508 Ruidos abdominales.	1 – 3	Moderadamente comprometido.	3	3
101514 Distensión abdominal.	2 – 4	Sustancialmente comprometido.	2	3
		Gravemente comprometido.	1	

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Intervención:** Cuidados de la incontinencia intestinal.

**Código:** 0410

**Definición:** Estimulación de la incontinencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal.

### Actividades de enfermería planeadas

- Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.
- Determinar el inicio y tipo de la incontinencia intestinal, la frecuencia de los episodios y cualquier cambio relacionado de la función intestinal o de la consistencia de las deposiciones.
- Explicar la etiología del problema y la base de las acciones.
- Vigilar por si se produjera una evacuación intestinal adecuada.

### Actividades de enfermería ejecutadas

- El estreñimiento se relaciona principalmente por la falta de ejercicio físico.
- Administración de fármacos que faciliten la defecación.
- Vigilancia continua del paciente en cuanto a evacuaciones y sus características.
- Masaje abdominal para favorecer el peristaltismo. **Anexo 2.**

### Fundamentación científica

- Existen diversos factores, de fácil control, que influyen en la aparición del estreñimiento como son las dietas bajas en fibra, la falta de actividad física e ignorar la urgencia de ir al baño. Mecánicas obstructivas: neoplásicas, alteraciones postquirúrgicas, vólvulos y hernias.<sup>23</sup>
- Laxantes estimulantes o drásticos. “Bisacodilo, Picosulfato sódico, aceite de ricino, Sen (Cassia angustifolia) y senósidos A y B”: Actúan estimulando la motilidad y la secreción del colon. Son empleados en el estreñimiento puntual, pero para un uso crónico no son aceptados.<sup>24</sup>
- Alteración en la periodicidad de la evacuación de las heces (superior a 48-72 horas), el endurecimiento anormal de las heces, la disminución en el volumen o la retención en el recto por un periodo prolongado. Habitualmente las heces son de poco volumen, secas, duras y son

<sup>23</sup> Calvo CR, Escudero JM, Ibáñez MR. Actuación enfermera en paciente con estreñimiento. 2021

<sup>24</sup> Rubio GMR, Rojas AA, Rufián MBM. Estreñimiento: intervenciones enfermeras y tipos de laxantes.2018

expulsadas con gran esfuerzo; la defecación suele ser dolorosa. Sin embargo, las heces pueden producir irritación del colon, lo que en ocasiones origina la expulsión de heces líquidas.<sup>25</sup>

- Esta técnica permite mejorar la digestión y la evacuación, estimulando la actividad del intestino. Favorece la motilidad intestinal (peristaltismo), fortalece la musculatura profunda y mediante la presión aplicada rompe las adherencias del tejido cicatricial.<sup>26</sup>

### Evaluación

- **Frecuencia de deposiciones:** Al principio de la evaluación la paciente no tenía ninguna deposición fecal durante los tres turnos, se inicia la administración de Senosidos A y B, fracasando al tratamiento, se inicia con masajes durante el baño de esponja para favorecer el peristaltismo, y se cambia el tratamiento a Lactulosa teniendo como resultado evacuaciones tipo 6 según la escala bristol (**Anexo 3**) en su mayoría deposiciones nocturnas, llevando a la paciente de una puntuación de **1** gravemente comprometido a una puntuación de **2** sustancialmente comprometida ya que aunque no son constantes las deposiciones ya hay presencia de 1 deposición al día.
- **Ruidos abdominales:** Tanto los ruidos como los movimientos abdominales disminuyeron de una manera considerable después de tener la primera deposición fecal, sumando a ello los masajes abdominales durante el baño y después de cada alimentación por sonda, teniendo una puntuación inicial de **1** gravemente comprometido a una puntuación final de **3** moderadamente comprometida ya que, aunque disminuyeron continuaban presentes.
- **Distensión abdominal:** Se notó una disminución de la distensión abdominal posterior al primer masaje abdominal, posterior a la primera deposición fecal fue aún más notable la disminución de la distensión abdominal, teniendo una puntuación inicial de **2** sustancialmente comprometido a una puntuación final de **3** moderadamente comprometido, ya que aunque disminuyo la distensión abdominal aun había presencia de ella.

<sup>25</sup> Calviño GI, Hermosin AA, Pereira JE. Estreñimiento. Cuidados de Enfermería. 2017

<sup>26</sup> Rincon TM. Fisioterapia para el estreñimiento crónico: técnica del masaje abdominal. 2017

Diagnóstico 4: Necesidad 4. Moverse y mantener una buena postura.

**Clase:** 2. Actividad/Ejercicio

**Dominio:** 4. Actividad/Reposo

**Código:** 00091

**Etiqueta diagnóstica NANDA:** Deterioro de la movilidad en la cama.

**Definición:** Limitación del movimiento independientemente para cambiar de postura en la cama.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA**

Deterioro de la movilidad en la cama, relacionado con fuerza muscular insuficiente, manifestado por el deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.

**CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)**

**Dominio:** Salud funcional (I)

**Clase:** Movilidad (Q): Movimiento articular.

**Código:** 0206

**Definición:** Rango de movilidad activa de las articulaciones con movimiento autoiniciado.

Resultados	Puntuación diana	Escala (s) de medición	
		No comprometido.	5
		Levemente comprometido.	4
		Moderadamente comprometido.	3
		Sustancialmente comprometido.	2
		Gravemente comprometido.	1
<b>Indicadores</b>			
020603 Dedos (derecho)	2 – 4		
020604 Dedos (Izquierdo)	2 – 4		
020607 Muñeca (derecho)	2 – 4		
020608 Muñeca (Izquierdo)	2 – 4		
020211 Hombro (derecho)	2 – 4		
020612 Hombro (Izquierdo)	2 – 4		
020613 Tobillo (derecho)	2 – 4		
020614 Tobillo (Izquierdo)	2 – 4		

020615 Rodilla (derecho)	2 – 4		
020616 Rodilla (Izquierdo)	2 – 4		

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Intervención:** Terapia de ejercicios: movilidad articular.

