

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL

Quezada Urban Rosalía
rosieurban@hotmail.com

Aguilar Hernández Paulina
Sánchez Cruz Beatríz

Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería
FES Iztacala - UNAM

ASESORÍA:

L.E.O. María Aidé Moreno Gómez
Licenciada en Enfermería y Obstetricia
Profesora de asignatura "A". Facultad de Estudios Superiores Iztacala - UNAM
maria.moreno@campus.iztacala.unam.mx

Para citar este documento:

Acevedo M, Bueno MS. Proceso de enfermería a paciente con úlceras por presión. *Cuidarte*. 2012; 1(2): 57-71.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2012.1.2.69058>

PROCESO DE ENFERMERÍA

REVISTA ELECTRÓNICA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA FESI-UNAM.
Se autoriza la reproducción parcial o total de este contenido,
sólo citando la fuente y su dirección electrónica completas.

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL

RESUMEN

Se aplica un proceso enfermero a un paciente masculino de 51 años que es intervenido quirúrgicamente realizando colecistectomía abierta, la cual se complica debido a migración de un lito vesicular a páncreas iniciando con Diagnóstico de Pancreatitis aguda.

La valoración se realizó con la teoría de los patrones funcionales de Marjory Gordon teniendo alteraciones en el patrón de actividad- ejercicio con datos de disnea, sialorrea, traqueostomía con secreciones espesas y purulentas verdosas. En el patrón nutricional metabólico se encuentran datos como drenaje con gasto biliar en la sonda orogástrica y drenaje serohemático fétido del penrose, también presenta evisceración cubierta con bolsa de Bogotá visualizando epiplón y asas intestinales, así como destrucción de las capas de la piel debido a procedimientos quirúrgicos. Otro patrón alterado es el cognitivo perceptual debido a que el paciente refiere un EVA de 6 y quejidos al realizar procedimientos. Se jerarquizaron los diagnósticos de acuerdo a los patrones funcionales con mayor alteración. Las etiquetas utilizadas fueron, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Desequilibrio nutricional, Dolor agudo y Deterioro de la integridad cutánea.

Las intervenciones principales fueron: Cuidados de la de traqueostomía, Aspiración de secreciones, Nutrición parenteral, Manejo del dolor y Cuidados de la herida quirúrgica.

El paciente logra una estabilidad hemodinámica a excepción de la temperatura manteniendo datos insidiosos de infección.

Se aplicaron cuidados de enfermería de manera oportuna y eficaz de acuerdo a la respuesta de la persona con logros significativos involucrando nuestros conocimientos adquiridos proporcionando siempre un cuidado holístico y con alto humanismo.

ABSTRACT

Nursing process is applied to a male patient of 51 years old who is surgically intervened for an open cholecystectomy, which complicates due to the migration of a gallstone to the pancreas initiating with an acute process of pancreatitis.

To assess we use the functional patterns of the theoretical Marjorie Gordon having several alterations in the activity-exercise pattern with signs of dysnea, sialorrhea, the tracheostomy presents thick and purulent secretions. In the nutritional-metabolic pattern we found biliary drainage spending in the orogastric tube and fetid serous drainage proceeding from the Penrose, there's also evisceration covered with a "Bolsa de Bogota" we can observe the omentum and bowel loops as well as the destruction of the skin layers due to the surgical procedures. Also the cognitive perceptual pattern is affected due to a score of 6 in scale of VAS and whining in every procedure.

We manage to rank diagnosis according to the altered functional patterns. The labels applied were: Ineffective airway clearance, imbalanced nutrition, acute pain and impaired skin integrity.

The main interventions were: Tracheostomy Tube Care, Airway Management, Nutrition Management, Pain Management and Wound Care.

The patient manages to have a hemodynamic stability except for the temperature which keeps throwing data of an insidious infection.

The care was given in a very efficient way and in time according to the human response having a very significant achievements and it also allows us to apply the acquired knowledge providing an holistic care and humanism.

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería(PAE) es un método racional, sistemático de planificación y proporciona cuidados de enfermería con el propósito de identificar el estado de salud del paciente sus problemas de salud reales y potenciales para poder establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermedades específicas que cubran tales necesidades.

Además de que es un proceso cíclico, en donde sus componentes siguen una secuencia lógica, pero en un determinado momento puede participar más de un componente. Al final del primer ciclo los cuidados pueden concluirse si se han alcanzado los objetivos, puede continuar con una nueva valoración, o bien modificar el plan de cuidados.

