



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CON PERFORACIÓN INTESTINAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

PATRICIA CARRANZA TREJO

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.





ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACION SAN LUIS POTOSI  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CON PERFORACIÓN INTESTINAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

PATRICIA CARRANZA TREJO

TUTORA

M.A.E LUZ ESPERANZA HERNANDEZ TERRAZAS

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA  
DELEGACION SAN LUIS POTOSI  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 8715/12



CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA  
LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de:

PATRICIA CARRANZA TREJO

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso cuidado enfermero en paciente con perforación intestinal”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

---

M.A.E LUZ ESPERANZA HERNANDEZ  
TERRAZAS  
TUTORA

---

L.E.O. Agripina García Gutiérrez  
SECRETARIA

---

M.E y A.S CLARA ELENA  
INFANTE GRANJA  
PRESIDENTA

---

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe  
Martínez Rocha  
VOCAL

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

## INDICE

I.	INTRODUCCION .....	1
II.	JUSTIFICACION .....	3
III.	OBJETIVO.....	5
	3.1 OBJETIVO GENERAL .....	5
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
IV.	MARCO TEÓRICO .....	6
	4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA .....	6
	4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO .....	6
	4.3 PROCESO CUIDADO ENFERMERO .....	7
	4.4 MODELO TEÓRICO DEL PCE .....	8
	Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem .....	8
	ENFOQUE DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON ...	12
	Patrón 1: Percepción- Manejo de salud.....	13
	Patrón 2: Nutricional- Metabólico.....	13
	Patrón 3: Eliminación .....	13
	Patrón 4: Actividad /ejercicio .....	13
	Patrón 5: Sueño- Descanso .....	14
	Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo .....	14
	Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto.....	14
	Patrón 8: Rol- Relaciones.....	15
	Patrón 9: Sexualidad y Reproducción.....	15
	Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés .....	15
	Patrón 11: Valores y Creencias .....	16
	4.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO .....	16
	4.5.1 VALORACIÓN.....	17
	4.5.2 DIAGNOSTICO .....	17
	4.5.3 PLANEACIÓN .....	18
	4.5.4 IMPLEMENTACIÓN .....	19
	4.5.5 EVALUACIÓN .....	21
	4.5.6 PROBLEMATICA DE SALUD DE LA PERSONA.....	23
	PERFORACION INTESTINAL.....	23
	CONCEPTO .....	23
	ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS .....	23

MANIFESTACIONES.....	24
4.5.7 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO .....	24
V. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO .....	25
GUIA DE VALORACION EN ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES DE GORDON	25
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA .....	29
PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA E. OREM .....	32
FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	33
VI. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA .....	45
VII. CONCLUSION.....	47
VIII. BIBLIOGRAFIAS.....	48
IX. GLOSARIO.....	51
X. ANEXO I .....	54

## RESUMEN

**Introducción:** Se considera como perforación intestinal al orificio que se desarrolla a través de la pared intestinal derramando su contenido al exterior (peritoneo). Las perforaciones pueden ser solitarias o múltiples y se producen en 1% a 15% de los casos del intestino delgado, por lo general, en el íleon. La enfermería es una profesión cuyas primeras bases son establecidas por Florence Nightingale, la cual veía la necesidad de una formación adecuada y que estableció una enseñanza a la enfermería como profesión emergente. **Objetivo:** Desarrollar un proceso cuidado enfermero para el cuidado del paciente con diagnóstico de perforación intestinal y sus complicaciones. **Metodología:** La elaboración del proceso cuidado enfermero es realizado según la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, de la cual también se consideró las etapas del proceso cuidado enfermero tales como; valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación, y en base a la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem. **Resultados:** La elaboración del proceso cuidado enfermero fue satisfactoria, ya que se cumplieron los objetivos y se logró cambios significativos en el paciente. **Conclusión:** Enfermería es una profesión joven en la cual existen elementos teóricos para brindar cuidados de enfermería a un paciente con perforación intestinal como lo es la aplicación del Proceso Cuidado Enfermero.

**Palabras clave:** enfermería, profesión, valoración, proceso cuidado enfermero.

## I. INTRODUCCION

El aparato digestivo es un conjunto de órganos encargados de la digestión de los alimentos y líquidos para posterior descomponerlos en sustancias que el cuerpo usa como fuente de energía o para el crecimiento y reparación de tejidos. Está compuesto por boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, recto y ano. Además de estructuras accesorias como dientes, lengua, glándulas salivales, páncreas, hígado y vesícula biliar. (Barone, 2018)

El intestino delgado es un tubo estrecho que se extiende desde el estómago hasta el colon, consta de tres partes: duodeno (25cm de longitud), yeyuno e íleon (tienen en conjunto más de 4.5m de longitud). (Barone, 2018)

Las perforaciones pueden ser solitarias o múltiples y se producen en 1% a 15% de los casos del intestino delgado, por lo general, en el íleon. Por el contrario, la perforación del colon es infrecuente. (Feline, 2018)

Los traumatismos del abdomen se clasifican en abiertos y cerrados, las heridas se consideran no penetrantes cuando comprenden estructuras de la pared sin llegar a cavidad peritoneal o sin lesionar viseras. Se denominan penetrantes aquellas que alcanzan la cavidad peritoneal o porción extraperitoneal de alguna de las vísceras contenidas. (Anton, 2014)

Cualquier parte del tubo digestivo puede sufrir de una perforación y liberar su contenido al espacio peritoneal, lo que ocasionaría daño a nivel de las vellosidades intestinales perjudicando la correcta absorción de sustancias, las causas pueden variar desde traumatismos, cuerpos extraños, obstrucción, colitis ulcerosa, aumento patológico de algún órgano, entre otras. Los síntomas aparecen de forma súbita con dolor intenso seguido de signos de shock. Por lo general el diagnóstico es gracias a estudios de imagenología. El tratamiento consiste en reposición de líquidos vía intravenosa, antibióticos y cirugía. Las complicaciones van desde infección, shock séptico, shock hipovolémico, por lo cual la mortalidad suele ser alta y varía según el trastorno subyacente y la salud general del paciente. (Ansari, 2020)

El concepto de profesión según el diccionario de la RAE, profesión proviene del latín *professio-onis* acción y efecto de profesar. Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que se percibe una retribución.

Cortina y Conill (catedráticos de filosofía y ética) han definido el concepto de profesión como una actividad social cooperativa, con el objetivo final de proporcionar un bien social específico e indispensable.

La enfermería como profesión fue cambiando con el paso de los años, enfermería era un arte innato específico de la mujer, la cual cuidaba la vida y preservaba la especie, a diferencia de los hombres que eran asociados con actividades de defensa. Posterior a la edad media los cuidados eran ejercidos por mujeres de clase baja y mala reputación. Con los avances científicos, surgió el concepto de mujer cuidadora- asistente médica, la cual sus labores iban estrictamente apegadas a indicaciones médicas, sus conocimientos y técnicas eran transmitidos por los médicos, principalmente de áreas de patología.

La enfermería es una profesión cuyas primeras bases son establecidas por Florence Nightingale, reconocida como la “señora de la lámpara”, la cual veía la necesidad de una formación adecuada y que estableció una enseñanza a la enfermería como profesión emergente.

En la actualidad gracias a la aplicación del método científico, modelos y teorías, se fundamentan las bases de la profesión y emerge la autonomía de los cuidados basados en evidencia científica como objeto central de estudio que es el cuidado del individuo, familia y comunidad. La necesidad de generar conocimiento basado en un método científico se evidencia en la instauración del proceso de atención de enfermería y en el desarrollo de modelos y teorías que sustentan dichos cuidados. Así mismo un código de ética, establece normas y valores para quienes ejercen la Enfermería como profesión.

## II. JUSTIFICACION

Al presentar el trauma abdominal aparece la salida del contenido de las vísceras provocando fallas en el aparato digestivo y limitando la funcionalidad anatómico-fisiológica del mismo. Dependiendo de la cantidad y composición del mismo va a producir una irritación peritoneal y un cuadro más o menos grave. Posteriormente si se deja evolucionar pueden aparecer infección y sepsis abdominal. (Anton, 2014)

El principal síntoma después de un trauma abdominal es el dolor agudo, que es la causa de consultas más frecuentes en el servicio de urgencias, de las cuales un gran porcentaje requiere manejo intrahospitalario para determinar la causa o lesión posterior al trauma y muchas de estas terminan en una resolución quirúrgica. (Ansari, 2020)

Al someterse a una intervención quirúrgica el paciente puede tener algunos riesgos, además del incremento al costo del sistema de salud. El paciente puede tener problemas como infecciones, tardar más tiempo en su recuperación, retraso en el funcionamiento digestivo. Por otro lado, es importante diagnosticar y determinar de manera oportuna las lesiones que se provocaron por el trauma abdominal ya que pueden incurrir en problemas más graves en el paciente, limitar su recuperación y tener mayor daño en el sistema digestivo. (Barone, 2018)

Dentro de los servicios de salud la actuación temprana en la atención de estos pacientes puede limitar el daño, por ello el personal de enfermería debe brindar cuidados profesionales, certeros y efectivos ante estos pacientes. Enfermería aporta conocimientos científicos, principios, promoción y educación en su actuación en el área hospitalaria.

