

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACION SAN LUIS POTOSÍ

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN PACIENTE HERIDO POR ARMA DE FUEGO DE
ACUERDO CON LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY
GORDON

PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MARIA DE JESÚS RANGEL JUÁREZ

CUENTA: 4444348878

ASESORA

DRA. GANDHY PONCE GOMEZ

MEXICO, FEBRERO DE 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*Agradezco infinitamente a Dios por estar siempre presente en mi carrera. Por ser la razón de mi existir, mi punto de partida y mi final, gracias por usar mi vida por crecer y cumplir tus sueños en mí, por ti estoy aquí, eres mi universo, mi padre, mi amigo, mi fuerza, mi sustento, mi alegría. Por siempre y siempre
Gracias...*

A mi mamá Alicia sabiendo que no existiría una forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo, quiero que sepas que el objetivo logrado también es tuyo y que la fuerza que me ayudó a conseguirlo fue tu apoyo. Gracias.

A mis padres por aportar a mis enseñanzas y educación se que es la mejor herencia que me han dejado a mis hermanos que son una base y unos pilares para mí. Gracias.

A mi hijo Demian Gracias por iluminarme con la paz de tu sonrisa, por esperarme y apoyarme en mi carrera, ¡por enseñarme a disfrutar la vida! Porque Tu eres la luz de mi vida, lo que me anima a seguir, eres el origen de mis desvelos, de mis preocupaciones y de mis ganas de ser mejor persona. No hay día que no agradezca al cielo que te pusiera en mi vida.

A mi esposo Alejandro por estar ahí en los momentos alegres, tristes y difíciles de estos años y últimos de mi carrera por su gran apoyo y la confianza que ha puesto en mí, por esos consejos y no dejarme caer.

A mis abuelitos Macolo y Pabeno y mi tío Chema que son mi tesoro más preciado, y que más quiero en el mundo; estas personas son dignas de todos los orgullos, y merecen siempre destacarse por sus excelentes virtudes. Sus enseñanzas me han hecho quien soy actualmente, y me han orientado hacia sendas correctas, llenas de valores y ética.

Agradezco por cada momento que Dios me permite disfrutar con la compañía de mi familia, y deseo que siempre los bendiga y los guarde de todo mal y de todo peligro.

Agradezco a la UNAM y a mi tutora la Dra Gandhi Ponce Gómez por su asesoría y apoyo en todo momento.

... Gracias por su apoyo incondicional...

Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. OBJETIVOS.....	12
III. METODOLOGÍA.....	13
IV. MARCO TEÓRICO.....	14
4.1. MARJORY GORDON.....	14
4.2. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.....	15
4.3. HERIDA POR ARMA DE FUEGO.....	16
4.4. PERITONITIS.....	18
4.4.1. Clasificación.....	18
4.4.2. Complicaciones.....	20
4.4.3. Tratamiento.....	22
4.5. Herida por arma de fuego y la atención del equipo de salud en urgencias.....	25
V. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	27
5.1. EXPLORACIÓN FÍSICA.....	28
5.2. HISTORIA CLÍNICA.....	29
5.3. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE GORDON.....	30
5.3.1. PATRÓN PERCEPCIÓN – MANTENIMIENTO DE LA SALUD.....	30
5.3.2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO.....	31
5.3.3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.....	32
5.3.4. PATRÓN ACTIVIDAD- EJERCICIO.....	32
5.3.5. PATRÓN REPOSO- SUEÑO.....	32
5.3.6. PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTUAL.....	33
5.3.7. PATRÓN DE AUTOIMAGEN- AUTOCONCEPTO.....	33
5.3.8. PATRÓN ROL- RELACIONES.....	33
5.3.9. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN.....	34
5.3.10. PATRÓN AFRONTAMIENTO – ESTRÉS.....	34
5.3.11. PATRÓN VALORES Y CREENCIAS.....	34
VI. PLAN DE ATENCIÓN.....	35
VII. PLAN DE ALTA.....	43
VIII. CONCLUSIÓN.....	45
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	46

I. INTRODUCCIÓN

El uso de armas de fuego en diferentes lugares del mundo, siempre ha traído consecuencias de violencia y muerte de los pobladores, o en su defecto de consecuencias incapacitantes en quienes sufren de éstos actos violento. En Estados Unidos, el país más rico del mundo y sexto lugar en el índice de desarrollo humano (año 2012)¹ , ocupa el primer lugar en todas las categorías de tasas de violencia por armas de fuego, superando, en varias veces, las correspondientes del resto de los países industrializados del análisis. Por ejemplo, la tasa de muertes con arma de fuego en los Estados Unidos (13.70) supera en más de tres veces la más cercana, que en este caso fue la de Canadá con 4.08. En cuanto a homicidios, la tasa de los Estados Unidos (6.00) es diez veces mayor a la de Canadá con una tasa de 0.602 . En relación con otros países, la distancia alcanza mayores dimensiones; por ejemplo en Japón, otro de los países más ricos del mundo donde existen leyes estrictas en cuanto al uso y portación de armas, se observa que la tasa estadounidense de muertes por arma de fuego es mayor a la japonesa en una proporción de, aproximadamente, 196 a uno².

En el periodo 1990-2000 las tasas de accidentes, suicidios y homicidios en México han disminuido, como puede observarse en la tabla 2. De ellas, la de suicidios es la que permanece más estable.

Si se considera el número absoluto total, el rubro que aporta la mayor cantidad de defunciones es el de homicidios con 87,639, le siguen los accidentes con 11,026 y por último, los suicidios con 8070. Sumando el número de homicidios, suicidios y accidentes en los que intervino un arma de fuego entre 1990 y 2000 se registraron 106,735 decesos,

¹ PAHO. Clasificación mundial de IDH. De acuerdo con la Clasificación de Naciones Unidas 2012.

²Moreno A. Comparación internacional sobre el impacto social del uso de armas de fuego. [internet] . Recuperado el 29 de septiembre de 2016 de

<file:///C:/Users/Gandhy/Downloads/PB1006%20Comparacion%20internacional...armas%20de%20fuego.pdf>

de los cuales el 82 por ciento correspondió a homicidios; el 10 por ciento a accidentes, y prácticamente 8 por ciento a suicidios³.

La cifra de 106,735 decesos atribuibles a la violencia por arma de fuego durante once años en México es 2.3 veces superior a las 46,370 bajas al servicio de los Estados Unidos en la guerra de Vietnam, cuya duración aproximada fue de 15 años⁴

El manejo de heridas por armas de fuego, así como de las complicaciones, como una peritonitis a través del cuidado de enfermería se realiza por medio del proceso atención de enfermería: el cual es un método sistemático y organizado con base a la solución de problemas para administrar cuidados de enfermería derivados de la identificación de respuestas reales y potenciales del individuo familia y comunidad. Centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona a las alteración de la salud reales y potenciales.

Nosotros como profesionistas de la salud debemos llevar al paciente a un nivel óptimo de salud, mediante intervenciones que podemos llevar acabo y poner en práctica nuestros conocimientos teórico- prácticos en esta estancia hospitalaria.