El PAE se realizó a un adulto de 51 años de edad quien presenta un diagnóstico de pancreatitis aguda con alteración metabólica. Se realizó la valoración, detectando alteraciones y habilidades en el estado de salud del paciente, en base a la teoría de los patrones funcionales de Marjory Gordon, con la cual realizamos un plan de cuidados jerarquizando los patrones más afectados y dando así cuidados oportunos al paciente.

La pancreatitis aguda es un síndrome clínico que se produce por inflamación, autodigestión pancreática, necrosis y hemorragia, desde el punto de vista clínico, la pancreatitis aguda es una causa frecuente e importante de dolor agudo en la región epigástrica, náuseas, vómito y fiebre.

En el caso del paciente Marcos se desarrolla posterior a cirugía (colecistectomía) complicándose cuando un cálculo vesicular se traslada por el conducto biliar común, a través del colédoco, siguiendo una trayectoria por medio del conducto de Santorini y se aloja en la Ampolla de Váter, bloqueando el flujo de jugo pancreático hacia el duodeno, ocasionando inflamación generalizada del páncreas, lesión del parénquima y del epitelio de los conductos pancreáticos pudiendo producir incluso la muerte.

JUSTIFICACIÓN

La utilización del PAE nos permite dar un cuidado de manera íntegra y con un fundamento científico dándonos la oportunidad de incluir nuestro conocimiento adquirido tanto en la práctica como en clase, permitiendo formar un juicio clínico basado en la estandarización de cuidados y diagnósticos.

Nos permite también aportar nuestro pensamiento crítico en la toma de decisiones al momento de realizar la planificación y la evaluación dando así una formación sólida a nuestra enseñanza y a nuestro desarrollo como futuros profesionistas, nos brinda la oportunidad de entrar al campo de investigación ya que aplicamos una metodología científica en la construcción y aplicación de nuestros cuidados enfermeros.

MARCO TEÓRICO

FISIOPATOLOGÍA

La pancreatitis aguda es un síndrome clínico que se produce por inflamación, auto digestión pancreática, necrosis y hemorragia, desde el punto de vista clínico, la pancreatitis aguda es una causa frecuente e importante de dolor agudo en la región epigástrica, náuseas, vómito y fiebre.

En el caso del paciente Marcos se desarrolla posterior a cirugía (colecistectomía) complicándose cuando un cálculo vesicular se traslada por el conducto biliar común, a través del colédoco, siguiendo una trayectoria por medio del conducto de Santorini y se aloja en la Ampolla de Váter, bloqueando el flujo de jugo pancreático hacia el duodeno, ocasionando inflamación generalizada del páncreas, lesión del parénquima y del epitelio de los conductos pancreáticos, hay activación y liberación de enzimas proteolíticas y lipolíticas en el intersticio del páncreas, se activa el tripsinógeno en forma de tripsina, del mismo modo se activan la Lipasa y fosfolipasa esto origina obstrucción y lesión de las células acinares ocasionando auto digestión, isquemia micro vascular y lesión progresiva del

páncreas originando una alteración en el estado nutricional metabólico ocasionando la disminución del metabolismo y asimilación de los nutrientes.

Las enzimas pancreáticas activadas entran al torrente sanguíneo y pueden provocar efectos en otras partes del organismo, las fosfolipasas que circulan interfieren con la función normal del surfactante pulmonar, lo que contribuye a la aparición de un síndrome de distress respiratorio del adulto, por tal motivo es necesario mantener vías aéreas permeables, ausente de secreciones y por esta razón se realiza el procedimiento invasivo de aspiración de secreciones siendo este un factor frecuente e substancial para la aparición de infecciones pulmonares como sucedió en este caso.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar y ejecutar de manera eficaz y optima el proceso enfermero para dar un cuidado holístico tanto al paciente como a la familia, permitiendo poner en práctica nuestros conocimientos adquiridos en clase proporcionando un cuidado integro y de calidad.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Valorar los datos clínicos del paciente de acuerdo a los patrones funcionales de Marjory Gordon
- Formular diagnósticos reales, potenciales y de salud enfocados a una evolución favorable para el paciente.
- Elaborar objetivos para el paciente a largo, mediano y corto plazo.
- Establecer planes e intervenciones de acuerdo a los patrones alterados.
- Evaluar la respuesta del paciente a las intervenciones e identificar el éxito obtenido de las mismas.

METODOLOGÍA

Se selecciono el caso debido a la clase de cuidados que se brindan, tanto al paciente como a la familia, con la oportunidad de dar el cuidado integral y seguir la evolución del paciente.