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería y se manifiesta en la relación interpersonal, utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, análisis, aplicación del conocimiento, juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado. Gracias a la manera particular en la que Enfermería aborda la relación entre el cuidado, persona, salud y entorno, es que se clasifica el campo de la disciplina científica de la enfermería. (Kozier, 2019)

Enfermería se caracteriza por proporcionar cuidados basados en conocimientos y técnicas específicas que permitieron desarrollar un método de trabajo propio (PAE), que es un

conjunto de procedimientos lógico, dinámico y sistemático para brindar cuidados sustentados en evidencia científica.

El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el Proceso Cuidado Enfermero por medio del cual valora, diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, también considerando la integridad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requerida por el sujeto de cuidado en diferentes momentos. En la atención se da un proceso interactivo entre el cuidador y ser cuidado; el primero tiene el papel de realizar acciones y comportamientos para cuidar. El segundo, ser cuidado, tiene un rol en función de su situación, puede contribuir y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud. (Puerta, 2020)

Como parte de la superación del profesional de enfermería y basados en un método científico, modelos y teorías, se realiza un proceso cuidado enfermero de un paciente con diagnóstico de perforación intestinal de causa traumática, con el fin de desarrollar habilidades y técnicas en el campo hospitalario y como requisito de titulación para concluir la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, así como también el desarrollo profesional.

Los resultados que se obtienen del proceso cuidado enfermero forman parte de la satisfacción del paciente debido a las actividades medicas e intervenciones de enfermería, llevando así las cinco etapas del proceso cuidado enfermero, como respuesta se obtiene una buena valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación, llevando un criterio de las intervenciones brindadas por el personal de enfermería donde se cuestiona la efectividad de las mismas en la evolución del estado de salud del paciente.

### III. OBJETIVO

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un proceso cuidado enfermero para el cuidado del paciente con perforación intestinal y evitar complicaciones.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar la perforación intestinal y sus características
- Elaborar una valoración de Enfermería completa y detallada
- Determinar diagnósticos enfermeros de acuerdo a la patología.
- Implementar un plan de cuidados de enfermería.

## IV. MARCO TEÓRICO

### 4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA

La Enfermería es una disciplina consolidada porque hoy en día es aceptada como una rama del saber, es un objeto y método de estudio propio, ya que habla del conocimiento enfermero, se ocupa del cuidado de las personas en su salud y su enfermedad, que durante siglos de evolución, constituye un legado necesario para la humanidad. La Enfermería se ha mostrado por su capacidad de definir las necesidades emergentes de las personas y de los avances del conocimiento científico. (Amezcuca, 2018)

La Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera se puede fundamentar que el ejercicio práctico de la profesión tiene como soporte lo reflexivo y lo ideológico. (Cabal, 2016).

A principios del siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Una disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento. (Raile, 2011)

La disciplina de enfermería apoya y fundamenta la práctica profesional, no existe una separación, ya que esta debe gobernar la práctica profesional y no ser definida por ella. Debe aportar el sustento teórico, metodológico y tecnológico necesario para el buen desempeño de los profesionales en el cuidado del individuo, familia y comunidad.

### 4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Hoy en día la enfermería ha avanzado de manera significativa gracias a los aportes teóricos y epistémicos de algunas enfermeras teóricas que se han dedicado al fortalecimiento de la disciplina a través de la generación de conceptos teorías y modelos, favoreciendo cambios trascendentales en el cuidado como objeto de estudio de la disciplina. (Godínez, 2015)

La enfermería es un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que se caracteriza por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un campo de estudio que lo define o caracteriza, de tal forma que quienes conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de estudio y un lenguaje común; es así que en la actualidad es universalmente aceptado que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería. Se debe tener una amplia visión preestablecida relacionada con el cuidado profesional, debiendo reconocer a otros profesionales y al gremio como seres activos y trascendentes, considerando a la persona como un ser holístico implementando la investigación con un abordaje cualitativo y cuantitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado. (Gómez, 2009)

La Enfermería define claramente su objeto de estudio cuando afirma ocuparse de proporcionar *cuidado* profesional a las *personas* que, en interacción continua con su *entorno*, viven experiencias de *salud-enfermedad*. Algunos lo denominan metaparadigma enfermero, aunque bien podríamos llamarle simplemente perspectiva enfermera. Para alcanzar su objeto, la Enfermería se afana en procurar satisfacer las necesidades básicas que dan sustento a la vida mediante un método propio que llamamos Proceso de Atención de Enfermería, que no es más que una adaptación del método científico a nuestro campo disciplinar. (Amezcuca, 2018)

#### **4.3 PROCESO CUIDADO ENFERMERO**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un

sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

#### **4.4 MODELO TEÓRICO DEL PCE**

##### **Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem**

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir, mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad,

incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello.

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.
- Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
- Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

El autocuidado es una función humana reguladora que se debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. El cuidar de uno mismo es el proceso de autocuidado que se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan. Las limitaciones del cuidado son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posibles, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas proporcionan un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

- Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
- Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
- Acciones expresivas interpersonales.
- Secuencia de acción para controlar factores externos.

Las acciones de autocuidado orientadas internamente van dirigidas al control de factores internos (pensamientos, sentimientos, orientación).

Teoría de déficit de autocuidado: esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden compensarlo por medio del sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico.

Teoría de los sistemas de Enfermería:

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente, paciente encamado con reposo absoluto
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

## **ENFOQUE DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**

La Teoría de Marjory Gordon define los patrones funcionales como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, a la calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. (Rodríguez, 2018)

Los patrones funcionales de salud fueron creados por Marjory Gordon a mediados de la década de 1970 con el objetivo de sistematizar la valoración de los pacientes. Se entiende por patrones funcionales una configuración de comportamientos más o menos común 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. (Raile, 2011)

Así contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno. M. Gordon proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud, que describen todas las áreas que comprende el ser humano. En cada patrón, el profesional debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente. (Hernández, 2002)

Patrones funcionales:

### **Patrón 1: Percepción- Manejo de salud**

Que valora:

- Como percibe el individuo la salud y el bienestar.
- Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación
- La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones...). (Álvarez, 2010)

### **Patrón 2: Nutricional- Metabólico**

Qué valora:

- Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas
- Horarios de comida.
- Preferencias y suplementos.
- Problemas en su ingesta. Altura, peso y temperatura.
- Condiciones de piel, mucosas y membranas. (Álvarez, 2010)

### **Patrón 3: Eliminación**

Qué valora:

- Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel
- Como se valora: Intestinal: Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías, incontinencia. Urinaria: Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, ileostomías), incontinencias. Cutánea: Sudoración copiosa. (Álvarez, 2010)

### **Patrón 4: Actividad /ejercicio**

Qué valora:

- El patrón de ejercicio
- La actividad

- Tiempo libre y recreo
- Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.)
- La capacidad funcional
- El tipo, cantidad y calidad del ejercicio.
- Las actividades de tiempo libre. (Álvarez, 2010)

### **Patrón 5: Sueño- Descanso**

Que valora:

- Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día
- La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso
- La percepción del nivel de energía.
- Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc.). (Álvarez, 2010)

### **Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo**

Qué valora:

- Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos
- Nivel de conciencia
- Conciencia de la realidad
- Adecuación de los órganos de los sentidos
- Compensación o prótesis
- Percepción del dolor y tratamiento
- Lenguaje
- Ayudas para la comunicación
- Memoria
- Juicio, comprensión de ideas
- Toma de decisiones. (Álvarez, 2010)

### **Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto**

Qué valora:

- Autoconcepto y percepciones de uno mismo.

- Actitudes a cerca de uno mismo.
- Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas.
- Imagen corporal, social. Identidad.
- Sentido general de valía.
- Patrón emocional.
- Patrón de postura corporal y movimiento
- Contacto visual
- Patrones de voz y conversación. (Álvarez, 2010)

### **Patrón 8: Rol- Relaciones**

Qué valora:

- El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás)
- La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad.)
- Responsabilidades en su situación actual.
- Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales

### **Patrón 9: Sexualidad y Reproducción**

Qué valora:

- Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad
- Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales
- Seguridad en las relaciones sexuales.
- Patrón reproductivo
- Premenopausia y posmenopausia
- Problemas percibidos por la persona. (Álvarez, 2010)

### **Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés**

Qué valora:

- Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona.
- Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés.

