

2. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

2.1. HISTORIA DE LA ENFERMERIA.

2.1.1. Datos sociales básicos.

Paciente masculino S.N.L. de 46 años de edad, nacionalidad mexicana, originario del rancho Durango, Municipio de Hermosillo y radicado actualmente en esta ciudad. Cursó sus estudios hasta cuarto año de primaria, sabe leer y escribir. Soltero, vivió en unión libre procreando tres hijos en el lapso de esa relación. Su religión es católica, aunque no la profesa actualmente. Vive con un grupo de amigos en las ladrilleras, ubicadas al norte y en la periferia de la ciudad, esporádicamente hace visitas a su hermana en donde se aloja por unos días en la colonia Progresista.

No pertenece a ninguna agrupación en particular, pasa el mayor tiempo con sus compañeros de trabajo, con el mismo problema de adicción al alcohol, refiere que son igual que él, se pasa el tiempo bebiendo y tocando guitarra.

2.1.2. Datos fisiológicos básicos.

Su peso anterior se mantenía aproximadamente en 70 kg, su estatura 1.67 m, según datos proporcionados por él mismo, su capacidad auditiva, visual, olfatoria, del lenguaje y de movilización, siempre fueron normales, su mano dominante es la derecha. Reposo y sueño no los considera suficientes ya que presenta alteraciones del ciclo sueño-vigilia, refiere

permanecer sin dormir de uno a dos días por estar bebiendo.

2.1.3. Formas ordinarias de vida cotidiana.

Refiere el paciente que en ocasiones presenta evacuaciones diarreicas, eliminación urinaria frecuente, con deficiencia en cuanto a hábitos higiénicos no acostumbrando el baño diario, ni cambio de ropa, ni lavado de manos, ni aseos matutinos.

Alimentación deficiente, ya que cuando se alimenta lo hace con desechos de los comercios, satisfaciendo más su necesidad de beber que alimentarse. Debido a la magnitud de su problema no tiene horas de recreación, ya que la mayor parte del tiempo se la pasa bebiendo. Tabaquismo y alcoholismo presentes desde los 17 años, llegando a fumar mínimo 3 cajetillas diarias, actualmente continúa fumando.

2.1.4. Estudio de situación social y económica.

Generalidades de la colonia.- El lugar donde actualmente vive está ubicado al Norte en la periferia de la ciudad, al final del bulevar solidaridad y al este y Oeste sólo se encuentran fraccionamiento en vías de construcción. No contando con ningún servicio público básico (agua, luz eléctrica, drenaje), terreno despoblado donde se localizan únicamente la ladrilleras. Cuarto de cartón y en malas condiciones higiénicas, donde viven en promiscuidad y hacinamiento personas con su mismo problema. Ventilación natural, cuenta con una puerta, sin ventilación artificial, solo cuenta con iluminación natural durante el día y por la noche hacen una fogata.

El abastecimiento de agua se lleva a cabo mediante los carros pipa que son los que se encargan de transportar el agua, depositándola en tambos de 200 litros o cubetas que desechan de pintura. Respecto a la eliminación de desechos se practica el fecalismo al aire libre, en cuanto a la recolección de basura, no se cuenta con este servicio, por lo contrario, este lugar en ocasiones se utiliza para descargar desechos. Predomina la fauna nociva ya que las características del lugar ya mencionadas favorecen para la reproducción de: ratas, moscas, cucarachas y toda clase de insectos.

En cuanto a organización familiar, no existe autoridad familiar, ya que el paciente vive con un grupo de personas con su misma patología, siendo este grupo en ocasiones numeroso, con edades que oscilan con la edad del paciente, son de baja y nula escolaridad, con abandono social y familiar, en ocasiones presentan altercados entre ellos, más cuando están bajo los efectos del alcohol.

Respecto al paciente, su relación social es nula, solo acude con su hermana cuando tiene sus síntomas de abstinencia aguda, son muy severos, no mantiene ningún tipo de relación con sus hijos.

La situación económica es sumamente deficiente, ya que trabaja en ocasiones ganando de 25 a 30 pesos diarios, utilizándolos para comprar alcohol.

2.1.5. Antecedentes.

Hereditarios y familiares.- Desconoce la causa de la muerte de sus abuelos, madre hipertensa, padre muerto a causa de neumonía, tres hermanos aparentemente sanos.