³ Cuadernos del Instituto Ciudadano de Estudios sobre la inseguridad A. C. Vol.6. "Mortalidad por homicidios en México". 2011. Pág. 07-17.

⁴ Tim Page, y John Pimlott, Nam. The Vietnam Experience 1965-1975, Barnes & Noble, New York, 1995 , p. 584.

II. OBJETIVOS

- ✓ Aplicar una valoración de enfermería y planear el cuidado de una persona adulta del sexo masculino herida por arma de fuego.
- ✓ Implementar la valoración y el cuidado de enfermería conforme a los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.
- ✓ Implementar un plan de alta conforme a las necesidades de la persona egresada por mejoría

III. METODOLOGÍA

El presente caso clínico dio inicio el día 19 de marzo del 2016 en la sala de quirófano número 3, la forma en que se realizó el trabajo del caso clínico fue por patrones funcionales y valoración focalizada llevadas a cabo en la fase posoperatoria del paciente resaltando las necesidades físicas, biológicas y emocionales que presentaba la paciente. Realizando un pequeño cuestionario además de observar su entorno para poder estructurar e implementar las actividades e intervenciones al realizar.

Se le dio un seguimiento desde el momento del recibimiento a la paciente en la unidad de quirófano realizando el protocolo indicado, además de participar con la circulante en esa cirugía programada.

Se realizó una investigación del procedimiento quirúrgico realizado así como el diagnóstico médico para focalizar nuestra valoración y complementación de conocimientos. Se llevó a cabo un plan de alta según la cirugía realizada.

Se continuó el seguimiento en hospitalización, para valorar las capacidades físicas afectadas.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. MARJORY GORDON

Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon. Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Fue la primera presidenta de la NANDA. Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una «Leyenda Viviente» por la misma organización en 2009.

La doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College.

Es autora de cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros actualmente en su edición número doce. Sus libros aparecen en diez idiomas, en cuarenta y ocho países y seis continentes.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias. Este lenguaje también formará la base del componente enfermero en el registro médico electrónico.

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts.

4.2. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.

Marjory Gordon (20 de mayo de 1911 – 29 de abril de 2015) fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon (Gordon's functional health patterns). fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería.

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado. Su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias, que particularmente pretende homogeneizar los diagnósticos de enfermería para el cuidado de la persona.

Fue la primera presidenta de la NANDA.¹ Ha sido miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977. Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta. La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.¹

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

Patrón 2: Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto: Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8: Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés

Patrón 11: Valores – creencias: describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

4.3. HERIDA POR ARMA DE FUEGO

Una herida por arma de fuego es un tipo de traumatismo causado por agresión con disparo de un arma de fuego, tales como armas ligeras, incluyendo pistolas, subfusiles y ametralladoras. En términos de salud pública, se estima que ocurren más de 500.000 lesiones cada año por el uso de armas de fuego. La Organización Mundial de la Salud estimó en 2001 que esas heridas representaron aproximadamente un cuarto de las 2,3

millones de muertes violentas: 42% de ellas por suicidios, 38% homicidios y 26% relacionados con guerras y otros conflictos armados⁵.

Herida de entrada

El punto donde una bala hace contacto y penetración contusiva crea, por lo general, una herida por bala. Es posible que la bala se fragmente antes de chocar con el cuerpo o bien puede atravesar más de una extremidad en su trayectoria, causando una bala varios orificios que van a provocar al individuo una muerte instantánea o lecciones agudas.

La forma característica de una herida de bala es ovalada o redondeada. Los orificios causados por disparos de corta distancia o de contacto suelen dejar un orificio de forma estrellada, mientras que los disparos más distantes tornan los orificios de entrada en forma de ojal. El grado de elasticidad del tejido que contacta la bala condiciona el tamaño del orificio de entrada, de tal manera que éste puede ser del mismo tamaño, menor o mayor que la bala misma⁶.

Orificio de salida

Es originado por un proyectil luego de finalizar su trayecto en un cuerpo, es irregular mal definido. En varias ocasiones es impredecible su localización y esto es por el probable choque con las partes del cuerpo como hueso

Trayecto

La dirección que toma la bala dentro del cuerpo se conoce como trayecto, mientras que el pasaje de la bala fuera del cuerpo se conoce como trayectoria. Diversas desviaciones pueden causar una herida sin orificio de salida, mientras que en muchos casos el trayecto conlleva a un orificio de salida

⁵ Organización Panamericana de la Salud, OMS. (2008). Boletín de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa. P.9 [on line] . Consultado el 22 de octubre de 2016 de file:///C:/Users/Gandhy/Downloads/boletin_LESIONES_CAUSA_EXTERNA_2.pdf

⁶Sotelo CN, Cordero OA, Woller VR. 2000. Heridas por proyectil de arma de fuego en niños y adultos. . Rev, Cir Ciruj. 68: 204-210 [on line] Consultado el 13 de mayo de 2016 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2000/cc005d.pdf>

4.4. PERITONITIS

La peritonitis es una inflamación del peritoneo, la membrana serosa que recubre parte de la cavidad abdominal y las vísceras. La peritonitis puede ser localizada o generalizada, y puede resultar de la infección (a menudo debido a la ruptura de un órgano hueco, como puede ocurrir en el traumatismo abdominal o apendicitis) o de un proceso no infeccioso.

En el caso de las peritonitis agudas suelen manifestarse con dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, hipotensión, taquicardias y sed. La peritonitis, puede provocar una deshidratación en el paciente y provocar fallo orgánico múltiple, o multisistémico, lo cual puede llevar incluso a la muerte.

4.4.1. Clasificación

- I. Por su extensión: locales o difusas.
- II. Por su agente causal: sépticas o asépticas.
- III. Por su evolución: agudas y crónicas.
- IV. Clasificación de Hamburgo.

Peritonitis primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Peritonitis espontánea en niño. • Peritonitis espontánea en adulto. • Peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria continua. • Peritonitis tuberculosa.
Peritonitis secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Peritonitis perforativa (supurada aguda): Perforación del tracto gastrointestinal. Perforación del tracto biliar o pancreático. Necrosis de la pared intestinal. Pelvipertonitis. Después de translocación de bacterias. • Peritonitis post-operatoria: Fuga de anastomosis. Fuga de la línea de sutura. Insuficiencia del muñón. Lesiones quirúrgicas de conductos (biliar, pancreático, uréteres) Cuerpos extraños dejados en cavidad peritoneal. Otras fugas yatrogénicas (endoscopias, radiologías, paracentesis) • Peritonitis post-traumática: Después de trauma abdominal cerrado. Después de trauma abdominal penetrante o abierto.
Peritonitis terciaria	<ul style="list-style-type: none"> • Sin agentes patógenos. • Por hongos. • Por bacterias patógenas en bajo grado.
Abscesos intraabdominales	<ul style="list-style-type: none"> • Absceso intraabdominal con peritonitis primaria. • Absceso intraabdominal con peritonitis secundaria. • Absceso intraabdominal con peritonitis terciaria.