- La capacidad de adaptación a los cambios.
- El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo.
- La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.  
(Álvarez, 2010)

### **Patrón 11: Valores y Creencias**

Qué valora:

- Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones.
- Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo.
- Lo que es percibido como importante en la vida.
- Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud.
- Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte.
- Las prácticas religiosas. (Álvarez, 2010)

## **4.5 ETAPAS DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO**

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente. Sin embargo, aunque la utilización y puesta en práctica del proceso de Enfermería es ajeno para ciertos estudiantes y entidades, no hay duda que es un requerimiento y una guía bastante útil y práctica que orienta el alcance de metas en todos los ámbitos del cuidado de Enfermería. Así mismo, es claro que la literatura sobre el tema de una década para acá ha sido numerosa, dando fe de los beneficios del proceso tanto en el contexto asistencial como comunitario. (Gutiérrez, 2009)

El Proceso de Enfermería tiene un sustento teórico fundamentado en las diversas teóricas en Enfermería, comenzando con la pionera de la Enfermería, Florence Nightingale que hace más de un siglo da los primeros indicios del proceso por medio de los cuidados higiénicos y estructurales de las entidades de salud, donde a través de la observación identifica prioridades en términos de condiciones de salubridad para evitar la propagación

de infecciones, en una época enmarcada por la guerra y todas las consecuencias que ésta lleva en la salud de las personas, lo que evidencia la primera etapa del proceso: la valoración, luego la identificación de problemas que correspondería a la fase diagnóstica y la realización de actividades encaminadas a resolver las problemáticas, que sería la planeación. (Gutiérrez, 2009)

#### **4.5.1 VALORACIÓN**

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. (Rodríguez, 2000)

Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona. (Rodríguez, 2000)

#### **4.5.2 DIAGNOSTICO**

Los diagnósticos de enfermería son problemas basados a las respuestas humanas del paciente al que se le brinda atención de forma independiente. Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas, considerando como la principal, la taxonomía NANDA. Según Marjory Gordon "diagnosticar es la segunda etapa del proceso, inicia al concluir la valoración y contribuye una función intelectual compleja, en la que se realiza la estandarización de los diagnósticos enfermeros identificados por patrón alterado". (Reina, 2010)

El diagnóstico de enfermería está estructurado por componentes:

- Etiqueta diagnóstica= describe el problema de salud

- Características definitorias= signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta de diagnóstico
- Factores relacionados= identifica las causas probables del problema de salud.

## TIPOS DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Conforme la última actualización de la taxonomía NANDA 2018-2020, se encuentran definidos cuatro tipos de diagnósticos enfermeros, los cuales son:

- Reales: juicio clínico del problema que el paciente está presentando en el momento de la valoración de enfermería. Conformado por etiqueta diagnóstica, factor relacionado y características definitorias.
- De riesgo: juicio clínico de que no hay un problema, pero existe la presencia de factores de riesgo que indican un probable desarrollo de una enfermedad. Conformado por etiqueta diagnóstica y factor de riesgo.
- Bienestar: también conocidos como diagnóstico de promoción a la salud, encargados de aumentar el deseo de mejorar el autocuidado con el fin de alcanzar un adecuado estado de salud. Conformado por etiqueta diagnóstica y características definitorias.
- De síndrome: relacionados con un grupo de diagnósticos de enfermería reales o de riesgo y que se prevé que se presenten debido a una determinada situación o evento. Conformado por etiqueta diagnóstica (ej. Síndrome de dolor crónico, síndrome postraumático), factor relacionado, características definitorias (conjunto de diagnósticos de enfermería). (Reina, 2010)

### 4.5.3 PLANEACIÓN

Fase de planeación de cuidados o tratamiento de enfermería en la cual se establecen y se llevan a cabo actividades de enfermería con el fin de prevenir, reducir o eliminar problemas detectados. Consta de cuatro etapas:

- Establecer prioridades. En esta etapa se trata de ordenar según la importancia los problemas detectados.
- Planteamiento de objetivos. Describir resultados esperados en el paciente, proporcionan una guía para dirigir actividades de enfermería a una meta propuesta. De igual manera permiten evaluar la evolución, así como la eficacia de los cuidados

proporcionados. Deben formularse tomando en cuenta conductas, compromiso, conocimiento y capacidades del paciente y fijar un determinado plazo.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería. Determinar los objetivos o acciones concretas que incluyan al personal de enfermería que este al cuidado del paciente.
- Documentación del plan. (Kozier, 2019)

#### **4.5.4 IMPLEMENTACIÓN**

Durante esta etapa el profesional de enfermería decide qué tipo de acciones son las adecuadas para obtener los resultados; durante la ejecución lo que hará será llevar a cabo estas acciones, de manera que cuando se registran la planificación y la ejecución, se produce lo que puede parecer una duplicación de los registros. Dicha duplicación no existe, puesto que mientras el registro de la planificación expresa acciones del futuro; el registro de la ejecución permite comprobar cuáles de las intervenciones programadas se han llevado a cabo finalmente y si se ha producido algún cambio entre lo programado y lo realizado. (Audrey, 2013)

A pesar de que la etapa de ejecución se define fundamentalmente como una etapa de hacer, el profesional de enfermería necesita de la habilidad manual, la capacidad técnica, así como de sus capacidades intelectuales, de interrelaciones personales, toma de decisiones, observación y comunicación para así garantizar el éxito de su actuación. (Audrey, 2013)

##### **Definición**

Momento en el que la enfermera/o lleva a cabo las actividades programadas en la etapa de planificación o como afirma Kozier (2019): “es poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención; es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente”.

Igual que en las etapas anteriores, esta variedad de acciones que incluye la ejecución hace que se puedan distinguir en ella tres fases.

- Fase de preparación.

Incluye un repaso a todas las etapas anteriores, además de la realización de una serie de acciones que permiten garantizar la intervención. Es decir, es la preparación de la jornada

que exige el uso del razonamiento crítico. Esta fase incluye actividades como: validación del plan o revisión de las intervenciones programadas en la planificación; análisis de los conocimientos y las técnicas necesarias para llevar a cabo las acciones; identificar las posibles complicaciones; determinar las necesidades de tiempo, de personal y de equipo; y finalmente crear un ambiente terapéutico. (Secretaría de Salud, 2018).

- Fase de intervención.

La atención del sujeto está bajo la responsabilidad del equipo de enfermería, aunque en ocasiones el profesional delega algunas acciones, esto no lo exime de su responsabilidad, los resultados deberán ser registrados para que puedan en cualquier momento ser conocidos por el resto del equipo. (Secretaría de Salud, 2018).

- Fase de documentación o registro.

El registro de todo lo que ha sucedido a lo largo de la etapa de ejecución del proceso cuidado enfermero es fundamental tanto para garantizar la calidad, como por el valor que tiene para el desarrollo de la investigación en la enfermería. Un buen registro aportará información fundamental. (Secretaría de Salud, 2018).

Para que pueda cumplir todos estos objetivos la información deberá quedar plasmada, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ✓ Escribir con letra clara.
- ✓ Registrar rápidamente.
- ✓ Anotar con exactitud: dónde, cuándo y cómo.
- ✓ Firmar el registro siempre.
- ✓ No dejar líneas en blanco.
- ✓ Registrar lo que se ha visto, oído, percibido u observado.
- ✓ Ser concisos y específicos.
- ✓ Utilizar las palabras del paciente.
- ✓ Anotar lo que no se considere dentro de la norma establecida.
- ✓ Anotar los tratamientos.

#### **4.5.5 EVALUACIÓN.**

Es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el proceso de cuidado enfermero (P.C.E): es parte integral de cada una de las etapas y se relaciona con la valoración (considerada como una evaluación inicial); diagnóstico (se evalúan los datos); planificación (cuya fase de priorización se evalúa diagnósticos) y ejecución (se remite a la evaluación de las etapas anteriores). (Audrey, 2013).

Definición.

Phaneuf (1999) considera a la evaluación como: “la etapa final del proceso de cuidados enfermeros, es el momento en el que el profesional compara los resultados obtenidos de sus intervenciones con los objetivos de resultado que había previsto durante la planificación; formula un juicio e identifica los aspectos del plan que merecen ser revisados y ajustados.”

La evaluación de resultados se basa en determinar el cumplimiento de los objetivos planificados y permite:

- Favorecer una atención eficaz.
- Determinar el logro de los objetivos propuestos.
- Identificar los factores que afectan el logro de los objetivos.
- Decidir si se mantiene el plan de cuidados, se modifica o finaliza.
- Identificar si los cuidados han sido de baja calidad y tomar medidas para subsanar las deficiencias.
- Informar a los profesionales sobre el nivel de calidad de los cuidados.

Para conseguir todos estos objetivos la evaluación debe llevarse a cabo sobre tres aspectos: la estructura en la que tiene lugar el cuidado, el proceso de cuidar y los resultados de las intervenciones, estos permiten comprobar la efectividad de la acción de enfermería e identificar los cambios que se ha producido en el estado de salud del sujeto. (Phaneuf, 1999)

Son tres los posibles resultados de la evaluación: el paciente ha alcanzado el resultado esperado, el paciente está en proceso de alcanzar el resultado esperado y el paciente no ha alcanzado el resultado esperado.

De acuerdo a la NANDA, plantea que la evaluación se efectúa a través de dos pasos:

Puntuación de los indicadores: que consiste en aplicar una escala de mediación “diana”, en donde se otorga para cada indicador seleccionado una puntuación entre 1 a 5 puntos.

Comparación de los resultados: las puntuaciones obtenidas se comparan entre aquella, previa a la ejecución y la obtenida después de la aplicación de las intervenciones (N.I.C) para determinar su eficacia. (NANDA, 2018)

Cuando el resultado de la evaluación ha sido negativo, se deben buscar las posibles causas. Para ello, se tendrá en cuenta que en el proceso de cuidados enfermeros están implicados además de la enfermera/o, el sujeto, las personas significativas para él y el resto de miembros del equipo de salud. Una evaluación negativa obliga a retomar el proceso de cuidados enfermeros en una etapa u otra, dependiendo de cuál sea el problema; también se deberá identificar las causas que puedan estar provocando el problema y darles solución. (NIC, 9 EDICION)

## **4.5.6 PROBLEMATICA DE SALUD DE LA PERSONA**

### **PERFORACION INTESTINAL**

#### **CONCEPTO**

Orificio que se desarrolla a través de la pared intestinal derramando su contenido al exterior (peritoneo).