En cuanto a protección específica, el paciente refiere haber recibido aplicación de inmunizaciones. Durante su infancia dice haber padecido las enfermedades propias de la infancia (sarampión, varicela, rubeola), así como cuadros gripales y gastrointestinales.

Inicia su actividad sexual a los 18 años, el paciente manifiesta no haber adquirido ninguna enfermedad infectocontagiosa, actualmente no lleva vida sexual activa ya que debido a su padecimiento crónico es poco su interés en ese aspecto.

Los antecedentes perinatales se desconocen totalmente.

El paciente ha padecido cuadros gripales severos, así como problemas gastrointestinales frecuentes, pero nunca ha recibido atención especializada, ya que nunca acude a atención médica, acostumbra solo a administrarse algún anti-ácido (melox) al presentar síntomas de gastritis aguda.

En las hospitalizaciones previas ha presentado sangrado de tubo digestivo alto y en otra ocasión por presentar crisis convulsivas en un cuadro de abstinencia aguda, recibiendo atención específica, logrando estabilizarse.

2.1.6. Percepción del paciente acerca de su enfermedad.

Sin conciencia de su enfermedad, desconociendo etiología y complicaciones, el solo refiere que el único órgano afectado por el alcohol es el hígado. Su participación en su recuperación intrahospitalaria es pobre, ya que se le observa pasivo dentro de las terapias tanto grupales como individuales y su respuesta a estas ha sido deficiente. El paciente no le atribuye el problema actual a su alcoholismo crónico (abandono familiar, social, laboral) y no desea integrarse a ningún grupo de auto-ayuda.

2.1.7. Descripción del padecimiento del paciente y su tratamiento.

Inicia como usuario de bebidas alcohólicas a base de cerveza, sin llegar a la embriaguez; como bebedor excesivo desde los 22 años a base de cerveza cada fin de semana. Como bebedor compulsivo a los 34 años de edad bebiendo cerveza y destilados de alta concentración, primero por períodos de 4 a 5 días y después a diario, principalmente con bebidas destiladas. Durante el último año ha bebido a diario, manteniéndose siempre ebrio, sin días de abstinencia.

Debido a su estado, sus problemas han ido en aumento, no solo afectándolo en el circuito familiar, sino también en su esfera social. Ha tenido problemas familiares, abandono, pleitos, riñas, etc, como también laborales hasta llegar a la vagancia.

Su primera hospitalización en el área de atención a alcohólicos del Hospital Psiquiátrico "Dr. Carlos Nava Muñoz" fue el 21 de Julio de 1995, ingresa por presentar síntomas de

abstinencia aguda, recibiendo el siguiente tratamiento:

- Ayuno hasta nueva orden.
- 1000 ml de glucosa 5% + un frasco de MVI + 1 amp. KCL p/8 horas.
- 10 mg de diazepam IV cada 8 horas.
- 1 amp. metoclopramida IV c/8 horas.
- 1 amp. ranisen IV c/8 horas.

Se indica también psicoterapia de grupo e individual y la información del grupo de alcohólicos anónimos y de otros grupos de auto-ayuda para su problema; obteniéndose resultados deficientes a estas terapias.

Egresó con remisión de síntomas de abstinencia aguda, conciencia parcial de su enfermedad y de su situación, se maneja por consulta externa.

Tratamiento a su egreso:

- Cita diaria a las 16 horas a terapia de grupo.
- Alboral 5 mg diarios VO.
- Piroxicam 1 tableta diaria VO.

El paciente solo se mantuvo sobrio por el espacio de tres días, no obteniéndose respuesta favorable.

Solicita servicio de consulta externa el 14 de Noviembre de 1995, por presentar cuadro de abstinencia alcohólica aguda, ya que desde su egreso previo (Julio de 1995) se mantuvo consumiendo bebidas embriagantes hasta este día.

Los síntomas agudos que presenta el día de su ingreso son: Polineuritis alcohólica, vómito, cefálea, trastornos de sueño, rechazo a todos los alimentos, temblor generalizado, marcha atáxica y ansioso. Reingresando de nuevo al área de atención de alcohólicos para recibir nuevamente tratamiento.