La peritonitis primaria es infrecuente, usualmente ocurre en pacientes con ascitis y es monomicrobiana. La peritonitis secundaria es causada usualmente por soluciones de continuidad del tracto gastrointestinal y es generalmente polimicrobiana. La peritonitis terciaria se refiere a la infección peritoneal persistente, la cual usualmente ocurre en pacientes seriamente enfermos, inmunodeprimidos y con una peritonitis secundaria.

4.4.2. Complicaciones.

La infección y los cambios de presión en el compartimiento intraabdominal por peritonitis interactúan entre sí y llevan al paciente al fallo multiorgánico y la muerte. Las modificaciones se producen en:

- Sistema cardiovascular: el incremento agudo de la PIA provoca una respuesta cardíaca bifásica: en las etapas iniciales se produce una compresión de todo el sistema venoso visceral que impulsa toda la sangre contenida en el lecho esplácnico hacia la vena cava (efecto de autotransfusión) para elevarse el retorno venoso y el gasto cardíaco; después a medida que aumenta progresivamente la PIA el retorno venoso cae por varios mecanismos: en primer lugar la presión se transmite a las grandes venas retroperitoneales y provoca estasis venosa, además se produce una zona de estrechamiento funcional de la vena cava inferior a nivel del diafragma al pasar de una zona de altas presiones a otra de bajas presiones (tórax). Por otra parte puede ocurrir un estrechamiento anatómico al nivel del orificio cava del diafragma al distorsionarse los pilares de éste cuando la PIA aumenta⁷. La disminución del flujo venoso de las extremidades inferiores ha sido observada utilizando ultrasonido Doppler.
- La caída del retorno venoso y el aumento de las presiones intratorácicas por elevación de los hemidiafragmas disminuyen el gasto cardíaco, aumentan las presiones de llenado, la poscarga y por tanto deprimen la función ventricular. La resistencia periférica aumenta por la presión del lecho capilar visceral, esto favorece que la tensión arterial se mantenga normal o incluso aumentada, pero en individuos con shock hipovolémico puede caer. La taquicardia es la respuesta común a las elevaciones de la PIA, en aras de mantener el gasto cardíaco⁸. Hay que tener en cuenta que los efectos deletéreos son graduales. A PIA menores de

⁷Kasthan J, Green JF, Parsons EQ, Holcroft JW. Hemodynamics effects of increased abdominal pressure. J Surg Res 1981; 30: 249-55.

⁸Diamant M, Benumof JL, Saiman LJ. Hemodynamics of increased intraabdominal pressure. Anesthesiology 1978; 48: 23-7.

10 mmHg el gasto cardíaco y la tensión arterial son normales; sin embargo; las PIA de 15 mmHg durante cirugía laparoscópica, producen cambios cardiovasculares adversos con caída del retorno venoso, el gasto cardíaco y taquicardia compensadora⁹.

- El flujo linfático del conducto torácico disminuye significativamente con los aumentos de la PIA porque el estiramiento del diafragma disminuye el volumen y calibre de los linfáticos lacunares diafragmáticos y reduce así el transporte de líquido peritoneal dentro de los vasos linfáticos torácicos.
- Vasculatura esplácnica: se han reportado 2 casos fatales de isquemia intestinal después de colecistectomía laparoscópica, en pacientes con gasto cardíaco y tensión arterial normales¹⁰. Esto habla por sí solo de las importantes modificaciones sobre el flujo sanguíneo visceral que produce el aumento de la PIA. Este estado se asocia a disminución del flujo arterial, portal y microvascular hepático, disminución del flujo mesentérico con isquemia del estómago, duodeno, páncreas y bazo. El flujo sanguíneo hepático desciende significativamente a presiones pequeñas de 10 mmHg.
- Sistema renal: A PIA de 15 a 20 mmHg se produce oliguria y a 40 mmHg se induce anuria. La disminución del flujo sanguíneo renal, la filtración glomerular y el gasto urinario asociado con PIA elevada tiene origen multifactorial. El gasto cardíaco disminuido con afectación de la perfusión renal desempeña un papel importante, pero se ha observado daño renal en pacientes con gasto cardíaco normal. La disfunción renal es también causada por compresión de la vena y arterias renales, lo que eleva la presión a nivel de la corteza renal con daño del aparato glomerular (síndrome del compartimiento renal) y anuria¹¹. La compresión ureteral no es

⁹Westerbrand A, Van der Water JM. Cardiovascular changes during laparoscopic cholecystectomy. Surg Gynecol Obstet 1992; 175: 535-8

¹⁰Paul A, Troild H, Stuttuman R. Fatal ischaemia following laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1994; 81: 1207-10.

¹¹Hartman PK, Kron IL, Lachlan HD, Savino JA, Fiseman B, Kamura T, et al. Elevated intraabdominal pressure and renal function. Ann Surg 1982; 196: 594-7.

causa de oliguria y anuria en este tipo de pacientes, pues se demostró experimentalmente que no se puede evitar el daño renal con implantación de prótesis rígidas en el uréter¹².

- Tórax y pulmones: la elevación de la presión abdominal empuja hacia arriba ambos hemidiafragmas para aumentar la presión intratorácica y disminuir la compliance y el volumen torácico. Como consecuencia del aumento de las presiones intratorácicas se elevan las presiones de la vía aérea y la resistencia vascular pulmonar y originan anomalías en la ventilación-perfusión con la consiguiente hipoxia e hipercarbia.

4.4.3. Tratamiento.

El manejo óptimo de un paciente con peritonitis debe incluir lo siguiente:

1. "Resolver" o controlar la fuente de contaminación peritoneal y drenar cualquier colección que exista.
2. Eliminar la contaminación residual del peritoneo básicamente mediante la terapia con antibióticos.
3. Nutrición del paciente.
4. Evitar las disfunciones de órganos.

Las intervenciones incluyen las siguientes:

- Ingreso en Terapia intensiva.
- Reposo relativo logrando la movilización precoz.

¹²Platell C, Hall J, Dobb GR. Impaired renal function due to raised intraabdominal pressure. Intensive Care Med 1990; 16: 328-9.