Las perforaciones pueden ser solitarias o múltiples y se producen en 1% a 15% de los casos del intestino delgado, por lo general, en el íleon. Por el contrario, la perforación del colon es infrecuente. (FELIPE, 2010)

#### **ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS**

El aparato digestivo es un conjunto de órganos encargados de la digestión de los alimentos y líquidos para posterior descomponerlos en sustancias que el cuerpo usa como fuente de energía o para el crecimiento y reparación de tejidos. Está compuesto por boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, recto y ano. Además de estructuras accesorias como dientes, lengua, glándulas salivales, páncreas, hígado y vesícula biliar.

El intestino es un tubo estrecho que se extiende desde el estómago hasta el colon, consta de tres partes: duodeno (25cm de longitud), yeyuno e íleon (tienen en conjunto más de 4.5m de longitud). La mucosa y la submucosa del intestino delgado están dispuestas en forma de pliegues circulares que se extienden sobre toda la superficie interna y se proyectan a la luz intestinal, llamadas válvulas conniventes de Kerkring. Estas son más pronunciadas en el duodeno y yeyuno. Estos pliegues circulares, a su vez, están cubiertos de vellosidades intestinales o villi.

Los villi tienen en su interior un capilar linfático y musculo liso, lo cual es ventajoso para la absorción de líquidos y sustancias disueltas hacia la sangre de la vena porta así como hacia el sistema linfático. Entre las vellosidades se sitúan glándulas tubulares llamadas criptas de Lieberkuhn cuya secreción proporciona un medio acuoso para la absorción de sustancias desde el quimo cuando entra en contacto con las vellosidades. Además, en el duodeno existen glándulas de Brunner que segregan líquido alcalino rico en mucina para proteger la mucosa duodenal.

Al presentar el trauma abdominal aparece la salida del contenido de las vísceras provocando fallas en el aparato digestivo y limitando la funcionalidad anatómico-fisiológica del mismo. Dependiendo de la cantidad y composición del mismo va a producir una irritación peritoneal y un cuadro más o menos grave. Posteriormente si se deja evolucionar pueden aparecer infección y sepsis abdominal.

## **MANIFESTACIONES**

El paciente suele manifestarse fatigado, intranquilo y adopta posiciones que disminuyan el dolor. El dolor intenso habitualmente es difuso aunque en ocasiones puede ser localizado en epigastrio, fosa iliaca derecha, hipocondrio derecho y puede presentar irradiación a espalda y dolor en hombros si existe irradiación diafragmática. Si el cuadro es evolucionado puede presentar signos y síntomas de sepsis y shock.

A la exploración física puede haber distensión abdominal, diaforesis, ascitis, taquicardia, fiebre, taquipnea e hipotensión, la palpación suele ser dolorosa. En general se encuentra hipersensibilidad cutánea, signos de irritación peritoneal y contractura muscular refleja, a la auscultación disminución de ruidos peristálticos.

### **4.5.7 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

En estudios de laboratorio habitualmente refleja anemia, leucocitosis según la evolución, una gasometría podría indicar signos de shock o sepsis. Los estudios radiológicos son fundamentales, las técnicas usadas con mayor frecuencia; una radiografía de tórax es muy útil para descubrir neumoperitoneo, hallazgos en una TAC engrosamiento de la pared intestinal focal o difusa, lo que indica una lesión intestinal y la necesidad de reparación quirúrgica, líquido o infiltración de la grasa mesentérica al igual que un hematoma, extravasación (hemorragia activa), o una ecografía abdominal demostraría ascitis, contenido de apariencia líquida y engrosamiento de asas del intestino. El hallazgo más frecuente es la existencia de líquido libre o hemoperitoneo.

El tratamiento de la perforación intestinal es únicamente quirúrgico y es de suma importancia la administración de líquidos para la reposición hidroelectrolítica adecuada y antibioterapia sistémica de amplio espectro.

## V. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

### GUIA DE VALORACION EN ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

#### DATOS GENERALES

Unidad de internación: Clínica Sinaí

Habitación: privado 02

Fecha de ingreso: 21 de junio 2021

Fecha de valoración 23 de junio 2021

Nombre del paciente: JHCD

Fecha de nacimiento: 01 de marzo 2000

Edad: 21 años

Nivel de formación: primaria y secundaria completa

Profesión u oficio: albañil

Procedencia del paciente: ingresa al área de urgencias por medio de silla de ruedas, procedente de su hogar, acompañado de su familia.

MOTIVO DE INGRESO: Dolor abdominal posterior a caída en bicicleta

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Traumatismo abdominal, probable perforación intestinal

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: padre y madre ambos con diabetes mellitus e hipertensión arterial

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: niega alergias, transfusiones, procedimientos quirúrgicos o traumatismos previos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: negados

#### MEDICAMENTOS

DROGA	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	FRECUENCIA	VIA
Metamizol	Metamizol	1gr	c/6hrs	IV
Ketorolaco	Ketorolaco	30mg	c/8hrs	IV
Tramadol	Tradol	50mg	c/12hrs	IV
Omeprazol	Omeprazol	40mg	c/24hrs	IV
Ceftriaxona	Cefaxona	1gr	c/12hrs	IV
Gentamicina	Gentamicina	80mg	c/12hrs	IV

CUIDADOS DE ENFERMERIA QUE PRECISA EN FORMA INMEDIATA A SU INGRESO: observación, hidratación, ministración de medicamentos, sondaje.

## 5.1 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

### 1 PATRON PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

Paciente con aspecto general adecuado, conociendo su diagnóstico y pronóstico delicado, refiriéndose preocupado en proceso de aceptación, contando como sistema de apoyo a familia y amigos. Hábito de consumo semanal de tabaquismo, alcoholismo y marihuana desde los 15 años.

### 2 PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO

Peso de 70kg con una talla de 1.70m, IMC 24.2, sin pérdida importante de peso antes del ingreso hospitalario, refiriendo apetito normal, niega intolerancia a alimentos con preferencia a los de origen animal, no presenta náuseas, vómito o disfagia. Estando durante su estancia en hospital en ayuno por 5 días (del 21 al 26 de junio) comprendiendo el porqué de la dieta. Observándose encías dentro de límites normales, lengua limpia, piezas dentales completas con caries y sarro. Presencia de sonda nasogástrica a derivación con contenido gástrico biliar, drenaje por penrose cubierta con apósito 24hrs, posterior colocación de bolsa de colostomía en flanco derecho con secreción hemática abundante. Como hábitos higiénicos lavado de dientes dos veces al día, baño diario, necesitando ayuda de otra persona. Piel de coloración pálida, temperatura caliente, turgencia flexible, negando historial de problemas de piel o cicatrización, balance hídrico - 835ml (ingresos 1450ml, egresos 2286ml).

### 3 PATRON DE ELIMINACION

Cuenta con sonda vesical para cuantificación de uresis (200ml en 24hrs durante el primer día de hospitalización), color ámbar, presentando estreñimiento refiriendo como fecha de última defecación el 20 de junio, diaforético sin problemas con el olor corporal.

#### 4 PATRON DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Actividades cotidianas como alimentación, aseo, deambulaci3n, eliminaci3n y vestido actualmente las realiza con ayuda. 3ndice de Barthel con puntuaci3n de 75 (dependencia leve). Marcha disbasica con tonicidad y fuerza de extremidades normales. Refiere no desempe1ar alguna actividad f3sica durante su tiempo libre, siendo sedentario. Equimosis en flanco y fosa iliaca derecha.

#### SIGNOS VITALES

- Temperatura: 37.5°C axilar, diafor3tico.
- Frecuencia respiratoria: 19 LPM, sin presencia de ruidos respiratorios anormales, tiraje intercostal, cianosis, sin tos o expectoraciones, SPO2 98% con ox3geno ambiental.
- Frecuencia cardiaca: 137 LPM, pulsos perif3ricos presentes en miembros superiores e inferiores, llenado capilar en 4 segundos. Acceso venoso perif3rico en miembro superior izquierdo con l3quidos parenterales.
- Tensi3n arterial: 90/30mmHg

#### 5 PATRON SUE1O-DESCANSO

Descanso adecuado necesitando almohadas para conciliar el sue1o, relaj3ndose a la escucha de m3sica. Refiriendo actualmente solo sue1o nocturno intermitente de 4 horas aproximadamente.

#### 6 PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL

Orientado en tiempo, lugar y persona. Lenguaje coherente y organizado. Se encuentra alerta, cooperador, cuestionador, habla clara. Estado neurol3gico integro, pupilas isoc3ricas, foto reactivas, audici3n, gusto, olfato, tacto y visi3n sin problemas. Refiere dolor posterior a procedimiento quir3rgico, percibi3ndolo interno, localizado en epigastrio y mesogastrio, sin irradiaci3n, valorado en escala de EVA 9/10, diferentes posiciones es un factor que calma el dolor.