Con el fin de llegar a un diagnóstico enfermero exacto, hemos empleado en la valoración el modelo por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Durante la valoración fue cuando logramos crear un vínculo de amistad con el paciente y la familia. El cual nos muestra un planteamiento humanista pero además supone un desarrollo integral de los procesos vitales que afectan a la salud

Se jerarquizaron las necesidades funcionales del paciente y utilizamos la taxonomía NANDA debido a que es fundamental en la formación de enfermeros proporcionando un razonamiento hipotético y pensamiento crítico.

Se planearon y ejecutaron las intervenciones. En esta etapa se logro obtener la confianza del paciente, mostrando siempre fundamentos científicos en la realización de los cuidados.

En la etapa de evaluación utilizamos como herramienta la Clasificación de Resultados Enfermeros (CRE) con la cual pudimos analizar la respuesta y la evolución del paciente a las intervenciones poder tomar decisiones en la revaloración y seguir con el ciclo del PAE.

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE	Díaz Jiménez Marco Enrique
EDAD	51 años
GENERO	M
OCUPACION	Empleado
ESCOLARIDAD	Preparatoria
RELIGION	Católico
LUGAR DE RESIDENCIA	Col. Rincón del Valle Tlalnepantla
SERVICIO	Cirugía General
CAMA	A-2
FECHA INGRESO	120312
DX MEDICO	Pancreatitis aguda edematosa + infección pulmonar

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

La esposa refiere presentar gastritis como enfermedad anterior a la actual, refiere que su madre (finada) presentaba HAS, DM2, el cual ingresa al Hospital General de Zona No. 72 por dolor abdominal, y vómitos frecuentes.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente masculino adulto de 51 años de edad inicia padecimiento el día 2 Marzo de este año con dolor abdominal el cual no da importancia se automedica se desconoce medicamento, ingresa al servicio de terapia intensiva el día 12 de Marzo canalizado de hospital particular, refiere presentar dolor abdominal, vómitos muy frecuentes, hematemesis, meteorismo ingresa a quirófano a realizar colecistectomía abierta, la cual se complica debido a que un lito de vesícula biliar emigra a páncreas iniciando con un Dx: Pancreatitis aguda edematosa siendo posteriormente llevado a cirugía general llevando 7 días de estancia.

INDICACIONES MÉDICAS
<input checked="" type="checkbox"/> NPT parámetros establecidos
<input checked="" type="checkbox"/> CGE Y SVT
<input checked="" type="checkbox"/> Semifowler
<input checked="" type="checkbox"/> Control de líquidos
<input checked="" type="checkbox"/> Cuidados de la HxQx
<input checked="" type="checkbox"/> Cuidados de drenaje y penrose: cuantificación de gasto por turno.
<input checked="" type="checkbox"/> DxTx c/4 hrs y reportar
<input checked="" type="checkbox"/> Aspiración frecuente de secreciones
<input checked="" type="checkbox"/> Fisioterapia pulmonar
<input checked="" type="checkbox"/> Cuidados a la traqueotomía
<input checked="" type="checkbox"/> Control de temperatura por medios físicos
<input checked="" type="checkbox"/> SF a derivación cuantificar gasto por turno
<input checked="" type="checkbox"/> Vendaje en MsPs
<input checked="" type="checkbox"/> Sol. salina p/PVC
<input checked="" type="checkbox"/> Sol. salina 1000cc + 60 mEq de KCL p/24hr

MEDICAMENTOS

• Piperazilina tazobactan 4.5g c/6hrs IV
• Amikcina 1g IV en 10000cc mas 60 mEq de KCL p/24 hrs
• Fluconazol 200mg IV c/12hrs
• Metamizol 1g IV diluido previa TA c/8hrs
• Enalapril 10 mg Sublingual c/8 hrs TA mayor a 140/90
• Buprenorfina 150mg IV c/8hrs
• Ketorolaco 30mg IV c/8 hrs
• Haloperidol 5mg IV c/8
• Furosemide 40mg IV c/8

MNB con salbutamol 0.5 + 1cc de bromuro de iratropio + 2.5 cc de sol. Fisiológica 0.9% c/6hrs

DxTx por turno 180-240= 3U 241-400= 6U +400=9U

Programar tomografía axial computarizada abdominal simple contrastada

VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS DE MARJORY GORDON

HABITUS EXTERIOR

Adulto masculino de edad mayor a la cronológica, aparentemente integro, postrado en cama con traqueotomía ,ligeramente ictérico con SNG, con sonda y cánula orofaríngea, porta acceso venoso periférico en MTD, se observa dehiscencia de herida quirúrgica en abdomen con bolsa de Bogotá con epiplón y asas intestinales visibles, penrose con bolsa de colostomía con secreción serohemática en hipocondrio derecho, con sonda Foley con hematuria y concentrada, de fascies tristes, de angustia, y de dolor, ojos abiertos todo el tiempo, de constitución delgada, se encuentra orientado, y cooperativo, porta pañal y sabana clínica.