- Monitorización hemodinámica: Será útil en pacientes inestables por afecciones cardiacas asociadas. En pacientes hipotensos o en estado de shock se impondrá solamente catéter venoso central y presión venosa central (PVC) cada 6 horas como mínimo.
- Indicar exámenes complementarios. A su llegada a UCI: glucemia, creatinina, ionograma, gasometría, osmolaridad plasmática, hemograma completo y eritrosedimentación, rayos X de tórax A-P, electrocardiograma, coagulograma. Otros exámenes complementarios según el estado del paciente o uso evolutivo: Transaminasa glutámico pirúvica (TGP), fosfatasa alcalina (FA), bilirrubina, proteína C reactiva.
- Cultivos de secreción y hemocultivos. (Insistir en toma de muestras en salón de operaciones si se reinterviene.)
- Oximetría de pulso y gasometrías para vigilancia de la saturación de Hb.
- Medir diuresis cada 2 horas.
- Medir presión intraabdominal cada 6 horas.
- Somatometría del perimetro abdominal
- Aspiración nasogástrica cada 3 horas.
- Cuantificar pérdidas por drenajes abdominales y describir su contenido en la historia clínica.
- Balance hidromineral estricto.
- Mantener hematocrito por encima de 30. Transfundir glóbulos si es necesario. Usar otros hemoderivados según criterio médico.
- Evitar la hiperglucemia.
- Prevención de las úlceras de estrés con sualfacratato (instilar un sobre diluido por levine cada 6 horas).
- Ayudar y enseñar al paciente a girar, toser y respirar profundamente cada 4 hrs
- Monitorización del Ph gástrico cada 6 horas. Si este es menor de 4 administrar 50 mg. De ranitidina por vía endovenosa cada 12 horas (evaluar función renal) u omeprazol (bb-40 mg.) 40 mg. por vía endovenosa /día.

- Hidratación principalmente con soluciones cristaloides a un ritmo de 50 -70 ml/kg, corregirlo según balance hidromineral diario y evaluación hemodinámica (presión en cuña de la arteria pulmonar(PCAP)-PVC- Presión arterial)
- Nutrición: Se prefiere por vía enteral pero si no es posible usar la parenteral o combinadas.

Nutrición precoz: En la sepsis se incrementa la neoglucogénesis, lipólisis y el catabolismo proteico. Además en la IIA grave existe un paralelismo entre la evolución clínica y metabólica: aumento en sangre de la cifras de lactato, glucagón, triglicéridos y aminoácidos aromáticos en los pacientes que fallecen, lo que obliga a prestar especial atención al soporte nutricional.

En el paciente séptico se deben aportar las soluciones proteicas con alta proporción de aminoácidos de cadena ramificada (45 %) ya que mejoran el balance nitrogenado, disminuyen el catabolismo proteico y se recuperan más precozmente las proteínas viscerales.

La nutrición enteral debe emplearse tan pronto como sea posible para evitar la atrofia de la mucosa intestinal, la traslocación bacteriana y las complicaciones de la NPT. Debe utilizarse una dieta hiperproteica de 2000 calorías y siempre que sea posible, entre los aminoácidos a aportar en el paciente en estado crítico se acepta el empleo de glutamina por vía intestinal, por ser la mejor fuente energética para el enterocito sometido a un largo tiempo de ayuno.

Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico adecuado consiste en: laparotomía con exploración completa de la cavidad abdominal, exéresis del foco séptico, desbridamiento de colecciones, limpieza de esfacelos, lavado peritoneal con suero salino, drenaje de la cavidad del absceso y cierre seguro de la pared abdominal (salvo excepciones que comentaremos a continuación), con colocación de drenajes estratégicos.

Cuando la contaminación es muy extensa como en el caso de trombosis mesentérica, dehiscencia de sutura, pancreatitis aguda, trauma abdominal extenso, etc., la posibilidad de mayores secuelas posquirúrgicas, incluyendo el síndrome de disfunción multiorgánica, hace que sea necesario un tratamiento quirúrgico más agresivo, pensando incluso en lavados peritoneales postoperatorios y laparotomía si se ve la posibilidad de la persistencia de la infección una vez que se cierre la laparotomía¹³.

Las ventajas de los lavados peritoneales facilitando la evacuación de material infectado, se ven en gran parte neutralizadas por el riesgo de sobrecarga de líquidos y por las complicaciones inherentes a los drenajes, además de ser una técnica que requiere un control exhaustivo y debe practicarse en UCI¹⁴.

4.5. Herida por arma de fuego y la atención del equipo de salud en urgencias.

Debido a una alta demanda en servicios de urgencia por pacientes que llegan que han sido atacados con armas de fuego, tanto el médico de guardia, como el personal de enfermería deben estar preparados para atención de urgencias de heridas que antes sólo se veían en la guerra. Dentro del campo de esta atención se debe estar preparado para la prevención de infecciones debidas a las heridas infligidas por proyectiles de arma de fuego en tejidos blandos. Se debe tener en cuenta la siguiente atención:

- I. Cubrir las lesiones con apósitos y vendas estériles, trasladar rápidamente al lugar de la atención médica, manejar el estado de choque y el dolor e inmovilizar las extremidades fracturadas con férulas.
- II. Cuidados quirúrgicos primarios dentro de las primeras seis horas de producida la lesión (tiempo incidente – quirófano) para descontaminar por debridación e irrigación de la herida, estabilización de las fracturas en las extremidades con fijadores externos y manejo por cierre primario retardado.

¹³Rodríguez Ramírez R, Peña Arañó MJ, Blanco Milá A, González Rondón PL, Puertas Alvarez JF, Goderich Lalán JM. Relaparotomía de urgencia por peritonitis secundaria. Rev Cubana Cir. 1999; 38(1):79-83

¹⁴Morales Díaz I, Pérez Migueles L, Pérez Jomarrón F. Peritonitis bacteriana difusa. Análisis de 4 años. Rev Cubana Cir. 2000; 39(2):139-42.

- III. Estricto apego a las reglas de higiene (asepsia y antisepsia) durante el manejo del paciente.
- IV. Uso de antibióticos coadyuvantes

V. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de masculino J.V.A., de 56 años de edad, estado civil: Casado Con domicilio en Comunidad la Hierbabuena, S.L.P. Se planea su cuidado en su 3er día de estancia hospitalaria en el Servicio de Cirugía Hombres.

Motivo principal de la visita: Herido en Abdomen por arma de fuego.

Cuenta el señor J.V. A. siendo el 17 de Febrero del año 2013 como a las 3 am. Viajando de Bustamante a Palmillas comunidades que pertenecen al edo. De San Luis Potosí, viajaba en su pequeña camioneta, le obstruyen el paso tres hombres desconocidos armados por arma de fuego, tratando de quitarle sus pertenencias, el empieza a defenderse el cual recibe tres tiros dos en Abdomen y uno en miembro inferior izquierdo las cuales entran y salen de su cuerpo. Huyen pensando que él se encontraba sin vida.

Se logra levantar y consciente caminando tambaleante de prisa se adentra entre los matorrales y en la oscuridad de la madrugada, encuentra un camino desconocido llegando a un ranchito el cual dice no recordar, solo recuerda que recibió ayuda de un señor de avanzada edad que traía algunos burritos con él, cuando despertó el estaba ya sobre una cama en una choza y lo había curado con algunas hierbas y remedios caseros.

El 19 de Febrero , No recuerda como lo encontró su hijo el cual lo lleva inmediatamente al hospital, llegando todavía consiente caminando sosteniéndose de él, pero ya empezaba a vomitar secreción fecal por la boca, lo transfieren al quirófano inmediatamente el cual se queda once días en terapia intensiva con ayuda de ventilador mecánico , sonda naso gástrica y sonda Foley.

El 4 de Marzo de 2013 lo ingresan a Cirugía hombres donde se sigue recuperando, se siente con suerte y con una segunda oportunidad de vida.