## 7 PATRON AUTOIMAGEN Y AUTOCONCEPTO

Reactividad emocional adecuada al contexto, tonalidad afectiva agradable, percepción de imagen corporal y descripción de sí mismo ajustado a la realidad, actitud de aceptación frente a su cuerpo, a la autoevaluación general, como competencia personal con actitud positiva.

## 8 PATRON DE ROL-RELACIONES

Familia extensa, desempeña rol de hijo, hermano y tío. Convive mayormente con amigos y hermanos. Percibe la relación familiar como satisfactoria sin problemas de interés en las relaciones con los miembros de la misma. Recibe apoyo familiar frente al proceso de enfermedad, manifestándose preocupados. Considera como personas más significativas a sus padres y amigos. No participa en actividades sociales o culturales por lo cual su círculo social es pequeño. Considera sin problemas de interés su estado laboral.

## 9 PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCION

Refiere no realizar autoexploración testicular, sin secreciones o lesiones peneales. Vida sexual activa con satisfacción de sus relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos de barrera, sin problemas de identidad sexual o de género, considerándose varón y heterosexual.

## 10 PATRON DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Estado de tensión y ansiedad controlado, sin pérdidas importantes en el último año. Manifiesta impotencia y desesperanza ante la situación. Como sistemas de soporte o apoyo esta su familia y amigos. La mayor parte del tiempo refiere sentirse relajado, sin necesidad de consumo de medicamentos, consumo de drogas (marihuana), resuelve sus problemas sin dificultad.

## 11 PATRON VALORES Y CREENCIAS

Cree en un ser supremo, profesándose de religión católica, considerando a la misma como importante así como su familia. Como valores principales respeto, amor y honestidad. Refiere no se tome en cuenta algún aspecto cultural, religioso o personal. Manifiesta tener planes a futuro a corto y largo plazo.

**DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA**

PATRÓN VALORADO	AGRUPACION DE DATOS	DEDUCCION	DOMINIO NANDA	CLASE NANDA	ETIQUETA NANDA	ENUNCIADO DIAGNÓSTICO
<p align="center">Patrón 1 Percepción Manejo de la salud</p>	<p>Hospitalización Refiriéndose preocupado en proceso de aceptación. Hábito de consumo semanal de tabaquismo, alcoholismo y marihuana desde los 15 años.</p>	<p>Manejo inadecuado de la salud</p>	<p>Dominio1 Promoción de la salud</p>	<p>Clase 2 Gestión de la salud</p>	<p>Protección ineficaz</p>	<p>Protección ineficaz relacionado con abuso de sustancias manifestado por inmovilidad e inadecuada respuesta adaptativa.</p>
<p align="center">Patrón 2 Nutricional Metabólico</p>	<p>Peso de 70kg con una talla de 1.70m, IMC 24.2 Ayuno por 5 días. Balance hídrico - 835ml (ingresos 1450ml, egresos 2286ml). Presencia de SNG a derivación con contenido gástrico biliar y drenaje por penrose cubierta con apósito en flanco derecho con secreción hemática abundante por procedimiento quirúrgico</p>	<p>Peso Normal según IMC. Perdida de líquidos por balance.</p>	<p>Dominio 11: Seguridad/ Protección</p> <p align="center">Dominio 11 Seguridad protección</p>	<p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Clase 5: Hidratación</p> <p>Clase 1 Infección</p>	<p>Deterioro de la integridad tisular</p> <p>Déficit de volumen de líquidos</p> <p>Riesgo de infección</p>	<p>Deterioro de la integridad tisular relacionado con lesión tisular manifestado por factores mecánicos y procedimiento quirúrgico.</p> <p>Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida importante del volumen de líquidos manifestado por oliguria, taquicardia e hipotensión.</p> <p>Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo, tabaquismo y alteración de la integridad</p>

						cutánea.
Patrón 3 Eliminación	Sonda vesical para cuantificación de uresis (200ml en 24hrs durante el primer día de hospitalización), color ámbar, no presenta evacuaciones desde hace 3 días.	Oliguria Estreñimiento	Dominio 3 Eliminación	Clase 2 Función gastro-intestinal	Estreñimiento	Estreñimiento relacionado con desequilibrio electrolítico manifestado por disminución en la frecuencia de defecar.
Patrón 4 Actividad Ejercicio	Índice de Barthel con puntuación de 75 (dependencia leve). Marcha disbasica. Refiere no desempeñar alguna actividad física durante su tiempo libre, siendo sedentario	Déficit del autocuidado o Sedentarismo	Dominio 4 Actividad/ reposo	Clase 2 actividad ejercicio  Clase 4 Respuesta Cardiovascular pulmonar	Deterioro de la movilidad física  Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor, sedentarismo manifestado por alteración de la marcha.  Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz relacionado con traumatismo, tabaquismo e inmovilidad

Patrón 5 Sueño descanso	Antes del ingreso sueño diurno de 2 horas y nocturno de 10-12 horas, actualmente solo sueño nocturno intermitente de 4 horas aproximadamente	Trastorno del patrón de sueño	Dominio 4 actividad reposo	Clase 1 sueño reposo	Trastorno del patrón del sueño	Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales, manifestado por cambios en el patrón del sueño
Patrón 6 Cognitivo perceptivo	Refiere dolor posterior a procedimiento quirúrgico, percibiéndolo interno, localizado en epigastrio y mesogastrio, sin irradiación, valorado en escala de EVA 9/10, diferentes posiciones es un factor que calma el dolor.	Dolor	Dominio 12 confort	Clase 1 confort físico	Dolor agudo	Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos, manifestado por auto informe de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas, cambio en parámetros fisiológicos, postura de evitación del dolor, conducta expresiva
Patrón 10 Afrontamiento tolerancia al estrés	Estado de tensión y ansiedad controlado, consumo de drogas	Consumo de drogas	Dominio 1 promoción de la salud	Clase 2 gestión de la salud	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionado con abuso de sustancias, manifestado por fracaso al emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.

## PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA E. OREM

La teoría de Dorothea E. Orem establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Cuando por situaciones de salud el paciente no puede cuidarse a sí mismo, la enfermera tiene que compensar o suplir las necesidades. Orem determina tres requisitos que se enlistan a continuación y por los cuales se clasifican los diagnósticos enfermeros encontrado en el paciente:

<b>Universales:</b> Demandas y acciones referidas como actividades del diario vivir.	-DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS -DOLOR AGUDO -ESTREÑIMIENTO
<b>Relativos al desarrollo:</b> Promover las condiciones evolutivas o del desarrollo del ser humano.	
<b>Desviación de la salud:</b> Requisitos que son el resultado de una enfermedad, tratamiento, lesión o alteración.	-RIESGO DE PERFUSION GASTROINTESTINAL INEFICAZ -DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA -RIESGO DE INFECCIÓN

## FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 02 PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotensión</li> <li>• Taquicardia</li> <li>• Oliguria</li> <li>• Diaforesis</li> <li>• Cantidad de drenado de la herida</li> <li>• Estudios de laboratorio</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad</li> </ul>	<p>Dominio: 02 NUTRICION Clase: 05 HIDRATACION</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00027 DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS</p> <p>Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación, perdida solo de agua, sin cambios en el sodio.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración que afecta la absorción de líquidos</li> </ul> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la presión arterial</li> <li>• Aumento de la frecuencia cardíaca</li> <li>• Disminución de la diuresis</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>			
		Dominio: 02 salud fisiológica		Clase: AA respuesta terapéutica	
		Criterio de resultado: 2303 Recuperación posterior al procedimiento			
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana*	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 230331 cantidad de drenado de los drenajes/tubos de la herida</li> <li>• 230332 cantidad de drenado en el apósito</li> <li>• 230333 sangrado</li> <li>• 230325 equilibrio de líquidos</li> </ul>	<p>1 (desviación grave del rango normal)</p> <p>2 (desviación sustancial del rango normal)</p> <p>1 (desviación grave del rango normal)</p> <p>3 (desviación moderada)</p>	<p>Mantener en 1 Aumentar a 5 (sin desviación)</p> <p>Mantener en 2 Aumentar a 5</p> <p>Mantener en 1 Aumentar a 5</p> <p>Mantener en 3 Aumentar a 5</p>			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>INTERVENCION: 4180 Manejo de la hipovolemia</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar el estado hemodinámico</li> <li>2. Monitorizar entradas y salidas</li> <li>3. Monitorizar la presencia de datos de laboratorio de hemorragia (hemoglobina, hematocrito)</li> <li>4. Mantener un acceso intravenoso permeable para la administración de soluciones</li> <li>5. Administrar hemoderivados</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las funciones vitales evalúan en forma global el funcionamiento del organismo, permitiendo detectar oportunamente los signos de alarma, los cuales van a reflejar cambios que se producen en el paciente.</li> <li>2. El registro preciso de entradas y salidas de líquido, es de gran utilidad para poder realizar la valoración de la función renal, función circulatoria, así como también la cuantificación de pérdidas insensibles.</li> <li>3. La pérdida sanguínea ocasiona un descenso de los parámetros de la serie roja, recuento de hematíes, hematocrito y hemoglobina, los estudios de laboratorio reflejaran la gravedad de la hemodilución o anemia.</li> <li>4. La vía intravenosa para la administración de líquidos, electrolitos y fármacos, se considera la terapia más rápida, efectiva y con mejores efectos sistémicos en pacientes que precisan atención hospitalaria. (Carballo, 2004)</li> <li>5. La transfusión sanguínea es un procedimiento terapéutico basado en el aporte de componentes sanguíneos con la finalidad de aumentar el déficit de los mismos. (Contin, 2009)</li> </ol>	Criterio de resultado: Recuperación posterior al procedimiento	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 230331 cantidad de drenado de los drenajes/tubos de la herida</li> <li>• 230332 cantidad de drenado en el apósito</li> <li>• 230333 sangrado</li> <li>• 230325 equilibrio de líquidos</li> </ul>	<p>4</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>5</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 06 PATRON COGNITIVO-PERCEPTIVO</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en los parámetros físicos</li> <li>• Postura de evitación del dolor</li> <li>• Inquietud</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto informe de intensidad del dolor</li> </ul>	<p>Dominio: 12 CONFORT</p> <p>Clase: 01 CONFORT FISICO</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00132 DOLOR AGUDO</p> <p>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes lesivos físicos (traumatismo)</li> </ul> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto informe de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (EVA)</li> <li>• Cambio en parámetros fisiológicos</li> <li>• Postura de evitación del dolor</li> <li>• Conducta expresiva (inquietud)</li> </ul>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		<p>Dominio: 05 salud percibida</p>	<p>Clase: V sintomatología</p>	
		<p>Criterio de resultado: 2102 Nivel del dolor</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p>210201 dolor referido</p> <p>210212 presión arterial</p>	<p>Puntuación inicial</p> <p>1 (grave)</p> <p>3 (moderado)</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>Mantener en 1 (grave) Aumentar a 5 (ninguno)</p> <p>Mantener en 3 (moderado) Aumentar a 5 (ninguno)</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 fisiológico: complejo</p> <p>Clase: H control de fármacos</p> <p>INTERVENCION: 2210 administración de analgésicos</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente</li> <li>2. Determinar el analgésico según el tipo e intensidad de dolor</li> <li>3. Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos</li> <li>4. Administrar analgésicos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia</li> <li>5. Evaluar la eficacia del analgésico</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor para así determinar el tipo de analgésico a administrar.</li> <li>2. La valoración del dolor incluyendo intensidad, calidad, tipo, permitirá administrar el analgésico de mayor eficacia según indicaciones médicas.</li> <li>3. La sensación de dolor es una de las funciones vitales del organismo que aporta información de la existencia de una lesión sobre el mismo, pudiendo incrementar las respuestas metabólicas, al administrar analgesia, una valoración nos informara de posibles cambios a nivel sistémico.</li> <li>4. El tratamiento del dolor consiste en la combinación de dos o más fármacos y/o métodos analgésicos, con el fin de potenciar la analgesia y disminuir los efectos colaterales.</li> <li>5. La escalera analgésica es la mejor demostración de la utilización multimodal de los analgésicos, la cual recomienda el manejo progresivo de los diferentes tipos, con una evaluación continua del dolor.</li> </ol>	Criterio de resultado: NIVEL DEL DOLOR	
		Indicador (es)	Puntuación final
		210201 dolor referido  210212 presión arterial	5  5



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 01 FISIOLÓGICO: BÁSICO</p> <p>Clase: B CONTROL DE LA ELIMINACIÓN</p> <p>INTERVENCIÓN: 0430 CONTROL INTESTINAL</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color</li> <li>2. Monitorizar los sonidos intestinales</li> <li>3. Informar si hay disminución de los sonidos intestinales</li> <li>4. Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar nomenclatura específica para unificar criterios en la interpretación de las características de las evacuaciones intestinales.</li> <li>2. Al verificar el peristaltismo, se observa el avance intestinal que lleva al individuo para la mejora del tracto digestivo.</li> <li>3. El informe de la disminución de la motilidad ayudará a indagar la evolución favorable o desfavorable de la capacidad intestinal.</li> <li>4. La fibra favorece en el aumento de la movilidad intestinal, ya que al solubilizar con el agua, se convierte en un gel aumentando la capacidad de movilidad.</li> </ol>	Criterio de resultado: ELIMINACIÓN INTESTINAL	
		Indicador (es)	Puntuación final
		50101 patrón de eliminación  50102 ruidos abdominales	4  4

**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 04 actividad-ejercicio</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruidos intestinales</li> <li>• Estreñimiento</li> <li>• Diuresis</li> <li>• Balance de líquidos</li> <li>• Inmovilidad</li> <li>• Traumatismo</li> </ul> <p>Datos Subjetivos: Disminución de evacuaciones Tabaquismo Sedentarismo</p>	<p>Dominio: 04 actividad/reposo</p> <p>Clase: 04 respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Etiqueta diagnóstica: RIESGO DE PERFUSION GASTROINTESTINAL INEFICAZ 00202 Vulnerable a una disminución de la circulación gastrointestinal, que puede comprometer la salud.</p> <p>Factor (es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: Traumatismo Tabaquismo Inmovilidad</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		<p>Dominio: 02 salud fisiológica</p>	<p>Clase: E cardiopulmonar</p>	
		<p>Criterio de resultado: 0404 Perfusión tisular: órganos abdominales</p>		
		<p>Indicador (es) 40402 Diuresis</p> <p>40405 ruidos intestinales</p> <p>40408 dolor abdominal</p> <p>40427 equilibrio de líquidos alterado</p>	<p>Puntuación inicial 3 (desviación moderada de rango normal)</p> <p>2 (desviación sustancial)</p> <p>1 (desviación grave)</p> <p>2 (desviación sustancial)</p>	<p>Puntuación Diana* Mantener en 3 Aumentar a 5</p> <p>Mantener en 2 Aumentar a 5</p> <p>Mantener en 1 Aumentar a 5</p> <p>Mantener en 2 Aumentar a 5 (sin desviación del rango normal)</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 Fisiológico: complejo</p> <p>Clase: G Control de electrolitos y acido básico</p> <p>INTERVENCION: 1910 Manejo del equilibrio acido básico</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar los determinantes del aporte tisular de oxigeno (spO2)</li> <li>2. Monitorizar entradas y salidas</li> <li>3. Administrar analgésicos</li> <li>4. Administrar oxigenoterapia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El transporte de oxígeno en un paciente alterado fisiológicamente, los mecanismos adaptativos para mantener un aporte adecuado a los tejidos será insuficiente.</li> <li>2. El registro preciso de entradas y salidas de líquido, es de gran utilidad para poder realizar la valoración de la función renal, función circulatoria, así como también la cuantificación de pérdidas insensibles</li> <li>3. El tratamiento del dolor consiste en la combinación de dos o más fármacos y/o métodos analgésicos, con el fin de potenciar la analgesia y disminuir los efectos colaterales</li> <li>4. Administración de oxígeno a concentraciones mayores que las del aire ambiente, con la intención de tratar o prevenir las manifestaciones de hipoxia.</li> </ol>	Criterio de resultado: Perfusión tisular: órganos abdominales	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>40402 Diuresis</p> <p>40405 ruidos intestinales</p> <p>40408 dolor abdominal</p> <p>40427 equilibrio de líquidos alterado</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>5</p>

**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 02 PATRÓN NUTRICIONAL - METABOLICO</p> <p>Datos objetivos: Herida quirúrgica</p> <p>Datos Subjetivos: Alteración de la sensibilidad</p>	<p>Dominio: 11 seguridad/protección</p> <p>Clase: 02 lesión física</p> <p>Etiqueta diagnóstica: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR 00044</p> <p>Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema tegumentario, fascia muscular, musculo, tendón, hueso, cartílago, capsula articular y/o ligamento.</p> <p>Factor (es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: Procedimiento quirúrgico</p> <p>Características definitorias: Lesión tisular</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		<p>Dominio: 04 Conocimiento y conducta de salud</p>	<p>Clase: T control del riesgo y seguridad</p>	
		<p>Criterio de resultado: 1913 Severidad de la lesión física</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p>191302 hematomas</p> <p>191323 hemorragia</p> <p>191324 traumatismo abdominal</p>	<p>Puntuación inicial</p> <p>3 (moderado)</p> <p>1 (grave)</p> <p>2 (sustancial)</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>Mantener en 3 Aumentar a 5</p> <p>Mantener en 1 Aumentar a 5</p> <p>Mantener en 2 Aumentar a 5 (ninguno)</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02 fisiológico: complejo</p> <p>Clase: L control de la piel/heridas</p> <p>INTERVENCION: 3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>2. Limpiar con una solución no tóxica</li> <li>3. Aplicar vendaje apropiado</li> <li>4. Documentar la localización, tamaño y aspecto de la herida</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vigilar las condiciones y características de la herida para asegurar una correcta condición que ayude a la pronta curación de la herida.</li> <li>2. Limpieza de heridas con soluciones antisépticas o estériles ayudara a la eliminación o disminución de los microorganismos presentes en la piel o mucosas, previniendo la presencia de gérmenes</li> <li>3. La colocación de un vendaje funcional con la finalidad de sujetar y mantener en su lugar apósitos, ejercer compresión en las heridas, limitar movimientos de las lesiones así como facilitar los mismos.</li> <li>4. Realizar anotaciones correspondientes de las características de la herida para tener un registro de la progresión de la misma.</li> </ol>	Criterio de resultado: Severidad de la lesión física	
		Indicador (es)	Puntuación final
		191302 hematomas  191323 hemorragia  191324 traumatismo abdominal	4  4  4