**Código:** 0224

**Definición:** Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o reestablecer la flexibilidad articular.

Actividades de enfermería planeadas	Actividades de enfermería ejecutadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.</li> <li>• Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se determinó el grado de fuerza muscular, mediante el uso de la escala de Daniels (<b>anexo 4</b>).</li> <li>• Se ejecuta una serie de ejercicios pasivos y activos en el paciente encamado para prevenir la rigidez y pérdida de fuerza muscular acorde a la paciente. (<b>anexo 5</b>)</li> <li>• Masaje muscular y movilidad asistida del paciente durante el baño del paciente encamado.</li> <li>• Liberación de puntos de presión en extremidades.</li> <li>• Uso de colchón de presión alterna.</li> </ul>

### Fundamentación científica

• Escala de Daniels: Método que le permite a los fisiatras y fisioterapeutas, determinar el comportamiento de la potencia o fuerza muscular. Se puede emplear para estudiar el comportamiento de músculos individuales, los cuales por condiciones fisiopatológicas se encuentra alterado su capacidad de desarrollar una contracción muscular.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> Hernández BD. Examen físico para determinar la Potencia Muscular.



- Las personas que están postradas en cama necesitan hacer ejercicio para evitar que sus músculos se atrofien y se acorten. La atrofia muscular ocurre cuando los músculos se vuelven delgados y débiles.<sup>28</sup>
- El baño de esponja promueve el movimiento de las articulaciones en toda su amplitud contribuye a prevenir las contracturas musculares y mejora la articulación.<sup>29</sup>

### Evaluación

**Terapia de ejercicios: movilidad articular.** La paciente se encontraba con una atrofia muscular muy notable ya que al movilizar tanto los miembros torácicos como pélvicos había una resistencia y rigidez de los miembros, posterior a la movilización y aplicación de ejercicios los músculos fueron perdiendo esa rigidez, la paciente podía mover por si sola las extremidades sin dificultad, la fuerza para tomar cosas con las manos fue mejorando, logrando sostener y apretar una pelota de goma, teniendo una puntuación inicial de **2** sustancialmente comprometida pasando a un puntaje de **3** moderadamente comprometida ya que a pesar de los ejercicios continua con la atrofia muscular, pero en un menor grado.

---

<sup>28</sup> Álvarez C. Ejercicios para pacientes en cama. 2021

<sup>29</sup> Seguro Social Universitario Colombiana. Procedimiento: baño de esponja-enfermería de hospitalización.

Diagnóstico 5: Necesidad 10. Comunicarse con los demás expresando emociones.

**Clase:** 2. Respuestas de afrontamiento

**Dominio:** 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

**Código:** 00146

**Etiqueta diagnóstica NANDA:** Ansiedad.

**Definición:** Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

Ansiedad manifestada por angustia, irritabilidad, inquietud, lanzada de miradas alrededor, movimientos extraños y poco contacto visual.

#### CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

**Dominio:** Salud psicosocial (III)

**Clase:** Bienestar psicosocial (M): Nivel de ansiedad.

**Código:** 1211

**Definición:** Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Resultados	Puntuación diana	Escala (s) de medición		Puntuación Final
		Ninguno	5	
<b>Indicadores</b>		Leve	4	
121105 Inquietud.	2 - 4	Moderado	3	3
121108 Irritabilidad.	2 - 4	Sustancial	2	3
121102 Impaciencia.	2 - 4	Grave	1	3

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Intervención:** Disminución de la ansiedad.

**Código:** 5820

**Definición:** Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades de enfermería planeadas	Actividades de enfermería ejecutadas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</li><li>• Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</li><li>• Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificación de la ansiedad en el paciente con ayuda de escala de Hamilton (<b>Anexo 6</b>).</li><li>• Acompañamiento al paciente y explicación sobre su trastorno.</li></ul>

#### Fundamentación científica

- Los síntomas físicos más referidos por personas con ansiedad son: aumento de la tensión muscular, mareos, sudoración, hiperreflexia temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea. Los síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) predominantes son: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente.<sup>30</sup>
- Se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información científica basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno, y tener en cuenta su opinión, para facilitar la toma de decisiones compartida.<sup>29</sup>

#### Evaluación

**Inquietud:** Al principio de la valoración la paciente se encontraba con sujeción gentil ya que intentaba quitarse los dispositivos médicos con los que contaba, durante el acompañamiento hacía con la paciente y la explicación del porqué tenía los dispositivos, comprendió su importancia y su inquietud fue disminuyendo llegando a quitar la sujeción gentil de sus extremidades, teniendo así una puntuación inicial de **2** sustancial a una puntuación final de **3** moderado, ya que aún tenía episodios de inquietud cuando algo salía de su zona de confort.

**Irritabilidad e impaciencia:** Durante los procedimientos tenía episodios de irritabilidad e impaciencia en la duración de estos, no le gustaba que se le realizaran, a pesar de ello cooperaba con los procedimientos, al final de ellos se le explicaba los beneficios de cada procedimiento y al finalizarlos

<sup>30</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto.

se le tomaba de la mano demostrando confianza, a lo que la paciente respondía con algún gesto o intento de sonrisa. Teniendo una puntuación inicial de **2** sustancial a una puntuación final de **3** moderado ya que continuaba con estos episodios y se le tenía que explicar diariamente la importancia de sus procedimientos.

## Diagnóstico 6

**Clase:**1. Infección.

**Dominio:** 11. Seguridad/Protección.

**Código:** 00004

**Etiqueta diagnóstica NANDA:** Riesgo de infección.

**Definición:** Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

Riesgo de infección relacionado con exposición a brotes de enfermedades, alteración en la integridad cutánea.

### CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

**Dominio:** Salud Fisiológica (II)

**Clase:** Integridad tisular (L)

**Código:** 1103

**Definición:** Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.

Resultados	Puntuación diana	Escala (s) de medición		Puntuación Final
		No comprometido.	5	
<b>Indicadores</b>		Levemente comprometido.	4	
110321 Disminución del tamaño de la herida.	2 – 4	Moderadamente comprometido.	3	3
110303 Secreción	2 – 4	Sustancialmente comprometido.	2	3
		Gravemente comprometido.	1	

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Intervención:** Cuidados de las heridas.