1.- PATRÓN NUTRICIONAL/METABÓLICO

Peso: 60kg	Talla: 1.66 m	Temperatura: 38.2 °C	Glicemia capilar: 200 mg/dl
---------------	------------------	-------------------------	-----------------------------------

Lesión	Características	Localización
Úlcera por presión	Secreción fétida, color marrón se clasifica en estadio 2 de aproximadamente 2 cms	Región lumbosacra
Dehiscencia de herida quirúrgica	Cubierta con bolsa de Bogotá con secreción serohemática, con penrose en hipocondrio derecho drenando liquido serohemático, con bolsa de colostomía.	Abdomen

Observaciones: Mucosas semihidratadas, cabello delgado limpio, color negro, buena implantación, uñas limpias, largas y amarillas, presencia de sarro en dientes, pirosis y regurgitación, tiene nutrición parenteral y presenta sonda nasogástrica y orogástrica con gasto biliar de 300cc.

2.- PATRÓN ELIMINACIÓN

Sonda vesical Foley #16	Drenando 4300ml orina concentrada con hematuria olor característico intenso.
Penrose en hipocondrio derecho	Secreción serohemática
Gastrointestinal	Diarrea, melena olor fétido

Observaciones: Paciente diaforético con olor fétido, presenta halitosis, sigue presente meteorismo, la esposa refiere que tiene dolor al evacuar, distensión abdominal, y presencia de con.

3.-PATRÓN ACTIVIDAD/EJERCICIO

FC:	TA:	PVC :	Llenado capilar:	FR:
91 lpm	140/80 mmHg	12 cmH2O	2 seg.	24 rpm

Presenta un catéter venoso periférico en MTD con fecha de instalación del 28-marzo-2012.

Campos pulmonares: con rudeza respiratoria, a la auscultación con estertores basales finos, bilaterales, secreciones oro faríngeas verdosas, secreciones broncopulmonares sanguinolentas, verdosas espesas, presencia disnea, estertores, diafonía y epistaxis antes de la colocación de las cánulas.

4.- PATRÓN ACTIVIDAD/EJERCICIO

Paciente con fuerza muscular débil, tiene limitaciones para el movimiento ya que es un paciente que esta postrado a la cama las 24 hrs, su esposa mantiene su lugar asignado en el hospital ordenado.

8.-PATRÓN VALORES /CREENCIAS

Dice la esposa que está resentido con dios porque él iba a misa y rezaba como fue que le paso esa enfermedad que está viviendo.

5.- PATRÓN REPOSO/SUEÑO

Paciente que tiene mucha dificultad para conciliar el sueño, solo duerme 1 o 2 horas siendo de mala calidad, se observan ojeras, paciente que tiene lapsos de confusión, se observa que tiene una postura de cansancio, presenta edema palpebral.

6.-PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTUAL

Glasgow:	EVA:	Diámetro pupilar de 3mm
11 pts.	7 pts.	en ambos ojos, movimientos oculares lentos y coordinados, no hay fotorreacción

Observaciones: Paciente consiente, responde a órdenes, cooperador, contesta con movimientos de cabeza sí o no, a veces confuso, presenta problemas con la concentración, tiene fuerza y tonicidad disminuidas, tiene extremidades hipotróficas, indicios de apraxia y dolor; la familia esta enterada de su estado de salud pero sus hijos muestran indiferencia hacia él.

7.- PATRÓN AUTOCONCEPTO/ AUTOPERCEPCION

La esposa refiere que el paciente está preocupado por su estado de salud, tiene miedo a la muerte, refiere la esposa que tiene miedo a su aspecto físico, cicatrices etc, dice estar preocupado por sus hijos que no lo visitan y por los gastos que tiene con ellos y al estar hospitalizado y su esposa cuidándolo no hay entradas de dinero, se observa su estado de ánimo triste, depresivo, al preguntarle algunas cosas sobre su familia hay llanto, tiene dificultad para relajarse.