**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 02 Nutricional - Metabólico</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreción sanguinolenta de la herida</li> <li>• Contusión cutánea circundante</li> <li>• Edema perilesional</li> </ul> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreción abundante de la herida quirúrgica.</li> <li>• Tabaquismo</li> </ul>	<p>Dominio: 11 seguridad/protección</p> <p>Clase: 01 infección</p> <p>Etiqueta diagnóstica: RIESGO DE INFECCION 00004 Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.</p> <p>Factor (es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: Procedimiento invasivo Tabaquismo Alteración en la integridad cutánea</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		<p>Dominio: 02 salud fisiológica</p>	<p>Clase: L integridad tisular</p>	
		<p>Criterio de resultado: 1102 Curación de la herida: por primera intención</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p>110204 secreción sanguinolenta de la herida</p> <p>110215 contusión cutánea circundante</p> <p>110209 edema perilesional</p>	<p>Puntuación inicial</p> <p>1 (extenso)</p> <p>3 (moderado)</p> <p>4 (escaso)</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>Mantener en 1 Aumentar a 5</p> <p>Mantener en 3 Aumentar a 5</p> <p>Mantener en 4 Aumentar a 5 (ninguno)</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 04 seguridad</p> <p>Clase: V control de riesgos</p> <p>INTERVENCION: 6540 Control de infecciones</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrar un tratamiento antibiótico</li> <li>2. Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada</li> <li>3. Instruir a al paciente y familia de signos y síntomas de infección</li> <li>4. Fomentar el reposo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El uso de antibióticos profilácticos ayuda a prevenir una futura infección</li> <li>2. Establecer una correcta técnica de curación de heridas para la prevención de infecciones y mejor proceso de cicatrización</li> <li>3. Se deberá monitorizar y orientar al paciente sobre la presencia de signos de alarma para evita o detectar complicaciones tales como fiebre, enrojecimiento de la herida, salida se secreciones purulentas, olor fétido.</li> <li>4. La importancia del reposo ayuda a disminuir el impacto en la zona afectada, así como dolor y otras complicaciones.</li> </ol>	Criterio de resultado: Curación de la herida: por primera intención	
		Indicador (es)	Puntuación final
		110204 secreción sanguinolenta de la herida	4
		110215 contusión cutánea circundante	4
110209 edema perilesional	5		

## VI. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: JHCD

EDAD: 21 AÑOS SEXO: MASCULINO

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: PERFORACION DE ILEON

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<b>COMUNICACIÓN</b> (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Atendido en Clínica Sinaí Cita abierta a urgencias Tel. (444) 818 26 06 y 822 05 14
<b>URGENTE</b> (Identificación de signos de alarma o recaída)	Palidez de tegumentos, debilidad, dolor intenso, estreñimiento, continencia urinaria, sangrado abundante y signos de infección en heridas quirúrgicas, fiebre.
<b>INFORMACIÓN</b> (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Dieta balanceada, consumo de abundantes líquidos, cuidados de herida quirúrgica, actividad física a tolerancia, consumo de medicamentos indicados.
<b>DIETA</b> (Información relativa a la nutrición)	Dieta rica en fibra, alimentos blandos, no alimentos grasos, carbonatados, embutidos, abundantes líquidos claros (agua, te, jugo sin azúcar), se anexa información para el paciente (anexo I).
<b>AMBIENTE</b> (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	Incapacidad laboral por 40 días, actividad física a tolerancia, actividades de autocuidado asistidas, grupos de autoayuda y superación personal (Grupos AA) y desarrollo integral a la familia.
<b>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</b> (Prácticas recreativas)	Lectura, escuchar música, ver T.V

saludables)		
<b>MEDICAMENTO</b>	<b>Y</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketorolaco 10mg VO c/8hrs por 3 días</li> <li>• Clindamicina 300mg VO c/12hrs por 7 días</li> <li>• Haloperidol 5mg IM c/12hrs en caso de dolor intenso</li> <li>• Dieta blanda</li> <li>• Vendaje abdominal</li> <li>• Curación de herida quirúrgica</li> </ul>
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>NO</b>	
<b>FARMACOLÓGICO</b>		
<b>ESPIRITUALIDAD</b> (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)		Fomentar la comunicación efectiva con grupos afectivos, brindar información sobre profesionales de la salud para mejora de la misma (nutrición).

## VII. CONCLUSION

De acuerdo a la aplicación del método científico, modelos y teorías, se fundamentan las bases de la profesión de enfermería y emerge la autonomía de los cuidados basados en evidencia científica como objeto central de estudio que es el cuidado del individuo, familia y comunidad.

La necesidad de generar conocimiento basado en un método científico se evidencia en la instauración del proceso de atención de enfermería y en el desarrollo de modelos y teorías que sustentan dichos cuidados. Así mismo un código de ética, establece normas y valores para quienes ejercen la Enfermería como profesión.

Los resultados recopilados dentro de la elaboración del proceso cuidado enfermero fueron satisfactorios para el paciente debido a las actividades medicas e intervenciones de enfermería , llevando así las cinco etapas del proceso cuidado enfermero, como respuesta se obtiene una buena valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación, llevando un criterio de las intervenciones brindadas por el personal de enfermería donde se cuestiona la efectividad de las mismas en la evolución del estado de salud del paciente.

En base a la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, destacaron las alteraciones de comportamiento que contribuyeron a su estado de salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dieron de una manera secuencial a lo largo del tiempo, recopilando así datos de conducta funcional y disfuncional del paciente.

Al realizar el presente proceso de atención de enfermería queda la iniciativa de continuar con la investigación para adquirir mayor conocimiento y experiencia, así como continuar implementando intervenciones como Enfermera con la finalidad de prevenir, minimizar o corregir, así como de brindar promoción a la salud, de manera que ayude a los pacientes en la mejora de su estado de salud.

## VIII. BIBLIOGRAFÍAS

1. Agustín, C. (2006). *Scielo*. Obtenido De [Http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci\\_Arttext&Pid=S0864-03192006000400007](http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0864-03192006000400007)
2. Alvarez Jose Luis, C. F. (2010). *Servicio De Salud: Manual De Valoracion De Patrones Funcionales*. Obtenido De [Https://Www.Uv.Mx/Personal/Gralopez/Files/2016/02/Manual-Valoracion-Nov-2010.Pdf](https://Www.Uv.Mx/Personal/Gralopez/Files/2016/02/Manual-Valoracion-Nov-2010.Pdf)
3. Anton C.G. (2014) Lesión Intestinal. Diagnóstico Por Imagen. 2 Ed. Amirsys/Marbán Pp. 4-169
4. Ansari, P. (2020). *Manual MSD*. Obtenido De [Https://Www.Msdmanuals.Com/Es-Mx/Professional/Trastornos-Gastrointestinales/Abdomen-Agudo-Y-Gastroenterolog%C3%Ada-Quir%C3%Bargica/Perforaci%C3%B3n-Aguda-Del-Tubo-Digestivo](https://Www.Msdmanuals.Com/Es-Mx/Professional/Trastornos-Gastrointestinales/Abdomen-Agudo-Y-Gastroenterolog%C3%Ada-Quir%C3%Bargica/Perforaci%C3%B3n-Aguda-Del-Tubo-Digestivo)
5. Barone L.R., Rodríguez C.E., González C.D. (2018). Anatomía y Fisiología del Cuerpo Humano. Cultural Librería América. Obtenido de: 0560. Anatomía y fisiología del cuerpo humano.pdf (untumbes.edu.pe)
6. Cabal Escandon, V. E. (2016). Enfermería Como Disciplina. *Revista Colombiana De Enfermería*, 14-36.
7. Esteban, M. H. (2002). Fundamentos De La Enfermería: Teoría Y Modelo. *Fundamentos De La Enfermería*, 5-8.
8. G, R. (2010). El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado. Bogotá Colombia: Umbral Científico.
9. Godínez, A. (2015). La Enseñanza Superior De Enfermería, Un Compromiso Ineludible. *Cuidarte El Arte Del Cuidado*, 4-7.
10. Gómez, R. (2009). Fundamentos De Enfermería: Ciencia, Metodología Y Tecnología. Manual Moderno.