**Código:** 3660

**Definición:** Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

Actividades de enfermería planeadas	Actividades de enfermería ejecutadas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Despegar los apósitos y esparadrapo.</li><li>• Monitorizar la característica de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li><li>• Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</li><li>• Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retiro de gasas, hipafix, y apósito +PAD de las heridas quirúrgicas.</li><li>• Revisar aspecto de la herida quirúrgica y la salida de secreción.</li><li>• Realizar limpieza aséptica de la herida quirúrgica, aplicando solución antiséptica (microdacyn), haciendo un barrido de arriba hacia abajo. (<b>anexo 7</b>)</li><li>• Cubrir la herida quirúrgica con gasas, hipafix y apósito +PAD.</li><li>• Registrar en la nota de enfermería cualquier cambio producido en la herida y las características de secreción.</li></ul>

#### Fundamentación científica

- Mantener el apósito en buenas condiciones es importante para el proceso de curación. Si se está muy activo o involucrado en actividades poco higiénicas, es necesario cambiar el apósito con más frecuencia.<sup>31</sup>
- Valorar el tipo de tejido presente en la herida determina la etapa del proceso de cicatrización. De igual manera, determina el tipo de apósito que debe utilizarse para su tratamiento.<sup>27</sup>
- El mantenimiento de la esterilidad, cuya finalidad es evitar al máximo cualquier contaminación de la herida, mientras que donde ya está presente, su fin es evitar que se extienda a otras zonas de la lesión, a otros pacientes o incluso al personal.<sup>32</sup>
- El uso de apósitos facilita el proceso de curación natural del cuerpo y proporcionan un ambiente de curación óptimo.<sup>27</sup>

<sup>31</sup> Medifácil. Guía sobre el cuidado de heridas. 2020

<sup>32</sup> San Miguel LA. Cura de heridas quirúrgicas. Protocolo de actuación. 2014

- Los registros clínicos, así como las notas de enfermería son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente.<sup>20</sup>

### Evaluación

- **Disminución del tamaño de la herida.** Al tener dos heridas, la herida numero 1 ubicada en cuello a la altura de la tráquea con las limpiezas asépticas se logró una disminución en la longitud y amplitud de la herida, pasando de un puntaje de **2** donde se encontraba sustancialmente comprometida, a una puntuación de **3** moderadamente comprometida ya que aún continúa abierta pero sin datos de infección o cambios en la coloración de la piel, la herida numero 2 ubicada en la línea media abdominal igualmente tenía una puntuación inicial de **2** sustancialmente comprometida, pasando a un puntaje de **3** moderadamente comprometida ya que el tamaño de la herida no disminuyo pero se nota un cambio en la cicatrización de dicha herida de manera favorable.
- **Secreción.** Herida numero 1 al principio tenía salida excesiva de secreción de aspecto blanquecino, la cual no presentaba olor fétido, con las limpiezas asépticas la salida de dicha secreción paso de una puntuación de **2** sustancialmente comprometida a una puntuación de **3** moderadamente comprometida ya que la cantidad de secreción disminuyo aunque la salida de dicha secreción continuo aunque en menor cantidad; Herida numero 2 al inicio tenia salida excesiva de secreción la cual ameritaba de 2 a 3 cambios de gasas durante el turno, con las limpiezas asépticas que se le realizaron a dicha herida la salida de secreción disminuyo llevando de una puntuación inicial de **2** sustancialmente comprometida a una puntuación de **3** moderadamente comprometida, ya que aunque continuaba con salida de secreción pero en menor cantidad.

#### 7.4. Registro de intervenciones

Toma de signos vitales horarios.

Sonda nasogástrica a derivación, funcional para alimentación enteral y medicación por sonda. Paciente con apoyo ventilatorio por cánula orotraqueal a la cual se le realiza técnica cerrada de aspiración de secreciones, con salida de abundantes secreciones color blancas, aspiración bucal con escasas secreciones blancas. Se realiza curación aséptica de herida quirúrgica en cuello a la altura de la tráquea, con presencia de secreción purulenta escasa sin olor, acceso venoso tipo PICC funcional, con apósito CHG integro, bien adherido, con seda- analgesia continua, y administración de medicamentos IV, con cambios de equipo y conectores según corresponda, realización de limpieza aséptica del sitio de inserción para evitar proliferación bacteriana. Se realiza curación a la segunda herida quirúrgica ubicada en la línea media abdominal, sin salida de secreciones y no hay datos de alarma. Control de egresos de uresis horaria, pérdidas insensibles por turno.

#### 7.5. Evaluación del proceso

Mediante el proceso realizado, no se pudieron obtener demasiados datos relevantes por parte de la paciente por su discapacidad psicomotora, obteniendo los datos relevantes del expediente clínico, y de algunas visitas de su tío, ya que la paciente no recibía visitas continuamente, sin embargo me presentaba de forma formal con la paciente, explicándole cada uno de los procedimientos a realizar, así mismo como la medicación a infundir, en las ocasiones que su familiar estuvo presente durante la valoración y recolección de datos, se le explicaba los procedimientos a realizar, como también la capacitación de lavado de manos, colocación y retiro de bata y guantes, la importancia de su acceso venoso, y sus demás dispositivos como lo es la sonda nasogástrica y la sonda vesical, explicando su funcionamiento y cuidado.



## **8. Plan de alta**

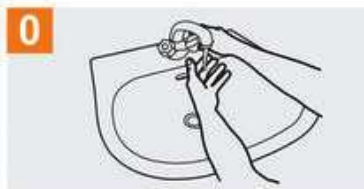
- **Definición:** Documento que proporciona información importante e individualizada al paciente y cuidador primario (familiar: padres, esposa o hijos). Elaborado por el enfermero que atiende al paciente durante su hospitalización. Este documento informa y favorece la continuidad de los cuidados a partir de su hospitalización hasta el egreso hospitalario, permite la comunicación entre los profesionales de enfermería en las distintas áreas clínicas de asistencia, ya sea primaria o especializada para proporcionar cuidado de calidad y acorde a cada paciente.
- **Objetivo:** Proporcionar información individualizada mediante el plan de alta para el paciente y cuidador primario, facilitar la continuidad del cuidado en el hogar y dar seguimiento a éste en la consultoría de enfermería neurológica. Se lleva a cabo mediante el proceso enfermero: consiste en valorar, en cada paciente, las necesidades para establecer una adecuada planeación desde el ingreso hasta el egreso.
- **Cuidadores al cual fue impartido:** Cuidador primario de la paciente (madre) Maricela G.A, y al cuidador secundario (tío) Oscar G.A.