5.1. EXPLORACIÓN FÍSICA

CABEZA:

Normo encéfalo, con buena implantación de cabello, abundante, corto lacio y presencia de canas.

Pulso temporal: 76 x min.

Ojos simétricos, pupilas isocóricas, conjuntivas cromocromicas con adecuada respuesta a la luz.

Pabellones auriculares bien implantados con presencia de cerumen en abundante cantidad.

Nariz central con narinas permeables, con presencia de cilios en cantidad moderada, limpia sin secreción nasal.

Mucosa oral normal, levemente seca, con falta de piezas dentales incisivos centrales de mandíbula superior, no presenta postemas ni lesiones.

CUELLO:

Largo central, con movimiento normal, con tono muscular con palidez no presenta alguna masa o cuerpo extraño.

Pulso Carotideo: 78 x min.

TORAX:

Campos pulmonares hipoventilados, con leve presencia de estertores, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad sin soplos ni ruidos agregados. Con Colocación de catéter central subclavio derecho.

Pulso Precordial: 80 x min.

ABDOMEN:

Distendido con perístalsis disfuncional, inflamado, predecible y doloroso a la palpación. Con herida vertical en línea media limpia sin datos de infección, en flanco izquierdo herida de 15 cm con presencia de yeyunostomia.

EXTREMIDADES:

Miembros Superiores: Normales, íntegras, resacas completas con tono de piel pálido. Se encuentran limpias con abundante bello en antebrazos de 1 cm de largo.

Pulso Braquial: 80 x min.

Pulso Radial : 80 x min.

Miembros Inferiores: Normales, íntegros con dolor en área de articulación y rotula izquierda, herida en miembro inferior izquierdo de 3 cm en musculo peroneo corto no sangrante.

Pulso Poplíteo: 80 x min.

5.2. HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE: J.V.A.

EDAD: 56 años

ESTADO CIVIL: Casado

GENERO: Masculino

DOMICILIO: hierbabuena, S.L.P

REGITRO HOSPITALARIO: 305869

SERVICIO: Cirugía Hombres

CAMA: J- 1

Motivo principal de la visita: Herido en Abdomen por arma de fuego.

AHF: MADRE: Diabetes mellitus

PADRE: Tuberculosis

APNP:

Habita en casa propia con todos los servicios de agua, luz, con acepción de drenaje ya que cuenta con letrina, refiere cambio de ropa y baño diario.

APP:

Paciente herido en abdomen por arma de fuego y miembro inferior izquierdo, ingresa alerta, taquicardico, diaforético.

Ingresa a quirófano a LAPEle realizan aseo de cavidad, identifican lesión en yeyuno a 1 m. de largo, se le realizo una yeyunostomia y fistula mucosa con colocación de bolsa subaponeurotica y cierre de cavidad en un plano, pasa a CIRUGIA HOMBRES donde comienzan datos de respuesta inflamatoriay se decide nuevo aseo quirúrgico donde se drena abseso de flanco izquierdo y desbridamiento del mismo se coloca nueva bolsa aponeurótica y cierre en un plano.

5.3. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

Información otorgada por el paciente J.V.A. entrevista que fue realizada en el Hospital IGNACIO MORONES PRIETO en el área de CIRUGIA HOMBRES.

5.3.1. PATRÓN PERCEPCIÓN – MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- Refiere cuenta con todos los servicios en casa, luz, agua potable, con excepción de drenaje ya que cuenta con letrina, pero a pesar de todo y de que vive en el campo su vivienda siempre se encuentra limpia.
- Practica hábitoshigiénicos en el hogar como barrer, cocinar y regar sus plantas.
- Tuvo contacto con personas infectocontagiosas ..Gonorrea..
- Tiene algunos animales en casa como: borregos, cabras, marranos y no existe ningún riesgo para su salud cerca de su comunidad ya que vive en el campo.
- No presenta ninguna alteración mental.
- Dice tener interés por el cuidado de su salud, pero no asiste periódicamente al médico, se automedica cuando presenta alguna enfermedad que es simple para el, como gripe, tos, usando la prodolina para el dolor.
- No presenta alergias a alimentos ni a medicamentos pero si realiza tratamientos caseros con hierbas naturalescomo una planta llamada aceitilla también llamada

cabeza de negro que son semillas las cuales son hervidas y tomadas esto ayuda para mejorar la salud de los riñones solo que trae algunos efectos secundarios como orinar más de lo normal.

- Refiere consumir alcohol y tabaco.

- Actualmente toma algunos medicamentos.
 - ✓ AMLODIPINO 10 mg. V.O
 - ✓ CLEXANE 40mg. S.C.
 - ✓ TRAMADOL 50 mg. I.V.
 - ✓ FLUCONAZOL 200 mg. I.V.
 - ✓ VANCOMICINA 1g. I.V.
 - ✓ MEROPENEM 1g. I.V.
 - ✓ PARACETAMOL 1g. I.V.
 - ✓ CONVIBENT MNB
 - ✓ LOPERAMIDA 4mg. V.O.
 - ✓ CREON 1 capsula

5.3.2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

PESA: 70 kg. TALLA: 1.75 cm

PRESENTA: piel reseca con tono pálido.

Cabello abundante, lacio, corto con presencia de canas.

Uñas engrosadas con palidez.

Mucosa Oral un poco deshidratada.

- Encías rosadas sin presencia de postemas o laceraciones, lengua seca centrada.

Dentadura incompleta Incisivos centrales de mandíbula superior.

Refiere presencia de nausea, vomito, disfagia, dolor gastrointestinal, presenta una herida en muslo izquierdo y un drenaje el cual es una yeyunostomia.

Ha habido cambios recientes en el peso antes de su accidente pesaba 84 kg. Y ahora pesa 70 kg. En el hogar su tipo de alimentación desayuno: frijoles con huevo y café,

comida: sopa de fideo y refresco, cena: frijoles y algún atole. Su ingesta habitual de líquidos es refresco de marca SUCO, dice no presentar problemas en las defensas en su organismo.

5.3.3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

ORINA: color amarilla

HECES: son líquidas color café en cantidad moderada

Presenta distensión abdominal días anteriores le fue retirada sonda vesical, se observa en drenaje de yeyunostomía salida de secreción fecaloide color verde oscuro con trozos de comida de una cantidad 250ml por turno.

Su eliminación intestinal habitual es de 2 veces por día y su micción es de 3 a 4 veces por día.

No emplea auxiliares o medicación para la defecación ni medidas para favorecer su eliminación.

5.3.4. PATRÓN ACTIVIDAD- EJERCICIO

FC:84 por min. T-A: 106-70 mmHg

FR:20 por min.

Se observa presencia de vértigo, disnea con un poco de estertores en la respiración y tos moderada.

Presenta limitaciones para el movimiento ya que presenta herida y dolor abdominal, necesita apoyo de oxígeno para la respiración en ocasiones.

Si puede realizar actividades para su autocuidado como alimentarse, sus hábitos de higiene y sus funciones de eliminación.