11. Gutierrez, L. (2015). Factores Que Determinan La Aplicacion Del Proceso De Enfermeria En Instituciones Hospitalarias. *Avances En Enfermeria*, 25-27.
12. Hernandez, I. (2014). *Manuales De Pediatria*. Obtenido De <https://www.analesdepediatria.org/es-lesion-intestinal-secundaria-traumatismo-abdominal-articulo-S1695403314002744>
13. Hernandez, N. (2017). *Scielo*. Obtenido De [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
14. Kozier, B. (2019). *Fundamentos De Enfermeria*. Madrid: Hill Interamericana.
15. Limachi, M. (2020). *Scielo*. Obtenido De [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000400374](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374)
16. M, P. (1999). *Planificacion De Los Cuidados Enfermeros*. Mexico: Mcgraw Hill.
17. Manuel, A. (2020). *Scielo*. Obtenido De [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962018000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962018000300002&lng=es&tlng=es)
18. Marin, P. (1996). *Fundamentos Teoricos Y Cuidados Basicos De Enfemeria*. Mexico: Mcgraw Hill.
19. Marriner, R. (2011). *Modelos Y Teorias De Enfermeria*. Barcelona Madrid: Elsevier.
20. Moreno, M. B., & Klijn, T. P. (06 De 2009). *Scielo*. Obtenido De [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192009000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010)
21. Puerta, A. R. (2020). *Marjory Gordon Y Los Patrones Funcionales*. Obtenido De <https://www.lifeder.com/marjory-gordon/>
22. Rodriguez, A. (2009). *Aplicacion Del Proceso Enfermero*. Barcelona: Masson.
23. S, R. (2000). *Proceso Enfermero*. Cuellar.

24. Salud, S. D. (2018). *Modelo Del Cuidado De Enfermeria*. Obtenido De [Http://Www.Cpe.Salud.Gob.Mx/Site3/Programa/Modelo\\_Cuidado\\_Enfermeria.Html](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/modelo_cuidado_enfermeria.html)
25. Salud, S. D. (2021). *Plan Nacional De Desarrollo*. Obtenido De [Https://Www.Dof.Gob.Mx/Nota\\_Detalle\\_Popup.Php?Codigo=5299465](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5299465)

## IX. GLOSARIO

Anemia: disminución en el número de glóbulos rojos en la sangre o en los niveles de hemoglobina respecto a los valores normales (12 a 16g/dL).

Ascitis: inflamación abdominal causada por la acumulación de líquido.

Epigastrio: región abdominal situada debajo del reborde costal, en la zona central del abdomen, por encima del ombligo.

Epistemología: del griego “episteme” (conocimiento) y “logos” (estudio), es la rama de la filosofía que estudia el conocimiento científico, su naturaleza, posibilidad, alcance y fundamentos.

Gasometría: técnica de monitorización respiratoria invasiva que permite, en una muestra de sangre arterial o venosa, determinar el pH, presiones de oxígeno y dióxido de carbono y concentración de bicarbonato.

Hematoma: acumulación de sangre coagulada o parcialmente coagulada en un órgano, tejido o espacio del cuerpo debido a la rotura de un vaso sanguíneo.

Hemoperitoneo: presencia de sangre libre en cavidad peritoneal.

Hipocondrio: cuadrantes superiores del abdomen que están situados bajo las parrillas costales que lo cubren parcialmente.

Hipotensión: caída de la presión arterial sistólica en más de 20mmHg y de la diastólica en más de 10mmhg.

Índice de barthel (IB): medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades

Laxante: sustancia tensoactiva que actúa como humectante al disminuir la tensión superficial de las heces y favorece su eliminación.

Leucocitosis: nivel alto de glóbulos blancos en sangre.

Meta paradigma: se forma con el elemento compositivo meta- (que puede aludir a “acerca de”, “con”, “entre”, “después de” o “junto a”) y el sustantivo paradigma (un conjunto de teorías que se toma como base para producir conocimiento y lograr la resolución de problemas). Serie de conceptos generales interrelacionados entre sí que giran en torno al objeto de interés de una disciplina.

Neumoperitoneo: presencia de aire dentro de la cavidad peritoneal o abdominal.

Ostomia: abertura creada quirúrgicamente entre los intestinos y la pared abdominal. Los tipos más comunes conectan el intestino delgado (ileostomía o jejunostomía) o el intestino grueso (colostomía) a la pared abdominal.

Perforación: Orificio que se desarrolla a través de la pared de un órgano del cuerpo. Este problema puede presentarse en el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el recto o la vesícula biliar y suele derramar su contenido al exterior.

Peristaltismo: conjunto de movimientos de contracción del tubo digestivo que permiten la progresión de su contenido desde el estómago hacia el ano.

Peritoneo: membrana que cubre la superficie interior del abdomen y forma varios pliegues que envuelven las vísceras.

Sepsis: complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección.

TAC: tomografía computarizada, es un examen médico de diagnóstico por imagen.

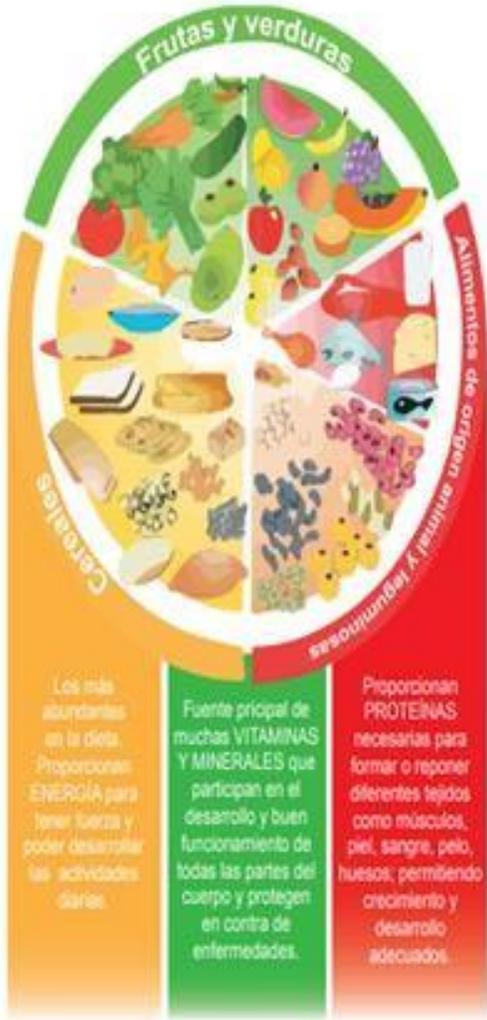
Taquicardia: frecuencia cardíaca de más de 100 latidos por minuto.

Taquipnea: respiración anormalmente rápida por encima de los valores normales (>20) y poco profunda.

Traumatismo: Lesión o daño de los tejidos orgánicos o de los huesos producido por algún tipo de violencia externa, como un golpe, una torcedura u otra circunstancia

Viscera hueca: Son las vísceras que presentan morfología de saco hueco y que está tapizada por una serie de capas estructurales o tónicas.

## SEMÁFORO DE LA VIDA



## CLAVES PARA UNA ALIMENTACION SALUDABLE

- ✓ Establecer un horario fijo de alimentación
- ✓ Realizar actividad física diariamente, mínimo 30 minutos
- ✓ Evitar azúcar, dulces, bebidas y jugos azucarados
- ✓ Para mantenerse hidratado, tomar de 6 a 8 vasos de agua al día
- ✓ Cuida tu corazón evitando frituras y alimentos con grasas como cecina y mayonesa
- ✓ Come 5 veces frutas y verduras frescas de diferentes colores, cada día
- ✓ Para fortalecer tus huesos consume 3 veces al día lácteos bajos en grasa y azúcar
- ✓ Lee y compara las etiquetas de los alimentos y prefiere los que tengan menos grasas, azúcar y sal (sodio)
- ✓ Come alimentos con poca sal
- ✓ En las colaciones incorpora alimentos naturales o elaborados, como fruta, verdura, lácteos, cereales, etc.
- ✓ Las colaciones no reemplazan ninguna comida



L.E.O PATRICIA CARRANZA TRJO



**El plato del buen comer**

# ALIMENTACION SANA

Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales para que nuestro organismo funcione con normalidad, otorgándonos además las defensas y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana y activa.

Esta debe ser: equilibrada, variada y suficiente

## GRUPOS DE ALIMENTOS

- Grupo verde: frutas y verduras
- Grupo amarillo: cereales y tubérculos
- Grupo rojo: leguminosas y alimentos de origen animal.

El plato del buen comer no incluye dos grupos de alimentos, que son:

- Azúcares: miel, mermelada, chocolate, caramelos, jugos, etc
- Aceites y grasas: mantequilla, manteca, mayonesa, margarina, crema, embutidos, etc.



## ALIMENTOS QUE FORTALECEN TU SISTEMA

### INMUNE



#### Vitamina A

Huevo, hígado, lácteos enteros y verduras color verde como brocoli.

#### Vitamina C

Consume alimentos como kiwi, naranja, mandarina, guayaba, mango, pimienta.



#### Selenio

Carne, pescado, marisco, cereal, huevo, frutas y verduras.



#### Zinc

Marisco, carne, pescado, huevo, lácteos, legumbres (frijol, lenteja) y oleaginosas (cacahuete, pepita).



#### Hierro

Hígado, carne, pescado, huevo, espinaca, acelga, betabel, cómelos en conjunto con alimentos ricos en vitamina C.



## NUEVO ETIQUETADO DE ALIMENTOS

El nuevo etiquetado de advertencia brinda información clara y fácil de entender, lo que facilita la elección de alimentos.

Consta de 5 sellos los cuales indican el exceso, para productos en empaques pequeños, se utilizan sellos con número y dos leyendas precautorias para evitar el consumo en niños.