## 8.1. Lavado de manos.

# ¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

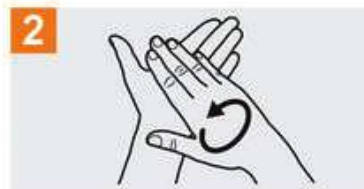
 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



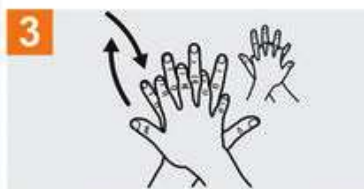
**0** Mójese las manos con agua;



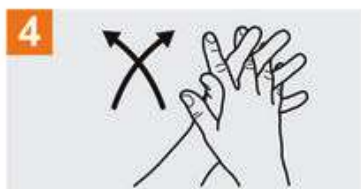
**1** Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



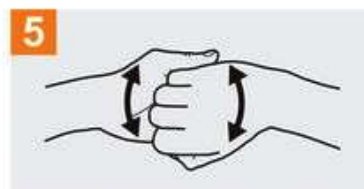
**2** Frótese las palmas de las manos entre sí;



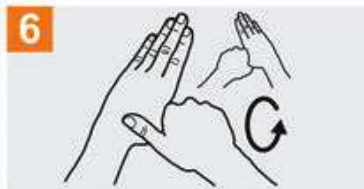
**3** Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



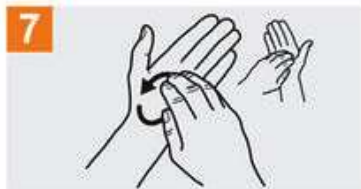
**4** Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



**5** Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



**6** Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



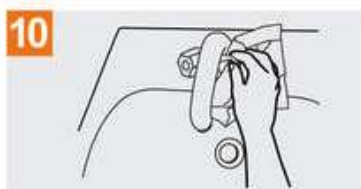
**7** Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



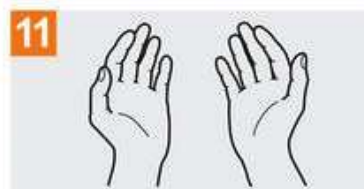
**8** Enjuáguese las manos con agua;



**9** Séquese con una toalla desechable;



**10** Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



**11** Sus manos son seguras.



Organización  
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

## 8.2. Datos de infección de la herida quirúrgica.

- Todo enrojecimiento o inflamación de la zona que rodea a la herida que dure varios días deberá ser motivo de preocupación, sobre todo si la piel inflamada es dolorosa al tacto y está más caliente que la adyacente.
- Un dolor que empieza o aumenta en la zona de la herida, asociado a otros signos de inflamación a eritema varios días después de la cirugía debe ser motivo de preocupación.
- Todo exudado procedente de una herida que aparezca 48 horas después de la cirugía debe ser estudiado. El olor nauseabundo es un signo más claro de infección. Los exudados debidos a infección suelen aparecer a los 5-10 días de la intervención.

## 8.3. Cuidados de la herida quirúrgica.

- Lavado de manos antes y después de la manipulación de la herida.
- Limpiar de forma integral la herida y sus alrededores, intentando empezar por el centro de la lesión y hacia los bordes.
- Lavar únicamente con agua y jabón neutro, secar perfectamente y cubrir.
- Cubrir la herida con un apósito. El apósito deberá ser mantenido según las indicaciones del mismo y las características de la herida, pudiendo llegar a mantenerse en algunas situaciones entre 5 y 7 días (sin riesgo de infección).
- No bañarse en tina o alberca hasta que cicatrice la herida, esto evitara infecciones

## 8.4. Cuidados de sondaje vesical.

- La bolsa colectora se mantiene por debajo del nivel de la vejiga.

- No rebase más del 75 % de la capacidad de la misma.
- No esté colocada sobre el piso, superficie sucia o cualquier otro recipiente.
- La sonda vesical debe estar permanentemente conectada al sistema de drenaje y bolsa colectora.
- El dispositivo de salida de la misma esté colocado en la guarda y tenga cerrada su respectiva pinza.
- La sonda y tubo de drenaje permiten fluir la orina libremente. No estén pinzados, torcidos, acodados, colapsados o presionados por un objeto externo.
- No existan fisuras.
- La sonda no este flácida o sus paredes colapsadas.
- No existan fugas por ninguna causa.

#### 8.5. Cuidado y mantenimiento de traqueostomía.

Definición: La traqueostomía es la apertura de una estoma en la tráquea, con el fin de establecer una vía aérea artificial para asegurar la ventilación del paciente. El procedimiento puede ser quirúrgico o a través de una dilatación percutánea.

Cuidados de la traqueostomía:

- Se curación del estoma se debe hacer una vez por turno o según necesidad.
- La estoma debe mantenerse seco. Para la limpieza de la estoma se utilizarán gasas no tejidas (o sintéticas) estériles, se recomienda usar solución fisiológica estéril, y evitar colocar cremas o ungüentos.
- Se recomienda colocar una gasa en forma de “pantalón” entre las aletas de la cánula y la piel del paciente. Para ello se utilizarán gasas no tejidas estériles y para realizar los cortes se utilizará bisturí estéril o tijeras con hojas desinfectadas con alcohol 70%

Humidificación de la vía aérea del paciente traqueostomizado:

- Los pacientes que tienen una traqueostomía pierden su sistema natural de calentamiento y humidificación de los gases inspirados, con lo cual es fundamental proveerlos externamente para permitir un normal funcionamiento del sistema respiratorio. Para tal motivo se han diseñado diversos dispositivos:
  - Humidificadores activos: utilizados únicamente en pacientes bajo ventilación mecánica. Su principio se basa en agregar al gas inspirado temperatura y humedad haciendo circular el gas por una carcasa que contiene agua a más de 50°C.
  - Humidificadores pasivos: son dispositivos descartables que se utilizan tanto en pacientes en ventilación mecánica como sin ella.