No realiza actividades de recreación durante su estancia hospitalaria solo realiza rutinas de ejercicio para relajar sus músculos.

5.3.5. PATRÓN REPOSO- SUEÑO

Actualmente presenta somnolencia y su postura es cansada ya que debe tener reposo en cama debido a su estado de salud.

Refiere que sus horas de sueño en su estancia hospitalaria en 24 hrs es de casi todo el día y toda la noche, pero sus horas habituales de descanso al día en su hogar son de 6 horas por la noche.

No practica rutinas ni dificultad para conciliar el sueño.

Y su calidad de descanso es muy buena.

5.3.6. PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTUAL

Paciente se encuentra orientado cooperador consciente con un Glasgow de 14 puntos con un grado leve. Se observa presencia de dolor con una EVA de 5, no presenta problemas de la memoria, de concentración ni razonamiento.

No presenta alteraciones de la vista, olfato ni audición.

5.3.7. PATRÓN DE AUTOIMAGEN- AUTOCONCEPTO

Actualmente paciente refiere presencia de temblores en ocasiones su conducta es muy estricto pero no tiene dificultad para relajarse, las personas de su comunidad lo llaman DON PEPE.

Dice ser muy optimista se enoja solo si es necesario, siempre es muy bromista ,le gusta mucho la política se considera único y humilde.

Se acepta así mismo y no le preocupa su aspecto físico solo su estado de salud y solo piensa en poder sanar.

No presenta ningún temor ya que DIOS está siempre con él, refiere tener un 70% de ánimo trata de no desanimarse. Es cooperador en todos sus tratamientos y cuidados que se le realizan.

5.3.8. PATRÓN ROL- RELACIONES

Refiere convivir diariamente con su esposa, su hija y nieta. Tiene dificultad para el cumplimiento de su rol en su familia por el motivo de su salud pero se siente bien ya que su esposa, hijos y hermanos lo apoyan y siempre están muy unidos aunque su esposa e hija dependan de él.

5.3.9. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

No presenta alteraciones en sus genitales.

Tuvo 6 hijos: 5 hijas y 1 hijo

No se ha practicado ningún examen testicular ya que dice sentirse bien de su salud.

Refiere haber tenido enfermedades de transmisión sexual como Gonorrea.

Dice no tener limitaciones ni cambios en su conducta sexual.

5.3.10. PATRÓN AFRONTAMIENTO - ESTRÉS

Presenta tensión muscular, boca seca, no siente estrés ante esta situación, dice sentir tranquilidad él y su familia que todo se lo dejan a dios. No tiene dificultades para afrontar este problema solo busca su recuperación.

5.3.11. PATRÓN VALORES Y CREENCIAS

Su religión es un grupo llamado PENTECOSTES también llamados MORMONES el estuvo en varias religiones para conocer y el decidió quedarse en esta. No tiene conflictos con otros grupos religiosos, refiere que el respeta cada idea y la forma de pensar de cada persona.

Dice que en la vida lo más importante para él es su salud y el bienestar de su familia.

Tener fe le ayuda en su estado emocional para sentirse mejor consigo mismo.

VI. PLAN DE ATENCIÓN

PATRON FUNCIONAL	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Dominio 2 Nutrición OBJETIVO: Los estudiantes de enfermería tenemos como objetivo disminuir el riesgo de un desequilibrio de vol. de líquidos trata	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos Def: riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares o intracelulares	- Controlar los signos vitales, observando la presencia de hipotensión, taquicardia taquipnea, fiebre. -Mantener un balance hídrico preciso y relacionarlo con el peso diario anotar las perdidas medidas drenajes ,	-Facilita la evaluación de grado de vol. de líquidos eficacia del tx de reposición hídrica y la resp. de los medicamentos. -Refleja el edo. gral de hidratación las perdidas pueden ser importantes y una gran cantidad de liquido puede quedar retenido en el	ESTRUCTURA Se utilizo un entorno limpio, material limpio se realizo procedimiento para cada necesidad de la paciente.
				PROCESO Encargado del área, enfermeras y para brindarle un buen cuidado.

<p>de mantener al paciente equilibrado mediante intervenciones de enfermería.</p>	<p>perdida o aumento de los líquidos corporales.</p> <p>FR:</p> <p>Cirugía abdominal</p> <p>Obstrucción abdominal</p> <p>Sepsis</p> <p>Lesión traumática.</p>	<p>circunferencia abdominal,</p> <p>- Cuantificar la densidad de la orina</p> <p>-Observar la turgencia de la piel y mucosas</p> <p>-Cambiar de postura frecuentemente, ofreciendo, a menudo un cuidado de la piel y mantener la ropa de cama seca y sin arrugas</p>	<p>espacio intestinal y peritoneal.</p> <p>- Indica el edo. de hidratación y los cambios de la función renal.</p> <p>-La hipovolemia, las derivaciones hídricas y las deficiencias nutricionales contribuyen a la disminución de la turgencia cutánea.</p> <p>-El tejido edematoso con una circulación deficiente es proclive a los desgarros.</p>	<p>RESULTADO</p> <p>La paciente se le han brindado todos estos cuidados y su estado ha mejorado.</p>
<p>PATRÓN FUNCIONAL</p>	<p>DIANÓSTICO</p>	<p>INTERVENCIONES</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN</p>	<p>EVALUACIÓN</p>

Dominio 3 Eliminación e intercambio. OBJETIVO: Los estudiantes de enfermería tenemos como objetivo mejorar y estabilizar la ventilación del px mediante intervenciones de enfermería	Deterioro del intercambio de gases Cd: Respiración anormal Disnea Taquicardia	-Auscultar los ruidos respiratorios observando crepitaciones, estertores. -Enseñar al px unos eficientes, respiraciones profundas.	-Revela la presencia de congestión pulmonar acumulación de secreciones. -Limpia las vías aéreas y facilita la oxigenación.	ESTRUCTURA Se utilizó un entorno limpio material necesario. Con vigilancia y monitorización de s. vitales. los cambios de la piel.
	Fr: ventilación	-Fomentar frecuentes cambios de posición -Mantener en reposo en silla cama con la cabecera elevada 20 a 30 grados en	-Ayuda a prevenir atelectacias y neumonías. -Reduce el consumo de oxígeno y favorece un llenado máximo de pulmón.	PROCESO En este procedimiento estuvieron como personal Encargado del área, enfermeras y para brindarle un buen cuidado.

		posición semifowler apoyar los brazos sobre almohadas.		RESULTADO Se le han brindado todos los cuidados y medidas necesarias la paciente.
--	--	--	--	--

PATRON FUNCIONAL	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Dominio 4 Actividad- reposo OBJETIVO:	Intolerancia a la actividad Def: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para	- Revisar los signos v. después de una actividad, especialmente si el px está recibiendo vasodilatadores. -Valorar otros factores	-La actividad puede producir una hipotensión. -El cansancio es un efecto secundario de	ESTRUCTURA Se utilizo un entorno limpio, material limpio con procedimiento para cada necesidad de la paciente.