Tratamiento recibido a su ingreso:

- Ayuno hasta nueva orden.
- 1000 ml de glucosa 5% + un frasco de MVI + 1 amp. KCL p/8 horas.
- Diazepam 20 mg IV D.U.
- Motoclopramida 1 amp. IV c/8 horas.
- Hidróxido de aluminio 30 ml c/8 horas.
- Carbamazepina 200 mg c/8 horas.
- Exámenes de laboratorio.

Durante sus primeras horas de hospitalización se reporta tranquilo, no ha tolerado dieta, sus signos vitales son normales, refiere malestar general por los síntomas de abstinencia y no ha dormido, continuando con mucosas orales secas, hepatomegalia no dolorosa.

El segundo día de hospitalización continúa con el tratamiento médico anterior, se observa paciente tranquilo sin conciencia de su enfermedad, refiriendo venir por su voluntad ya que se sentía mal físicamente, se le orienta sobre su enfermedad y se le invita para que se integre a un grupo de auto-ayuda y también a participar dentro de la terapia de grupo. Se observa tranquilo con poca participación dentro del grupo, manejo de pobres planes y alternativas para enfrentar su enfermedad.

Cursa su tercer día de hospitalización, se reporta tranquilo, signos vitales estables, refiere sentirse mejor, con remisión de síntomas de abstinencia aguda, con aceptación de su dieta, estabilizándose en su ciclo de sueño, su estado de ánimo inhibido, los exámenes de laboratorio se reportan con alteración de las transaminasas, se le modifica su tratamiento médico:

- Diazepam 5 mg VO 1 por día.
- Acido ascórbico 5 mg 1 por día.
- Polivitaminas 1 tab. c/8 horas.
- Complejo B 1 amp. IM diaria.
- Carbamazepina 200 mg c/8 horas.
- Dieta normal sin irritantes.

Su respuesta intrahospitalaria al tratamiento médico fue favorable, ya que su cuadro de abstinencia aguda se remite, pero su respuesta al tratamiento psicológico fue deficiente, ya que durante su estancia hospitalaria no se integró a ningún grupo y tuvo poca comunicación con sus compañeros de sala. Sus alternativas a su enfermedad son pobres, ya que para él, en

estos momentos, su objetivo es egresar por sentirse bien físicamente.

Egresa el 21 de Noviembre con cita en dos semanas. Tratamiento extrahospitalario:

- Diazepam 10 mg por la noche.
- Acido fólico 5 mg diarios.
- Polivitaminas 1 tab. diaria con los alimentos.
- Carbamazepina 1 tab. diaria c/8 horas.

2.2. DESCRIPCION CEFALO CAUDAL.

Paciente masculino ubicado en su unidad, de 46 años de edad, mayor a la aparente, de complexión delgada, tez morena, deficientes condiciones de higiene, posición de decúbito dorsal libremente escogida, se observa ansioso y con síntomas agudos de abstinencia alcohólica, temblor generalizado y marcha atáxica, su actitud es cooperadora, orientado en las tres esferas, piel hipoturgente y mal hidratada.

Sus signos vitales son:

Temperatura axilar: 36° C.

Respiración: 20x'.

Tensión arterial: 150/90.

Sus datos somatométricos son:

Peso: 57.700 kg.

Talla: 1.65 m.

Normocéfalo, sin endostosis ni exostosis, cabello negro abundante, con escasa canas, delgado, bien implantado y distribuido, en mal estado de higiene, seborreico y además con dermatitis seborreica en cuero cabelludo y región frontal. Cara ovalada con fase de ansiedad, sin presencia de tics. Cejas pobladas, rectas, de color negro. Ojos, pupilas centrales simétricas con buena respuesta a estímulos e ictericia leve en conjuntivas. Oídos pabellones auriculares bien implantados, simétricos, normales, conductos auditivos permeables sin presencia de secreciones ni alteraciones, agudeza auditiva normal. Nariz recta de tamaño regular con narinas permeables, simétricas, sin dificultad para percibir olores, mucosa nasal de coloración, humedad y vellosidad normal, sin presencia de secreciones. Boca de tamaño regular, aliento alcohólico, halitosis, sin problema para morder, masticar y deglutir, refiriendo anorexia. Labios delgados, mucosas orales secas, mal hidratadas. Encías de coloración rojizas, inflamadas, hipersensibles. Piezas dentales incompletas de molares inferiores derechos, presenta caries de diferentes grados, en muy mal estado de higiene. Lengua saburral, hipertrófica, se observan algunas grietas. Garganta, se observa sin alteraciones, sin dificultad de lenguaje, voz clara y entendible.