#### Técnica de aspiración:

Si por algún motivo el paciente traqueostomizado no pudiera eliminar las secreciones bronquiales por sus propios medios, se debe recurrir a la aspiración mecánica de las mismas con presión negativa. Es aconsejable que la técnica de aspiración sea realizada por dos operadores para garantizar la esterilidad de la técnica. El procedimiento no debe realizarse de manera rutinaria.

#### Materiales:

- Equipo de aspiración
- Guantes estériles
- Sonda para aspirar
- Fuente de O<sub>2</sub>
- Oxímetro de pulso

#### Procedimiento para pacientes que ventilan espontáneamente:

- Lavarse las manos.
- Informar al paciente de la técnica a realizar, si está consciente.
- Monitorear signos vitales.

- Colocarse los guantes estériles.
- Conectar la sonda estéril al aspirador.
- Retirar la humidificación y desconectar al paciente de la fuente de oxígeno, si estuviese conectado a la misma.
- Introducir la sonda sin aspirar.
- Aspirar intermitentemente para evitar que la sonda se adhiera a la mucosa traqueal, aspirar no más de 10-15 segundos.
- Conectar al paciente de nuevo a la fuente de oxígeno y humidificación
- Repetir el procedimiento solo si es necesario
- Desechar los guantes y la sonda.
- Lavarse las manos.
- Monitoreo antes, durante y después del procedimiento:
  - Auscultación
  - saturación de O<sub>2</sub>
  - Frecuencia respiratoria y patrón ventilatorio
  - Tensión arterial
  - Frecuencia cardíaca
  - Característica de las secreciones
  - Características de la tos

## 9. Conclusiones

Con la elaboración de este proceso de atención enfermería, tomas una visión diferente del paciente, valorando no solo sus padecimientos actuales, sino la valoración focalizada por necesidades, que cuando una de ellas se ve afectada afecta a las demás de alguna manera, vez al paciente como el ser humano que es y no como objetivo de trabajo, logras con cada intervención conocer más allá de lo usual, buscando intervención acorde a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, en este caso me costó un poco la obtención de datos ya que era una paciente analfabeta sumado a ello tenia retraso psicomotriz de nacimiento, y abandono familiar por falta de oportunidades laborales, para la obtención de ingresos económicos para la estancia hospitalaria.

Como personal de enfermería tenemos la responsabilidad de explicar al paciente y la importancia de todos y cada uno de los procedimientos que se le realicen siempre con trato digno.

El proceso de atención de enfermería cumple un papel importante en la aplicación fundamentada de las intervenciones en pro del bienestar del paciente, con un índice de efectividad alto, ya que, si se notaron avances y mejoras en el estado de salud de la paciente, logrando los objetivos antes descritos de este trabajo.

## 10. Anexos

### 10.1. Técnica de aspiración de secreciones

**Concepto:** Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión, para mantener limpias las vías aéreas.

**Objetivo:** La aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial.

#### Requisitos:

- Pasos en el manejo de la vía aérea y la ventilación:
- Evaluación y monitorización de la ventilación.
- Asistencia mecánica Ventilatoria y oxigenoterapia.
- Evaluación de la permeabilidad.
- Limpieza y permeabilidad de la vía aérea.
- Cuidados a sonda endotraqueal.
- Cuidados a la cavidad oral.
- Prevención de neumonía asociada a la ventilación.

#### Material y equipo:

- Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared o portátil).
- Guantes desechables estériles.
- Solución para irrigación.
- Jeringa de 10 ml (para aplicación de solución para irrigación y fluidificar las secreciones de la sonda)





- Sondas para aspiración de secreciones (para adulto o pediátrica) para técnica abierta o sondas con circuito cerrado.
- Equipo para aspiración de secreciones estéril que contenga: Riñón de acero, 2 vasos estériles.
- Gasas estériles.
- Gafas de protección, bata y cubrebocas.

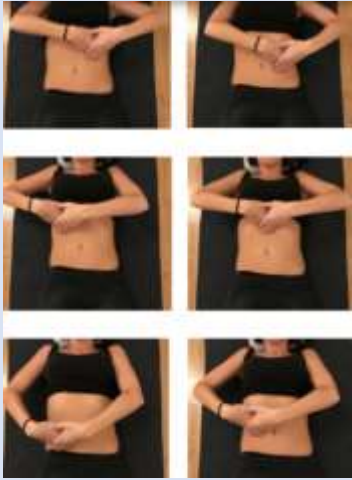

**Procedimiento: TECNICA CON CIRCUITO CERRADO**

1. Lavado de manos.
2. Se coloca los guantes.
3. Retira el sistema de aspiración cerrado de su envoltura.
4. Conecta el tubo en T a la conexión del equipo del ventilador.
5. Conecta la conexión al tubo endotraqueal.
6. Conecta la entrada de aspiración a la pared o portátil.
7. Presiona la válvula de control y establece la aspiración al nivel adecuado y libera la válvula de control.
8. Fija el tubo en T con la mano no dominante e introducir la sonda sin aspirar unos 10-12 cm hasta que el número de la sonda coincide con el número de la cánula endotraqueal.
9. Presiona la válvula de control para activar la aspiración, mantiene la válvula presionada, aspirar y retirar la sonda en forma rotatoria, no demorando más de tres segundos en cada repetición, repetir la operación cuando sea necesario.
10. Valorar los signos vitales del paciente: FR, FC y saturación de oxígeno, en caso de cambios importantes se debe detener la aspiración.
11. Entre cada aspiración permitir descansar al paciente o en cambios de signos vitales se recupere.
12. Instila de 5 a 7 mL de solución de cloruro de sodio al 0.9% dentro del manguito lateral del circuito de la sonda, presionar la válvula de aspiración dentro de la entrada u orificio de irrigación, en el momento en que vea la franja indicadora. Repite la maniobra hasta que la sonda esté limpio.