PLANES DE ENFERMERÍA

PATRÓN ALTERADO	DX. DE ENFERMERÍA (NANDA)	INTERVENCIONES (NIC)	FUNDAMENTACIÓN
<p>Actividad Ejercicio</p>	<p>DIAGNOSTICO: Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c secreciones bronquiales excesivas m/p disnea</p> <p>OBJETIVO: El paciente mantendrá vías aéreas permeables con ayuda de medidas de detección y prevención para un patrón respiratorio eficaz del mismo modo se administrara al paciente la concentración de oxígeno necesario y prescrita para mejorar su estado respiratorio Evitar factores de riesgo que involucren alguna alteración de su salud.</p>	<p>Aspiración de vías aéreas *Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración bronquial. *Disponer precauciones universales: guantes, gafas, cubre bocas. *Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal *Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal después del término de la aspiración. *Anotar el tipo y cantidad de las secreciones obtenidas.</p> <p>Manejo de vías aéreas *Colocar al paciente en posición que permita que el potencial d ventilación sea el máximo. *Eliminar secreciones fomentando la tos *Auscultar sonidos respiratorios observando disminución o ausencia d ventilación *Administrar broncodilatadores: salbutamol. *Administrar aire u oxígeno humidificado</p> <p>Oxigenoterapia * Eliminar secreciones bucales y nasales *Mantener la permeabilidad de vías aéreas *Administrar oxígeno suplementario *Vigilar el flujo de litro de oxígeno *Vigilar signos de hiperventilación inducida por el Oxígeno</p>	<p>*Al auscultar los pulmones podemos encontrar sonidos respiratorios anormales. *Evitar el contacto de la piel o mucosas con sangre o secreciones de precaución universal con el objeto de prevenir la exposición de la piel y mucosas, con de líquidos corporales o sangre que este potencialmente infectado. *Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones. *El paciente con traqueotomía corre el riesgo de adquirir una infección, ya que se establece una línea directa de comunicación entre el medio ambiente y el árbol bronqueal. *Para un estricto control y observar el progreso del paciente registrar color , consistencia de las secreciones *La tos es un reflejo por el cual el bronquio elimina las secreciones o cuerpos extraños que puedan entrar en él. * Se utiliza en el tratamiento del asma bronquial, bronco-es-pasmo reversible y otros procesos asociados a obstrucción reversible de las vías respiratorias como bronquitis y enfisema pulmonar, bronquiectasia e infecciones pulmonares. * La terapia de oxígeno está indicada con el objetivo de mitigar la hipoxia tisular *Se ha demostrado que la cavidad bucal es un origen de neumonías asociadas a la atención sanitaria (HAP), incluida la neumonía asociada a la ventilación (NAV).1 Las bacterias colonizan la zona orofaríngea, incluida la placa dental.2,3 Una vez aspirados, estos patógenos pueden provocar infecciones * El manejo de la vía aérea constituye la primera prioridad en la atención de todo paciente, el uso de cualquiera de los métodos de control de esta requiere de mantener la cabeza alineada y en lo posible hacer coincidir los ejes del cuerpo, traqueal y laríngeo. La disponibilidad de Oxígeno al nivel de los alvéolos pulmonares está directamente relacionado al volumen de aire inspirado (V), la frecuencia respiratoria por minuto (FR) y el porcentaje de oxígeno en el aire inspirado (FIO2)</p>

HORA	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>26-30 Marzo-12</p> <p>De 7:00-13:00</p>	<p>*Se determino necesidad de aspiración traqueal.</p> <p>*Se auscultaron sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p> <p>*Se reúne material necesario guantes, gafas, cubre bocas, equipo de aspiración, jeringa 10ml, sondas de aspiración (nelaton) previos a la aspiración .</p> <p>*Se hiperoxigena al paciente al 100%</p> <p>*Se procede a la aspiración de secreciones.</p> <p>*Se limpia la zona de estoma traqueal al término de la aspiración.</p> <p>*Se determinan los segmentos pulmonares que necesitan ser palmopercutidos después de cada vez que se moviliza al paciente.</p> <p>*Se realiza percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando pared torácica rápida.</p> <p>*Se administran broncodilatadores como salbutamol.</p> <p>*Se vigila el flujo de oxigeno y aporte de oxigeno continuamente.</p> <p>*Se procede limpieza bucal con colutorios.</p>	<p>*Se auscultaron sonidos respiratorios encontrando escuchando secreciones bilaterales, roncus.</p> <p>*Al paciente antes de nuestra llegada al servicio ya se realizaba aspiración de secreciones siendo la técnica inadecuada , muy deficiente y con la técnica errónea, el alumno pide la autorización de poder aspirarlo y reúne el material necesario para la aspiración guantes, cubre bocas, gafas, equipo de aspiración jeringa, sondas de aspiración etc.</p> <p>*Se hiperoxigena al paciente, y se procede a la aspiración de secreciones observando que están fétidas, verdes, espesas.</p> <p>*Al termino de la aspiración se procede a bañar al paciente se auscultan campos pulmonares y se procede a la palmo percusión de manera firme observando que el paciente sigue arrojando secreciones, se percuten ambos segmentos pulmonares juntando las manos y golpeando pared torácica.</p> <p>*Se le administran 3 disparos de salbutamol a las 10:00 notando que el paciente disminuye su ansiedad se le nota más tranquilo.</p> <p>El paciente, al termino de cada aspiración, lograba mantener limpias las vías aéreas; eso mejoraba mucho la oxigenación pero debido a la infección pulmonar que presentaba, seguía con la incapacidad de eliminar secreciones; el personal de salud dio aspiraciones continuas y efectivas al paciente para su comodidad. Disminuyeron las secreciones de verdes a amarillas, se estabilizaron los signos vitales del paciente, mejoro el estado de la piel debido a la falta de higiene que por parte del personal operativo no se proporcionaba, con ayuda de los colutorios el paciente se mantuvo más limpio y disminuyo la ansiedad, se logra cumplir el objetivo a un 60%.</p>