Cuello cilíndrico, sin problema al movimiento, no se observan alteraciones, cadenas ganglionares normales, pulsos carótidos presentes y normales.

Tórax en forma tonel, con hombros elevados y huecos supraclaviculares y supraesternales aumentados, con masas musculares diluidas, con movimientos respiratorios normales, pulmones bien ventilados, no encontrándose datos de rarefacción ni condensación, se observa cicatriz antigua correspondiente a una quemadura de hemitórax derecho y tatuaje en hemitórax izquierdo, se observa ginecomastia leve bilateral, sin dolor a la palpación. Axilas

con vellosidad normal, bien implantado, área cardíaca rítmica, de buena intensidad.

Abdomen refiere ardor y dolor con presencia de náuseas y vómitos, aumento de volumen a expensas de hígado grande, duro, con dolor a la palpación, borde liso, no hay adenomegalia, no haya red venosa colateral, sin presencia de arañas vasculares, con movimientos peristálticos normales.

Eliminación urinaria frecuente, concentrada. Eliminación intestinal no refiriendo evacuaciones diarreicas en el momento.

Genitales externos normales, vello púbico escaso, en región perianal presenta hemorroides externas, sin presencia de sangrado ni dolor. Extremidades superiores e inferiores simétricas, de buena coloración, pulsos radiales, popíteos y pediales normales, pérdida de continuidad de la piel por venopunción de antebrazo izquierdo, observándose sitio de punción en buen estado, refiriendo dolor muscular en ambas extremidades, buen tono muscular. Pies con hiperqueratosis plantar y algunas lesiones micóticas en región plantar.

Espalda se observa gran disminución de las masas musculares que hacen más sobresalientes los omóplatos, piel pálida hipoturgente. Columna vertebral con curvatura normal y sin puntos dolorosos. Glúteos simétricos, con atrofia muscular y pérdida de tejido graso en esta región.

2.3. EXAMEN MENTAL.

Paciente masculino, con edad mayor a la que dice tener, con actitud libremente escogida, con atención adecuada, acento hospitalario, con lenguaje claro, voz de tono normal, coherente, congruente. Estado de ánimo inhibido, curso y contenido del pensamiento normales, no hay trastorno de la percepción, impresiona inteligencia normal, capacidad de cálculo adecuado de acuerdo a su nivel cultural. Memoria presente y pasada normales, excepto en los momentos de su intoxicación alcohólica. Capacidad de abstracción muy baja, juicio crítico apropiado, sin conciencia de su enfermedad y con deseos de continuar su tratamiento intrahospitalario.

2.4. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

- **Alteración del equilibrio hidro-electrolítico.** El alcohol favorece la deshidratación de las células y ésta ocasiona la pérdida de agua y electrolitos que son vitales para mantener el equilibrio ácido-básico y también para transmitir la energía eléctrica dentro del organismo.
- **Ingesta inadecuada de nutrientes.** Por la falta de interés a los alimentos, ocasionada por el alcohol.
- **Nauseas y vómitos.** Debido a los efectos locales del alcohol en el aparato digestivo y por alteraciones de origen central debido a la necesidad física por el alcohol.
- **Dolor y ardor gástrico.** La ingestión de alcohol aumenta la secreción de moco, la mucosa

del estómago se congestiona y se hace hiperémica y la secreción de ácido se deprime.

- **Ansiedad.** Producida por la misma necesidad física y fisiológica del alcohol.
- **Temblor generalizado.** Asociado a irritabilidad general y síntomas gastrointestinales, en particular náuseas y vómitos.
- **Dolor muscular.** Es causado por deficiencia de tiamina, ya que el alcohol impide la absorción de diversas sustancias útiles e indispensables para el organismo.
- **Ataxia.** Debido a una degeneración, de intensidad variable de todos los elementos neurocelulares de la corteza del cerebelo.
- **Protrusión de venas varicosas en el conducto anal.** Por el aumento de la presión hidrostática en el sistema venoso portal, como consecuencia de la hepatomegalia y la cirrosis hepática.
- **Ictericia leve en conjuntivas.** Ocasionada por un incremento de la bilirubina indirecta como consecuencia de una hepatitis tóxica.
- **Halitosis.** Producida por caries numerosas y la mala higiene dental.
- **Caries.** Por la mala higiene dental, la acumulación de restos alimenticios ayuda a la proliferación de bacterias.