Los estudiantes de enfermería tenemos como objetivo mejorar la movilización y ayudar en los cuidados del px en sus actividades diarias mediante diversas intervenciones de enfermería.	tolerar o completar Las actividades diarias requeridas o deseadas.	desencadenantes causas de cansancio tx, dolor, fármacos.	algunos medicamentos el dolor y las terapias estresantes también consumen energía y causan cansancio.	PROCESO Encargado del área, enfermeras y para brindarle un buen cuidado.
	Cd: Malestar debido al esfuerzo Disnea de esfuerzo Informes verbales de debilidad Fr: Reposo en cama Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno inmovilidad	-Evaluar una aceleración de La intolerancia a la actividad. -Ayudar a las actividades de autocuidados según este indicado. Intercalar periodos de	-puede indicar incremento de la descompensación cardiaca en ves de un sobreesfuerzo. -cubre las necesidades personales del px sin aumentar el estrés miocárdico, demanda de oxígeno excesiva.	RESULTADO La paciente se le ha brindado todos estos cuidados y su estado ha mejorado.

		actividad con periodos de reposo		
PATRON FUNCIONAL	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
DOMINIO 11 SEGURIDAD – PROTECCION	<p>DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA</p> <p>Clase2:Lesion física</p> <p>DEFINICION:</p>	<p>-Evaluar el color y temperatura de la piel y el llenado capilar en las zonas de la operación.</p> <p>-Mantener la cabecera de la</p>	<p>-La piel de estar de color rosado o un color similar a la que lo rodea. La presencia de cianosis y un tiempo de llenado capilar lento puede indicar</p>	<p>ESTRUCTURA</p> <p>Se utilizo un entorno limpio material necesario.</p> <p>Con vigilancia en los cambios de la piel.</p>

OBJETIVO: - los estudiantes de enfermería tenemos como objetivo mejorar o restaurar el estado de la epidermis o dermis mediante las intervenciones de enfermería.	Alteración de la epidermis y o de la dermis.	cama elevada 30 a 45 grados vigilar edema facial en general máximo entre el tercero y quinto días posoperatorio.	congestión venosa y puede producir isquemia y necrosis.	PROCESO En este procedimiento estuvieron como personal Encargado del área, enfermeras y para brindarle un buen cuidado.
	Cd: Destrucción de las capas de la piel Alteración de la superficie de la piel. Fr: Cambios en los estados de los líquidos.. Desequilibrio Nutricional. Déficit inmunitario.	-Proteger los colgajos cutáneos y los puntos de sutura de tensión o presión . proporcionar almohadas rulos o instruir al px a apoyar la cabeza cuello durante la actividad. -Vigilar que no haya hemorragias	-Minimiza la congestión posoperatoria del tejido y el edema asociados con la incisión de los vasos linfáticos. - la tensión de los puntos de sutura pueden alterar la circulación causar lesión histica.	RESULTADO Se le han brindado todos los cuidados y medidas necesarias la paciente.

	.	del sitio operatorio, puntos de sutura.	- Un goteo continuo o una Hemorragia evidente indican la presencia de un problema que requiere atención médica.	
--	---	---	---	--

VII. PLAN DE ALTA

El traslado a su domicilio se realizará procurando al máximo evitar esfuerzos, movimientos bruscos y ejercicio exagerado por parte del paciente (utilizar silla de ruedas para llevar al paciente hasta el carro de traslado según protocolo de la institución).

-proteger al paciente de cambios bruscos de temperatura generalmente la temperatura del interior del hospital es diferente al del exterior, pudiendo provocar un resfriado.-el paciente saldrá del hospital acompañado por un familiar o persona responsable.

Es importante que un paciente que ha pasado más de 3 semanas en hospitalización e incluso la Terapia Intensiva reciba una educación, no sólo información sobre los siguientes aspectos:

1.-Reposo por lo menos 24-48hrs. En el hogar e integrarse a sus actividades en forma paulatina

- Cuidados relacionados a la movilidad
- Alternancia del reposo a la actividad
- Evitar esfuerzos físicos
- Mantener normopeso

2.- educar sobre cualquier signo de alerta, vomito persistente, lipotimia, alteración en región circulante a herida quirúrgica, falta de eliminación vesical, acudir al médico inmediatamente.

*en cuanto a la herida quirúrgica:

- debe mantenerse seca y limpia (lavando con agua y jabón) la herida quirúrgica.
- puede mantener la herida quirúrgica descubierta, esto con el objetivo de ayudar a que la herida cicatrice de manera más rápida.
- se recomienda no administrar a la herida quirúrgica ungüentos domésticos o de medicina esto para evitar infecciones.

-si presenta enrojecimiento, edema (área > 2.5 cm), sensibilidad anormal, aumento de calor en el área de la incisión, pus o derrame y olor desagradable acudir a su unidad médica o con su médico particular para la intervención necesaria.

3.- Acudir a su unidad médica en el tiempo que el médico le recomiende para la retirada de los puntos quirúrgicos.

* En cuanto al lugar de la incisión después de retirar la sutura:

-Conservar limpia la línea de sutura

-No friccionar con fuerza, secar con presión leve, aspecto rojizo y algo protuberante es norma, vigilar si el lugar de la incisión continua enrojecido después de dos a tres semanas.

4.-Indicar dieta después de haber probado tolerancia oral, se recomienda evitar alimentos irritantes.

4.1-Intervenciones direccionadas a mantener la salud del esófago del paciente:

Dieta fraccionada, poca cantidad y frecuente (6 veces al día).

Masticar bien los alimentos y comer lentamente.

Beber agua con las comidas.

Elevar la cabecera de la cama la acostarse.

Evitar tabaco, stress.

4.2-Intervenciones direccionadas a mantener la salud del estómago del paciente:

Comida frecuente de poca cantidad.

Evitar excitantes, cafeína, tabaco, alcohol.

Tomar líquidos entre comidas, no durante estas.

Comer lentamente

Dieta blanda.

4.3.-Intervenciones dirigidas a mantener la salud del intestino:

Proporcionar restricciones dietéticas por escrito.

Facilitar la colaboración del dietista.

Evitar estreñimiento, aumentando líquidos e ingiriendo fibra.

IMPORTANTE: si se extirpa el intestino grueso dar dieta astringente (sin residuos).

VIII. CONCLUSIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería favorece el fin principal de la enfermera: dar atención de calidad al individuo, familia y comunidad, a la vez hacerse conscientes de sus necesidades y problemas y pueden ser capaces de participar en el mismo proceso, realizando actividades para mejorar la salud.

Marjory Gordón ha desarrollado un marco de referencia para organizar la valoración de enfermería basándose en funciones con el fin de organizar las categorías diagnósticas y estandarizar la recolección de datos. Por lo que este acercamiento más a la valoración y al Plan de cuidados ha sido de gran beneficio para visualizar los problemas de salud que presenta una persona que ha sufrido un accidente violento como el que he presentado.