PATRON ALTERADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Nutricional/metabólico</p>	<p>DIAGNOSTICO: Desequilibrio nutricional r/c incapacidad para ingerir y digerir alimentos m/p Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos y peso inferior al ideal.</p> <p>OBJETIVO: Mantener un estado nutricional optimo, determinar un aporte calórico adecuado con ayuda del dietista para colaborar en las necesidades nutricionales que requiera el paciente.</p>	<p>Administración de nutrición Parenteral Total *Ayudar en la inserción de la línea central para mezclar los nutrientes *Comprobar NPT para verificar los nutrientes. *Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones. *Utilizar una bomba de infusión para aportación de las soluciones *Evitar pasar rápidamente la NPT.</p> <p>Manejo de la nutrición *Determinar en colaboración de la dietista el número de calorías, tipo de nutrientes necesarios. *Realizar una selección de comidas *Ajustar dietas al estilo de vida del paciente *Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional *Determinar las preferencias de comidas del paciente</p> <p>Monitorización nutricional *Vigilar tendencias de pérdidas y ganancias de peso *Observar la piel si está seca, descamada o despigmentada, controlar turgencia de la piel, observar si el pelo está seco, fino o fácil de caer *Vigilar los niveles de energía malestar, malestar, fatiga y debilidad *Determinar si el paciente necesita dieta especial *Observar si se producen nauseas y vomito</p>	<p>*La alimentación parenteral es una técnica de soporte nutricional artificial cuyo objetivo es mantener el estado nutricional correcto del paciente cuando la vía enteral es inadecuada o insuficiente. *La nutrición parenteral se administra por vía intravenosa por ejemplo en un catéter venoso central en la vena cava superior. Como las soluciones parenterales son hipertónicas, se inyectan únicamente en venas centrales de alto flujo, en las que se diluyen con la sangre del paciente. *Las soluciones de NPT contienen entre un 10% y un 50% de dextrosa en agua, mas una mezcla de aminoácidos aditivos especiales, como vitaminas y oligoelementos. Los aditivos se modifican según las necesidades nutricionales de cada paciente *La NPT no esta exenta de riesgos. El control de infecciones tiene la máxima importancia durante la NPT. El enfermero debe observar siempre una técnica aséptica cuando se cambien las soluciones, los conductos, los vendajes y los filtros. *Como las soluciones de NPT contienen mucha glucosa, su infusión empieza gradualmente para evitar hiperglucemias. El paciente va adaptándose a la NPT al ir aumentando la producción de insulina desde el páncreas *En este tipo de pacientes es de suma importancia el mantenimiento del peso corporal ya que es esencial para mantener un equilibrio que cubra las demandas del organismo para llevar a cabo de manera optima todas sus funciones internas. *El mantenimiento de un cuerpo sano o ideal requiere el equilibrio entre el gasto energético y la ingestión de nutrientes. El peso corporal se mantiene estable cuando las necesidades de energía de un sujeto son iguales a la ingestión calórica diaria. *La vigilancia del aporte calórico que aportan los alimentos es un factor importante en este tipo de pacientes debido a que disminuye el metabolismo y asimilación de los nutrientes por el organismo originando como consecuencia una mala nutrición que podría repercutir en el estado de salud del paciente.</p>