- **Inflamación de las encías.** Por la acumulación de restos de alimentos, placa dentobacteriana y sarro.

- **Dermatitis seborréica.** Malos hábitos higiénicos y su mal estado nutricional, ya que el alcohol impide la absorción de diversas sustancias útiles e indispensables para nuestro organismo como: tiamina, vitamina E, etc.

- **Lesión micótica en ambos pies.** Se desencadena por la humedad y mala higiene.

2.3. PLAN DE ATENCION.

Nombre: S.N.L.
 Edad: 46 Años
 Fecha: 14-Nov. 1995

No. Cama:
 Sexo: Masc.

Servicio: Area de alcohólicos. Hosp. Psiq. Carlos Nava.
 DX: Abstinencia aguda

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
Problema real.- Alteración del equilibrio hidro-electrolítico. El alcohol favorece la deshidratación de las células y ésta ocasiona la pérdida de agua y electrolitos que son útiles para mantener el equilibrio ácido-básico y también para transmitir la energía eléctrica dentro del organismo.	El paciente se hidratará en las primeras 24 horas de su hospitalización.	-Canalizar al paciente con solución salina 1000 ml+1 amp.MVI+ 1 amp. KCC c/8 horas. -Control de líquidos. -Cuantificar diuresis. -Vigilar el estado de hidratación del paciente. -Vigilar signos vitales, principalmente T.A.	-Médico responsable del área. -Enfermero encargado del área.	En su segundo día de hospitalización se encuentra paciente con mucosas hidratadas.