El uso de esquemas que nos proponen como valorar y utilizar diagnósticos de enfermería apoya a la enfermera en hacer un mayor uso de un lenguaje propio de los profesionales de enfermería dentro de nuestra disciplina. Aunque no por ello debe coartarnos en ser creativos y saber que el ser humano no es un estándar y el profesional de enfermería puede elaborar sus diagnósticos de enfermería y apoyarse desde distintos enfoque Teóricos de enfermería que deben dar fundamento a un Proceso de Atención de Enfermería. Es así que los lineamientos de Marjory Gordon apoyaron para realizar una valoración y plan desde aportaciones que nos otorgó nuestra educación en la escuela de Enfermería de la Cruz Roja de San Luis Potosí, pero habrá de recorrer el camino de las teorías enfermeras que nos puedan permitir visualizar a la persona, su entorno, la salud y el cuidado desde distintas visiones.

El proceso de atención de enfermería es la herramienta medular de enfermería para brindar el cuidado a la persona, la familia o la comunidad, pero habrá de acompañarse de un fundamento teórico.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Paho. Clasificación mundial de idh. De acuerdo con la clasificación de naciones unidas 2012.
2. Moreno A. Comparación internacional sobre el impacto social del uso de armas de fuego. [internet] . Recuperado el 29 de septiembre de 2016 de <file:///c:/users/gandhy/downloads/pb1006%20comparacion%20internacional...ar mas%20de%20fuego.pdf>
3. Cuadernos del instituto ciudadano de estudios sobre la inseguridad a. C. Vol.6. “mortalidad por homicidios en méxico”. 2011. Pág. 07-17.
4. Tim P, Pimlott, NJ. The Vietnam experience 1965-1975, barnes & noble, new york, 1995 , p. 584.
5. Organización Panamericana de la Salud, OMS. (2008). Boletín de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa. P.9 [on line] . Consultado el 22 de octubre de 2016 de file:///c:/users/gandhy/downloads/boletin_lesiones_causa_externa_2.pdf
6. Sotelo CN Cordero OA, Woller VR. 2000. Heridas por proyectil de arma de fuego en niños y adultos. . Rev, cir ciruj. 68: 204-210 [on line] consultado el 13 de mayo de 2016 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2000/cc005d.pdf>
7. Kasthan J, Green JF, Parsons EQ, Holcroft JW. Hemodynamics effects of increased abdominal pressure. J surg res 1981;30:249-55.
8. Diamant M, Benumof JL Saiman LJ. Hemodynamics of increased intraabdominal pressure. Anesthesiology 1978;48:23-7.
9. Westerbrand A, Van Der Water JM. Cardiovascular changes during laparoscopic cholecistectomy. Surg gynecol obstet 1992;175:535-8
10. Paul A, Troild H, stuttuman R. Fatal ischaemia following laparoscopic cholecystectomy. Br j surg 1994;81:1207-10.
11. hartman pk, kron il, lachlan hd, savino ja. Fiseman b, kamura t, et al. Elevated intraabdominal pressure and renal function. Ann surg 1982;196:594-7.
12. 1platell c, hall j, dobb gr. Impaired renal function due to raised intraabdominal pressure. Intensive care med 1990;16:328-9.

13. Rodríguez RR, Peña AMJ, Blanco MA, González RPL, Puertas AJF, Goderich LJM. Relaparotomía de urgencia por peritonitis secundaria. Rev cubana cir. 1999; 38(1):79-83
14. Morales DI, Pérez MI, Pérez JF. Peritonitis bacteriana difusa. Análisis de 4 años. Rev Cubana cir. 2000; 39(2):139-42.

ANEXOS

MEDICAMENTOS:

AMLODIPINO: La amlodipina o amlodipino es un fármaco, perteneciente al grupo de las dihidropiridinas, que actúa como un bloqueador de canales de calcio de acción duradera usado en medicina como antihipertensivo y en el tratamiento de la angina de pecho.

CLEXANE: es un fármaco anticoagulante que se administra por vía subcutánea.

TRAMADOL: un analgésico de tipo opioide que alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y del cerebro. Su comportamiento es atípico comparado con otros opioides del tipo de la morfina, ya que a pesar de tener un agonismo relativamente débil sobre los receptores opioides μ , su efecto analgésico en gran parte se debe a su acción en el sistema de neurotransmisores, ya que libera serotonina e inhibe la recaptación de la norepinefrina

FLUCONAZOL: es un medicamento triazolantimicótico usado en el tratamiento y prevención de infecciones fúngicas superficiales y sistémicas.

VANCOMICINA: es un glicopéptido de estructura compleja que se sintetiza de modo natural por *Nocardia orientalis*. Su efecto bactericida se ejerce inhibiendo la síntesis de la pared celular bacteriana.

MEROPENEM: es un antibiótico de amplio espectro, utilizado para tratar una gran variedad de infecciones, como meningitis y neumonía. Es un antibiótico betalactámico y pertenece al subgrupo de los carbapenems, al igual que imipenem y ertapenem.

PARACETAMOL: acetaminofén (acetaminofeno) es un fármaco con propiedades analgésicas, sin propiedades antiinflamatorias clínicamente significativas. Actúa inhibiendo la síntesis de prostaglandinas, mediadores celulares responsables de la aparición del dolor.

CONVIBENT: está indicado para el tratamiento y profilaxis del broncospasmo reversible, de moderado a severo, que acompaña a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con

o sin enfisema pulmonar y al asma bronquial, en pacientes que requieran de la administración de más de un broncodilatador.

LOPERAMIDA: es un opioide y un derivado sintético de la piperidina. Se trata de una droga efectiva contra la diarrea generada por una gastroenteritis o una enfermedad inflamatoria intestinal.

CREON: está indicado en el tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina, provocada por fibrosis quística, pancreatitis crónica, pancreatectomía, gastrectomía total y resecciones gástricas parciales (Billroth I/II) y en la obstrucción de conductos por neoplasia.

YEYUNOSTOMIA:

Pueden ser para alimentar a un paciente o para descomprimir un segmento de intestino proximal, por ejemplo traumatismo duodenal o reparación de un muñón duodenal complejo. Siempre se utiliza una sonda que comunica el lumen intestinal al exterior. Las técnicas quirúrgicas para confeccionar una gastrostomía o una yeyunostomía son similares. La técnica de Stamm preferentemente utilizada en estómago crea un manguito alrededor de una sonda con varias suturas en bolsa de tabaco. La técnica de Witzel más usada en yeyuno, realiza un túnel con intestino de aproximadamente 6 cm., lo que proporciona una protección de tipo valvular a la apertura yeyunal, lo que permite ingresar grandes volúmenes de alimentación sin que éste refluya al exterior.

Enterex: es un bebida nutricional calóricamente densa y alta en proteína formulada especialmente para personas con falla renal. Úselo como suplemento alimenticio después de la diálisis para reponer la proteína perdida a través del la diálisis, y entre tratamientos de diálisis para mantener el paciente bien nutrido. EnterexRenal también es un suplemento alimenticio ideal para pacientes con restricciones de líquidos y electrolitos

puesto que su fórmula concentrada provee una gran cantidad de proteína y calorías en poco volumen