HORA	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>26-30 Marzo- 12</p> <p>De 7:00-13:00</p>	<p>*Se comprobó la solución NPT para asegurarse que se hayan incluido los nutrientes correctos.</p> <p>*Mantuvimos una técnica estéril al preparar y colgar soluciones NPT.</p> <p>*Se utilizo una bomba de infusión para el aporte de las soluciones NPT.</p> <p>*se mantuvo una posición adecuada para la deglución</p> <p>*Colocamos al paciente en posición cómoda a la hora de la alimentación enteral.</p> <p>*Determino el peso corporal ideal del paciente.</p> <p>*Enseñamos al familiar a registro diario de ingesta y cambios en el peso corporal.</p> <p>*Se vigilaron pérdidas y ganancias de peso.</p> <p>*Se observo la piel, si está seca descamada, despigmentada.</p> <p>*Observamos características del cabello seco, fino fácil de caer.</p>	<p>El paciente se encuentra en un peso de 60kg, a la revaloración tiene nutrición parenteral total la cual es retirada sin complicaciones.</p> <p>Debido a la mejoría del paciente el día 19 de abril inicia con dieta líquida jugo y te, posteriormente se le agregan gelatinas, dieta blanda, hasta que se logra que se le proporcionen papillas, debido a los tratos proporcionados por enfermería, el paciente logra comer por sí solo.</p> <p>Los familiares logran identificar una adecuada dieta para el paciente y mantienen un registro diario de la ingesta y los cambios en el peso corporal no pudieron llevarse de manera constante debido a la falta de equipo para dicha medición diaria, el servicio de nutrición del hospital es la encargada de medir su peso una vez a la semana con un aumento de peso de alrededor de 800 gr a la semana, con dichas intervenciones se logra el objetivo en un 95% ya que se logra mantener el estado nutricional en optimas condiciones dando como resultado una piel hidratada sin alteraciones así como una disminución en la caída del cabello.</p>

PATRON ALTERADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Nutricional/metabólico</p>	<p>DIAGNOSTICO: Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos (cirugía) Dehiscencia de hxqx m/p destrucción de las capas de la piel</p> <p>OBJETIVO: Instaurar medidas de detección y prevención del deterioro de la integridad cutánea para disminuir el riesgo de infección de la herida. En 2 semanas mantendrá su máxima capacidad de integridad cutánea. En una semana cooperará en la movilización y en la curación de la herida por segunda intención. En una semana comprenderá la necesidad de mantener cambios posturales cada 2 horas</p>	<p>Cuidados de las heridas *Despegar apósitos. *Monitorizar características de la herida, incluyendo drenaje color, tamaño y olor. *Limpiar con solución salina normal. *Aplicar vendaje apropiado *Vigilar la piel al cambio del apósito</p> <p>Administración de medicación intravenosa (amikacina y piperazina tazobactan) *Seguir los 5 correctos. *Determinar alergias del paciente, comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos, verificar fechas de caducidad. *Elegir puerto de inyección de la llave de tres vías, aspirar antes de inyectar el bolo. *Controlar el equipo, la velocidad el flujo *valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.</p> <p>Control de la infección *Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. *Aislar a personas expuestas a enfermedades transmisibles como el caso del paciente marco era un paciente aislado. *Enseñar lavado de manos apropiado a los visitantes. *Uso de precauciones universales. *Manipulación aséptica de líneas, catéteres etc.</p>	<p>*La curación es una cualidad del tejido vivo; también se denomina regeneración de los tejidos. La curación puede considerarse en términos de tipos de curación, que tiene que ver con a decisión del cuidador de si permitir que la herida cierre por si misma o cerrarla, y las fases de la curación, que se refieren a los procesos naturales del cuerpo de reparación tisular. Las fases son las mismas en todas las heridas.</p> <p>*El exudado es material, como liquido y células, que se han escapado de los vasos sanguíneos durante el proceso inflamatorio que se deposita en el tejido o en las superficies tisulares.</p> <p>*La contaminación de la superficie de la herida con microorganismos (colonización) es un resultado inevitable. Cuando los microorganismos que contaminan la herida se multiplican en exceso o invaden tejidos aparece la infección. La infección, indicada por la presencia de un cambio de color en la herida, dolor o drenaje, se confirma realizando un cultivo de la herida.</p> <p>*Administración de antibióticos como la amikacina el cual es un amino glucósido de amplio espectro en contra de especies como Pseudomonas, Escherichia coli y la piperazina tazobactan que actúa como bactericida; inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana.</p> <p>*El vendaje y la frecuencia de cambio deben apoyar la existencia de humedad en el lecho de la herida. Los lechos de las heridas que son demasiados secos o se manipulan no curan a menudo.</p> <p>*La limpieza de las heridas implica la eliminación de restos como materiales extraños, exceso de descamación, tejido necrótico, bacterias u otros microorganismos.</p>