P. potencial.- Alteraciones del sistema nervioso central.

P. potencial.- Choque hipovolémico.

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
P. real.- Ingesta inadecuada de nutrientes por la falta de interés a los alimentos, ocasionalmente por el alcohol.	El paciente mejorará su apetito y expresará esta situación en 24 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> -Administración de soluciones parenterales con complemento vitamínico c/8 horas. -Iniciar una dieta ligeramente. -Proporcionar una dieta equilibrada sin irritantes y con una buena presentación y temperatura. -Asistir al paciente a la hora de tomar los alimentos. -Peso cada 24 hrs. 	<ul style="list-style-type: none"> -Médico encargado del área. -Enfermero encargado del área. 	El paciente expresó mejoría en su apetito por lo que tolera bien la dieta.
P. potencial.- Hipoglicemia.				
P. potencial.- Desnutrición.				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
<p>P. real - Nauseas y vómito debido a los efectos locales del alcohol sobre el aparato digestivo y las manifestaciones del síndrome de abstinencia.</p>	<p>El paciente no presentará vómitos antes de finalizar el turno matutino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La administración de soluciones parenterales por orden médica: 100 ml Glucosa 5% + 1 Fco. MVI+1 amp. KCL c/8 hrs. -Colocar al paciente en posición semifauley. -Control de líquidos y valoración del estado de hidratación. -Vigilar características, cantidad y número de vómitos que vomita por turno. -Administración de antiemético (metocloprimida) 1 amp. IV c/8 hrs. -Mantener un ambiente limpio y agradable. -Retirar los estímulos externos que puedan contribuir al vómito. -Aseo y lavado bucal. -Ofrecer dieta traccionada. -Dar sorbos de agua fría para disminuir los vómitos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Médico encargado del área. -Enfermero encargado del área. -Personal de nutrición. -Personal de limpieza. 	<p>El paciente a las 24 hrs. no presentó vómitos y tolera dieta.</p>
<p>P. potencial - Sangrado de tubo digestivo.</p>				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
<p>P. real.- Dolor y ardor gástrico al ingerir alcohol aumenta la secreción de moco, la mucosa del estómago se congestiona y se hace hipertérmica.</p>	<p>El paciente disminuirá los síntomas de ardor y dolor abdominal en 24 hrs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La administración de anti-ácido (meolox) VO 30 ml c/8 hr para neutralizar y reducir la acidez gástrica. -Administración de raiisen 50 mg IV c/8 hr. -Proporcionar una dieta equilibrada sin irritantes ni grasas. -Proporcionar un ambiente agradable y tranquilo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Médico encargado del área. -Enfermero encargado del área. -Personal de nutrición. 	<p>El paciente refiere desaparición del dolor y solo disminución del ardor gástrico en las primeras 24 hr de hospitalización.</p>
<p>P. potencial.- Gastritis crónica.</p>				
<p>P. potencial.- Úlcera péptica.</p>				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
P. real.- Ansiedad producida por la misma necesidad física y psicológica del alcohol.	El paciente presentará desaparición de la ansiedad en el transcurso del turno matutino.	-Administración de tranquilizantes, diazepam 10 mg c/8 hrs. IV por orden médica. -Brindar un ambiente tranquilo y darle seguridad al paciente. -Eliminar los factores externos que aumenten su ansiedad.	-Médico encargado del área. -Enfermero encargado del área -Pasantes de enfermería: Juana Rafaela Columba	El paciente disminuye su ansiedad al finalizar el turno matutino.
P. potencial.- Crisis de pánico.				
P. potencial.- Agresividad.				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
P. real.- Temblor generalizado o iritabilidad general y síntomas gastrointestinales, en particular náuseas y vómitos.	El paciente presentará desaparición de ansiedad en el transcurso del turno matutino.	<ul style="list-style-type: none"> -Administración de tranquilizantes, Diazepam 10 mg IV c/8 hrs. por orden médica. -Brindar un ambiente tranquilo y relajado al paciente. -Asistir al paciente en su ambulación, alimentación e higiene personal. 	<ul style="list-style-type: none"> -Médico encargado del área. -Enfermero encargado del área. -Pasantes de enfermería: Juana Rafaela Columba 	El paciente disminuyó su ansiedad al finalizar el turno matutino.
P. potencial.- Traumatismo.				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
P. real.- Dolor muscular es causado por deficiencia de tiamina, ya que el alcohol impide la absorción de diversas sustancias útiles e indispensables para el organismo.	El paciente manifiesta disminución de dolor durante su estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> -Administración de anti-inflamatorios y relajantes musculares por orden médica. Carbamazepina 1 tab. c/8 hr. -Polivitaminas en solución glucosada al 5% 100 ml c/8 hr al ingresar. Después una tab. de polivitaminas c/8 hrs, complejo B 1 amp. IM diario. -Mantenerlo en un ambiente tranquilo y cómodo. -Proporcionar un baño de agua tibia. -Administración de masaje relajante en extremidades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Médico encargado del área. -Enfermero encargado del área. -Pasantes de enfermería: Juana Rafaela Columba 	Se logra disminuir el dolor muscular a su egreso.