13. Gira la válvula de control hasta la posición de cerrado, retira la jeringa con solución fisiológica y cierra el orificio de entrada.
14. Coloca la etiqueta adecuada en la válvula de control para indicar cuando se debe cambiar el sistema.
15. Hiperoxigena al paciente si es necesario posterior a la aspiración de secreciones.
16. Ausculta los campos pulmonares.
17. Valorar los signos vitales y los registrar en el reporte de enfermería al igual que los cambios significativos.<sup>19</sup>

## 10.2. Masaje abdominal

1	Respiración abdominal. Utiliza un poco de crema o aceite y durante el primer minuto realiza respiraciones abdominales profundas.	
2	Preparación mediante presión suave. Empieza haciendo pases de frotamientos suaves por encima del abdomen. Haz los pases en círculo, en el sentido de las agujas del reloj, y procura que la presión sea suave, no dolorosa. Realiza este movimiento durante 3 minutos.	
3	Estimulación mediante vibración. Realiza 20 repeticiones haciendo el mismo movimiento pero aplicando vibraciones con las puntas de los dedos para estimular el abdomen y calentar la zona.	

4	<p>Estimulación mediante presión. Aplica presión desde la parte superior izquierda del abdomen descendiendo hasta la fosa ilíaca izquierda para estimular el colon descendente. Realiza 10 repeticiones. Haz lo mismo con el colon transverso, empezando por la parte superior derecha y dirigiéndote hacia la izquierda. Y finalmente, con el colon ascendente, desde la fosa ilíaca derecha en dirección ascendente hasta la parte derecha superior del abdomen.</p>	
5	<p>Estimulación mediante presión profunda. Durante 5 minutos aplica más presión con las manos superpuestas haciendo un movimiento en el sentido de las agujas del reloj empezando por la zona inferior derecha el abdomen. Nunca debes notar dolor al aplicar la presión. Empieza por el colon ascendente, situando las manos en la fosa ilíaca derecha y yendo en dirección ascendente hasta llegar al intestino transversal que se encuentra por encima del ombligo delimitado por el diafragma. A continuación, sigue en dirección transversal desde la derecha hasta la izquierda para estimular el colon transversal y, finalmente, desciende las manos estimulando el colon descendente hasta llegar a fosa ilíaca izquierda.</p>	
6	<p>Relajación. Por último, relaja el abdomen realizando 5 respiraciones profundas.</p>	

### 10.3. Escala Bristol

Es una tabla visual de uso en medicina, destinada a clasificar la forma de las heces humanas en siete grupos. Fue desarrollada por Heaton y Lewis en la Universidad de Bristol y se publicó por primera vez en el Diario escandinavo de gastroenterología en 1997.<sup>1</sup> La forma de las heces depende del tiempo que pasan en el colon.

## Escala de Bristol

<b>Tipo 1</b>		Pedazos duros separados. Como <b>nueces</b> (difícil excreción)
<b>Tipo 2</b>		Con forma de salchicha, pero grumosa ( <b>compuesta de fragmentos</b> )
<b>Tipo 3</b>		Con forma de salchicha, pero con <b>grietas</b> en la superficie
<b>Tipo 4</b>		Con forma de salchicha ( <b>o serpiente</b> ) pero lisa y suave
<b>Tipo 5</b>		Trozos <b>pastosos</b> con bordes bien definidos
<b>Tipo 6</b>		Pedazos <b>blandos</b> y esponjosos con bordes irregulares
<b>Tipo 7</b>		Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente <b>líquida</b>

## 10.4. Escala de Daniels

**Definición:** Escala de Daniels. Método que le permite a los fisiatras y fisioterapeutas, determinar el comportamiento de la potencia o fuerza muscular, desempeñada por un músculo individual o grupo.

**Objetivos:**

- Determinar la potencia de un músculo.
- Establecer un pronóstico rehabilitador.
- Medir la evolución de una afección clínica.
- Comparar la variable fuerza con respecto al movimiento de la articulación que se desplaza.

**Puntuación numérica:**

La escala permite la expresión de una puntuación numérica que va de 0 a 5 para evaluar el desempeño muscular por medio de una prueba manual, que generalmente es realizada por un profesional sanitario. El menor valor (0) implica ausencia de actividad, mientras que el mayor (5) representa una respuesta normal en términos de la contracción y del movimiento articular.<sup>24</sup>

**Escala:**

<b>Escala de Medición de Fuerza Muscular (Daniels)</b>	
<i>Grado</i>	<i>Descripción</i>
0	Ninguna respuesta muscular
1	Músculo realiza contracción visible/palpable sin movimiento
2	Músculo realiza todo el movimiento sin gravedad/sin resistencia
3	Músculo realiza todo el movimiento contra gravedad/sin resistencia
4	Movimiento en toda la amplitud contra gravedad + resistencia moderada
5	Músculo soporta resistencia manual máxima, movimiento completo, contra gravedad

## 10.5. Plan de ejercicios para fuerza muscular

1) Separar y juntar los brazos a ambos lados del cuerpo



2) Con las manos juntas, levantar y bajar los brazos



3) Doblar y estirar los codos, llevando las manos a la barbilla



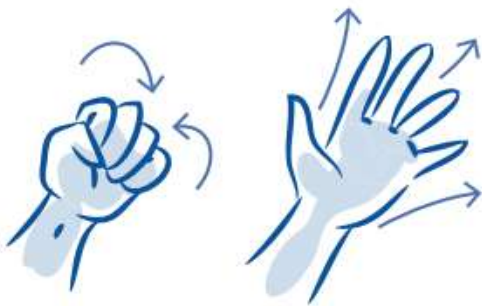
4) Subir y bajar las manos lentamente



5) Girar las muñecas en ambos sentidos



6) Cerrar y abrir las manos con fuerza



7) Mover los dedos como si estuviésemos contando



8) Doblar y estirar las rodillas con el pie apoyado en la cama



9) Separar y juntar las piernas lentamente sin elevarlas



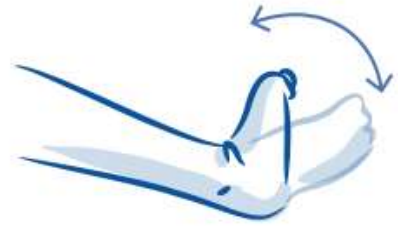
10) Levantar y bajar lentamente la pierna extendida; alternar ambas piernas

11) Mover los pies como pisando un pedal

10) Levantar y bajar lentamente la pierna extendida; alternar ambas piernas



11) Mover los pies como pisando un pedal



12) Girar todo el cuerpo a ambos lados de la cama; es posible ayudarse de la barandilla o apoyarse





## 10.6. Escala de Hamilton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

## 10.7. Cuidados de la herida quirúrgica

**Concepto:** conjunto de técnicas que se realizan sobre una herida considerando la misma desde la valoración y seguimiento, limpieza y aplicación de antisépticos hasta la colocación del apósito y el posterior registro de las actividades.