HORA	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>26-30 Marzo- 12 De 7:00- 13:00</p>	<p>*Se monitorizaron las características de la herida, color, olor, tamaño</p> <p>*Limpiamos con solución salina normal</p> <p>*Se cuidó el sitio de incisión</p> <p>*Aplicamos vendajes apropiados al tipo de herida.</p> <p>*Se utilizó técnica de vendaje estéril</p> <p>*Se cambiaron los apósitos según la cantidad de exudado y drenaje.</p> <p>*Inspeccionamos la hx cada vez que había cambio de drenaje.</p> <p>*Observamos sx y sx de infección</p> <p>*Observamos si hay enrojecimiento, calor extrema o edema.</p> <p>*Observamos si la ropa queda ajustada</p> <p>*Dimos los cuidados a la bolsa de Bogotá.</p>	<p>Durante la monitorización de la piel nos percatamos de la evolución positiva que tuvo el paciente ya que la herida se mantiene limpia y con coloración rojiza pero sin mayores datos de infección.</p> <p>El vendaje cumple su función y se deja la herida en la fase de maduración con un pronóstico favorable para la cicatrización. Se realiza la curación de la herida se deja limpia, observando un drenaje en vendaje seroso</p> <p>Se drena al término del turno el penrose disminuyendo el gasto de 4ml a 2ml, deja de ser fétido y siento ahora solo es líquido seroso.</p> <p>En cuanto a la Bolsa de Bogotá disminuye el líquido a ser solo seroso, disminuye la temperatura de ser de 38.2° ahora baja a 37.5°, mejoro un 50%.</p>

CONCLUSIONES

El paciente se mantuvo hemodinámicamente estable con signos vitales dentro de parámetros normales a excepción de la temperatura, con datos insidiosos de infección. Se retira sonda orogastrica debido a la disminución del gasto biliar, se mantiene con sonda transuretral con drenaje de 45 ml por hora, en cuanto a vías aéreas disminuye las secreciones y el color de las mismas pasa de ser verde a amarillo presenta respiración de oxígeno autónoma. Comienza a tolerar vía oral por lo tanto se le indica una dieta líquida y posterior papillas, se remite el vomito y se aumenta fuerza muscular, logrando movilización por sí mismo. Es dado de alta terapéutica de dos días por la estancia prolongada para favorecer su estado emocional y la convivencia familiar.

La aplicación del proceso enfermero es esencial para poder proporcionar cuidados de enfermería oportunos y eficaces de acuerdo a la respuesta de la persona planeadas con logros significativos involucrando nuestros conocimientos adquiridos, se creó un ambiente de armonía el cual favoreció el estado emocional del paciente y la familia, consiguiendo el apoyo total del paciente en las actividades realizadas. Proporcionando siempre un cuidado holístico de calidad y alto humanismo.

Nos enorgullece realizar este tipo de cuidados siendo estudiantes y alcanzar nuestros objetivos con satisfacción en cada etapa del proceso, así como también haber creado un ambiente de confianza con el paciente, sabiendo él que éramos estudiantes y depositando toda su confianza en nosotras, lo cual nos indica que la manera en la que nos presentamos y actuamos en el hospital es digna de estudiantes de sexto semestre de la licenciatura.●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ *Andrew Breman, Shirlee Snyder Barbará Kozier Glenora Erb , Fundamentos de enfermería conceptos, procesos practicas , Vol. I-II, 8° edición Editorial Pearson, Madrid España 2008*
- ✓ *Gloria M. Bulechek Howard K. Butcher, Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Quinta edición, Editorial Elsevier Mosby, Madrid España, 2011.*
- ✓ *NANDA, Diagnósticos Enfermeros Editorial Elsevier, Barcelona España 2009-2011*
- ✓ *Moorhead Sue; Johnson Marion; Mass Meridian L; Swanson Elizabeth, Clasificación De Resultados De Enfermería 4° Edición Editorial Elsevier Mosby Madrid España 2009.*
- ✓ *Nordmark, Rohweder, Bases Científicas de enfermería segunda edición, Editorial Manual Moderno, México DF 711 pág.*
- ✓ *Stephen J. McPHEE, Fisiopatología de la enfermedad: Una introducción a la medicina clínica, 6ª edición, Editorial Mc Graw Hill, China 2011, 742 pag.*