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
<p>P. real.- Ataxia debido a una degeneración de intensidad variable de todos los elementos neuróculares de la corteza del cerebelo.</p>	<p>El paciente desaparecerá su cuadro de ataxia a su egreso.</p>	<p>-Asistir al paciente en su deambulación, alimentación e higiene personal. -Mantener al paciente en reposo relativo y vigilancia estrecha mientras presente cuadro de ataxia severa.</p>	<p>-Enfermero encargado del área. -Pasante de enfermería: Juana Rafaela Columba</p>	<p>El paciente logra desaparecer su cuadro de ataxia al egreso hospitalario.</p>
<p>P. potencial.- Polineuritis alcohólica.</p>				
<p>P. potencial Traumatismo.</p>				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
<p>P. real.- Protusión de venas varicosas en el conducto anal, por el aumento de la presión hidrostática y el sistema venosoporal como consecuencia de la hepatomegalia y la citrosis hepática.</p>	<p>El paciente no presentará complicaciones en hemorroides.</p>	<p>-Una dieta rica en fibras y sin irritantes. -Administración de laxante con fibras (metamucil) por orden médica.</p>	<p>-Médico encargado del área. -Enfermero encargado del área. -Pasantes de enfermería: Juana Rafaela Columba -Personal de nutrición.</p>	<p>El paciente a su egreso hospitalario, no presentó complicaciones en hemorroides.</p>
<p>P. potencial.- Sangrado.</p>				
<p>P. potencial.- Estrangulación de hemorroides.</p>				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
P. real.- Ictericia leve en conjuntivas ocasionada por un incremento de la bilirrubina indirecta como consecuencia de la hepatitis tóxica.	El paciente no presentará ictericia en conjuntivas a su egreso.	-Administración de multivitaminas 1 fco. MVI en 1000 ml gluc. 5% c/8 hrs. Después se continúa con una tab. diaria c/8 hrs. -Ac fólico 1 tab diaria. -Revisar diariamente la presencia de ictericia.	-Médico encargado del área. -Enfermero encargado del área. -Pasantes de enfermería: Juana Rafoela Columba	El paciente a su egreso hospitalario desapareció la ictericia.
P. potencial. Coma hepática.				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
P. real.- Halitosis producida por caries numerosas y la mala higiene dental.	El paciente desaparecerá la halitosis durante su hospitalización.	-Aseo bucal con carbonato después de cada alimento. -Sugerr el empleo de algún enjuage bucal. -Asistir al paciente en el momento de su aseo bucal.	-Enfermero encargado del área. -Pasantes de enfermería: Juana Rafaela Columba -Paciente	El paciente durante su estancia hospitalaria se realizó aseo bucal disminuyendo su problema de halitosis.
P. potencial.- Rechazo social.				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
P. real.- Caries por la mala higiene dental, la acumulación de restos alimenticios. P. potencial.- Pérdida de piezas dentales.	El paciente participará durante su hospitalización en el aseo bucal.	-Un buen aseo bucal después de los alimentos. -Sugerir visitas con el dentista para su propia buena de caries.	-El paciente. -Enfermero encargado del área. -Pasantes de enfermería: Juana Rafoela Columba	El paciente durante su estancia hospitalaria se realizó aseo bucal con técnica correcta.

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
<p>P. real.- Inflamación de las encías por la acumulación de resto de alimentos, placas dentobacterianas y sarro.</p>	<p>El paciente presentará - disminución de gingivitis a su egreso.</p>	<p>-Aseo bucal con carbonato después de cada alimento. -Asistir al paciente en el momento de su aseo bucal. -Enseñar la técnica correcta de lavado de dientes para no olvidar el masaje a las encías.</p>	<p>-Paciente. -Enfermero encargado del área. -Pasantes de enfermería: Juana Rafaela Columba</p>	<p>El paciente participó en su aseo bucal logrando disminuir su gingivitis.</p>
<p>P. potencial.- Dificultad para nutrirse. P. potencial.- Infección de las parótidas y de los aparatos digestivo y respiratorio.</p>				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
<p>P. real.- Dermatitis seborreica por malos hábitos higiénicos y su mal estado nutricional, ya que el alcohol impide la absorción de diversas sustancias útiles para nuestro organismo.</p>	<p>El paciente a su egreso hospitalario disminuirá la dermatitis seborreica.</p>	<p>-Una dieta equilibrada. -Proporcionar baño de regadera diario. -Participar en el aseo personal del paciente. -Sugerir el empleo de shampoo antiseborreico.</p>	<p>-El Paciente. -Enfermero encargado del área. -Pasantes de enfermería: Juana Rafaela Columba -Personal de nutrición.</p>	<p>Se logró que el paciente participara en su baño diario, lográndose disminuir la dermatitis seborreica.</p>
<p>P. potencial- Infección secundaria a la dermatitis.</p>				

Problema real, fundamento, problema potencial.	Objetivo para el paciente	Acciones de enfermería	Ejecución	Evaluación
<p>P. real.- Lesiones micóticas en ambos pies, se desencadena por la humedad y mala higiene.</p>	<p>El paciente disminuirá la micosis a su egreso hospitalario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aseo de pies, manteniéndolos limpios y secos diariamente. -Aplicación de antimicóticos (miconazol) después del aseo de los pies diariamente. -Sugerir el uso de zapato suave y ligero. -Evitar que el resto de pacientes empleen las mismas sandalias. -Realizar un aseo riguroso del baño después de su uso. 	<ul style="list-style-type: none"> -El Paciente. -Enfermero encargado del área. -Pasantes de enfermería: Juana Rafafela Columba -Personal encargado de limpieza. 	<p>Se logró que el paciente participe en su aseo de pies, lográndose una disminución de la micosis.</p>
<p>P. potencial.- Infecciones severas en el área plantar.</p>				