### Objetivos:

- Favorecer la cicatrización de la herida.
- Prevenir, controlar o eliminar la infección.

- Proteger la herida de daños adicionales.
- Proteger la piel circundante de infecciones y traumatismos.
- Aportar la mayor comodidad posible al paciente.

### **Medidas generales:**

- Utilizar técnica estéril.
- Realizar lavado de manos con agua y jabón o desinfectar con solución hidroalcohólica, antes y después de cada cura.
- No realizar curas en horas de comidas.
- Es preferible no introducir el carro de curas en la habitación (en tal caso deberá limpiarse y desinfectarse correctamente con posterioridad), utilizar bandeja.
- Evaluar siempre la herida, observando el estado y las etapas de cicatrización.
- Comprobar que no existan alergias por parte del paciente al antiséptico y/o esparadrapo. En tal caso, seleccionar otros materiales.
- Si existen pacientes con aislamiento de contacto, realizar la cura de sus heridas en último lugar.

### **Material:**

- |  |  |
|--|--|
| • Carro de curas/bandeja   | • Jeringa de 20 cc + aguja de 0,8 mm (21G)       |
| • Equipo de curas estéril: batea desechable, pinzas de disección y pinzas Köcher | • Solución salina estéril (SF) 0,9%              |
| • Gasas estériles  | • Clorhexidina 2% (preferible formato monodosis) |
| • Campo estéril de tela o de papel   | • Apósitos adhesivos y/o esparadrapo             |
| • Guantes estériles y limpios (no estériles)                                     | • Bata y mascarilla (si procede)                 |
| • Empapador  | • Bolsa de plástico                              |

## **Procedimiento:**

1. Realizar lavado las manos con agua y jabón o desinfectar con solución hidroalcohólica.
2. Descubrir sólo la zona necesaria para la cura.
3. Colocar el empapador en la mejor localización para proteger la cama.
4. Colocar guantes limpios (no estériles).
5. Retirar el apósito que cubre la herida sin tocarla. Si está pegado, humedecerlo con SF 0,9%.
6. Evitar tirar del apósito ya que podría afectar a la sutura o al tejido de cicatrización.
7. Retirar el apósito doblando sobre sí mismo para no contaminar y desechar junto con los guantes no estériles en la bolsa de basura.
8. Examinar y valorar la herida (color, dolor, inflamación, exudado).
9. Abrir el equipo de curas estéril.
10. Abrir dos paquetes de gasas estériles y humedecer con SF las necesarias. Del mismo modo dejar preparadas otras impregnadas en clorhexidina 2%.
11. Colocarse guantes estériles.
12. Realizar el lavado de la herida con técnica estéril utilizando jeringa de 20 cc con aguja de 0,8 mm (21G) para irrigar con SF 0.9% de forma lenta y con flujo continuo desde el sitio más limpio al más contaminado.
13. Repetir la limpieza hasta que se eliminen los restos/exudado.
14. Secar a toques, sin arrastrar, los bordes de la herida con gasas estériles desde el sitio más limpio al más contaminado.
15. Pincelar con clorhexidina 2% que dejaremos secar 15-30 segundos antes de cubrir la herida con el apósito estéril.
16. Si hay exudado colocar una capa de gasas dobladas sobre sí mismas encima de la herida y luego el apósito estéril.
17. Separar y desechar los desechos, material utilizado y guantes estériles en la bolsa de basura.

18. Realizar lavado las manos con agua y jabón o desinfectar con solución hidroalcohólica.
19. En el caso de utilizar carro de curas, sacar el carro de la habitación para su limpieza, desinfección y reposición. De igual manera, no olvidar dejar la bandeja para su limpieza y desinfección.
20. Informar al paciente y/o familiar de la evolución de la herida y recomendar la posible movilización según cada caso.
21. Informar al médico responsable de la evolución de la herida, si no ha sido valorada previamente.
22. Registrar los cuidados realizados.<sup>30</sup>

## 11. Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería. [Internet]. 2022.[Consultado: 16 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
2. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud. [Internet].2013. Consultado: 16 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR41.pdf>
3. García GMC. Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería. Rev. Electrónica de PortalesMedicos [Internet].2015.[Consultado: 16 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>
4. Hernández MC, Frutos MM. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Universidad de Valladolid. [Internet].2015. [Consultado: 16 de enero de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/211101228.pdf>
5. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Virginia Henderson. [Internet]. 2013 [Consultado: 16 de enero de 2022]. Disponible en: <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>
6. Reina G., Nadia Carolina. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010 [Consultado: 16 de enero de 2022]; (17):18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
7. García PJA, Hurlé JM. Capítulo 8. Aparato digestivo: Intestino grueso. Anatomía Humana. 1º edición. España. Ed. McGRAW-HILL;2005: pp 410-414.

8. Marieb EN. Capítulo 14. El sistema digestivo y el metabolismo corporal. Anatomía y Fisiología Humana. 9° edición. España. Ed PEARSON EDUCACIÓN S.A; 2008: pp 477 – 479.
9. Hernández CJ, De León RJL, Martínez LMS, Guzmán OJD, Palomeque LA, Cruz LN, Ramírez HJ. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [Revista en Internet]. 2019. [Consultado: 28 de enero de 2022]; 41(1):33 – 38. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992019000100033](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033)
10. Abelardo Murúa MOA, González FMA. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev. Med, UAS. [Revista en Internet]. 2020. [Consultado: 28 de enero de 2022]:10 (4). Disponible en: [http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n4/apendicitisaguda\\_resumen.html#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20cl%C3%ADnico%20de%20apendicitis%20aguda%20es%20incierto,ultrasonido%2C%20la%20tomograf%C3%ADa%20computarizada%20y%20la%20resonancia%20magn%C3%A9tica.](http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n4/apendicitisaguda_resumen.html#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20cl%C3%ADnico%20de%20apendicitis%20aguda%20es%20incierto,ultrasonido%2C%20la%20tomograf%C3%ADa%20computarizada%20y%20la%20resonancia%20magn%C3%A9tica.)
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de referencia Rápida. Diagnóstico de Apendicitis Aguda. [Internet]2009. México. [Consultado: 29 de enero de 2022]. Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/031GRR.pdf>
12. De la Torre PJE, Mo YG, Magaña OF, Villa GCL, Valdez AA, Ríos TAL, Ceja MC. Actualidades de apendicitis aguda en urgencias médicas. Rev Med UAS [Revista en Internet]. 2018. [Consultado: 28 de enero de 2022]:8 (2). Disponible en: <https://1library.co/document/z1dmlj8e-actualidades-apendicitis-aguda-urgencias-m%C3%A9dicas-torre-paz-je.html>
13. Garro UV, Rojas VS, Thuel GM. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Revista Médica Sinergia. [Revista en Internet]. 2019. [Consultado: 28 de febrero de 2022]:4 (12).

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms1912a.pdf>

14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica clínica. Tratamiento de la apendicitis aguda. [Internet] 2009. México. [Consultado: 28 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS\\_049\\_08\\_TRATAMIENTO\\_DE\\_LA\\_APENDICITIS\\_AGUDA/IMSS\\_049\\_08\\_EyR.pdf](http://cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_049_08_TRATAMIENTO_DE_LA_APENDICITIS_AGUDA/IMSS_049_08_EyR.pdf)
15. Parra AA. Posiciones anatómicas. Universidad Autónoma de México. [Internet]. 2019 [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://idoc.pub/documents/posiciones-anatomicas-d47edmkz7yn2>
16. Pineda TD, Prieto MS. Interpretación de la gasometría. Hospital universitario de la Fuenlabrada. [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.aebm.org/images/activos/CURSOS/FUENLABRADAGASOMETRIAS/M03ModuloIIIb.pdf>
17. Bazano D, Rivero F. Auscultación ruidos respiratorios. Universidad Autónoma de Chile. [Internet] 2021. [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://idoc.pub/documents/idocpub-d47e1zrzpjin2>
18. Clínicas de Chile. A.G. Trato digno al paciente. [Internet] 2016 [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/11/71.pdf>
19. Intriago RC. Manejo de la vía aérea. Universidad Autónoma de México. [Internet] 2021 [Consultado: 02 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://tic.eneo.unam.mx/files/OA/Practica%20Manejo%20Via%20Aerea.pdf>
20. Revoreda MA. Llenado de la hoja de los registros clínicos, y notas de enfermería durante el transoperatorio. [Internet] 2016 [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <http://cufcd.edu.mx/calidad/v20/documentacion/CM/CEMA-MN-E-9.pdf#:~:text=Los%20registros%20cl%C3%ADnicos%20as%C3%AD%20como%20las%20notas%20de,enfermera%20referente%20al%20paciente%20durante%20el%20acto%20quir%C3%BArgico.>



21. Calvo CR, Escudero JM, Ibáñez MR. Actuación enfermera en paciente con estreñimiento. Revista portales médicos [Internet] 2021 [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/actuacion-enfermera-en-paciente-con-estrenimiento/>
22. Rubio GMR, Rojas AA, Rufián MBM. Estreñimiento: intervenciones enfermeras y tipos de laxantes. Revista portales médicos [Internet] 2018[Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estrenimiento-intervenciones-enfermeras-tipos-laxantes/>
23. Calviño GI, Hermosin AA, Pereira JE. Estreñimiento. Cuidados de Enfermería. Revista portales médicos [Internet] 2017[Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estrenimiento-cuidados-enfermeria/#:~:text=Cuidados%20de%20enfermer%C3%ADa%3A%20el%20profesional%20enfermero%20prestar%C3%A1%20las,atender%20la%20urgencia%20al%20defecar%20o%20acudir%20>
24. Hernández BD. Examen físico para determinar la Potencia Muscular. [Internet] 2017[Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion-bio/temas.php?idv=20130>
25. Álvarez C. Ejercicios para pacientes en cama. [Internet] 2021 [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://lifestyle.fit/entrenamiento/rutinas/ejercicios-pacientes-cama>
26. Rincon TM. Fisioterapia para el estreñimiento crónico: técnica del masaje abdominal. [Internet] 2017 [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: [https://www.mowoot.com/es/masaje\\_estrenyimiento\\_cronico/#:~:text=El%20masaje%20abdominal%20es%20la%20t%C3%A9cnica%20que%20aplica%20mos,la%20musculatura%20profunda%20y%20mediante%20la%20presi%C3%B3n%20](https://www.mowoot.com/es/masaje_estrenyimiento_cronico/#:~:text=El%20masaje%20abdominal%20es%20la%20t%C3%A9cnica%20que%20aplica%20mos,la%20musculatura%20profunda%20y%20mediante%20la%20presi%C3%B3n%20)
27. Seguro Social Universitario Colombiana. Procedimiento: baño de esponja-enfermería de hospitalización. [Internet] [Consultado: 27 de julio de 2022].

Disponible en: <https://studylib.es/doc/4436684/ba%C3%B1o-de-esponja-1.-concepto-es-el-aseo-general-que-se>

28. Ministerio de salud. Hospital de emergencias pediátricas. Guía de procedimiento: alimentación enteral por sonda nasogástrica. [Internet] [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www1.hep.gob.pe/pdfs/guias/PARA%20REVISION/AlimenEnteral.pdf>
29. Universidad Industrial de Santander. Protocolo administración de medicamentos. [Internet] 2016 [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en:  
<http://www1.hep.gob.pe/pdfs/guias/PARA%20REVISION/AlimenEnteral.pdf>
30. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. [Internet] 2020 [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>
31. Medifácil. Guía sobre el cuidado de heridas. [Internet] 2020 [Consultado: 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://info.medifacil.com/wp-content/uploads/2020/07/Gu%C3%ADa-Sobre-el-Cuidado-de-Heridas-AO-1.pdf>
32. San Martín YA. Cura de heridas quirúrgicas. Protocolo de actuación. Universidad Pública de Navarra. [Internet] 2014. [Consultado: 02 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11280/AguedaSanMartinLoyola.pdf?sequence=1>