



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**EN ADULTO MADURO CON DOLOR AGUDO BASADO
EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
IVONNE MARTHA PATRICIA AVENDAÑO LÓPEZ

ASESOR:
MTRA. SONIA OSNAYA LUNA



CIUDAD DE MÉXICO, 2023



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 ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN ESCUELA
DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESUS
P R E S E N T E:

Adjunto a la presente me permito a enviar a usted el Trabajo Profesional:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN ADULTO MADURO CON DOLOR AGUDO BASADO EN EL
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Elaborado por:

IVONNE MARTHA PATRICIA AVENDAÑO LÓPEZ

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que se presentara para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

ATENTAMENTE

MTRA. SONIA OSÑAYA LUNA



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12



AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
 DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
 REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS (UNAM)
 PRESENTE:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
 EN ADULTO MADURO CON DOLOR AGUDO BASADO
 EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Elaborado por:

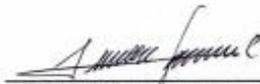
<u>AVENDAÑO</u>	<u>LÓPEZ</u>	<u>IVONNE MARTHA PATRICIA</u>	<u>416522985</u>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. De Cuenta

Alumno de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne los requisitos académicos para su impresión.

Ciudad de México, 2023


 Mtra. Sonia Osñaya Luna
 Nombre y Firma del Asesor


 Dra. Tomasa Juárez Caporal
 Nombre y Firma





ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	4
II. JUSTIFICACIÓN	5
III. OBJETIVOS	6
3.1. General.....	6
3.2. Específicos.....	6
IV. MARCO TEÓRICO	7
4.1. Enfermería como ciencia.....	7
4.2. El cuidado como objeto de estudio de enfermería	9
4.3. Modelo de atención de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson	12
4.4. El Proceso atención de enfermería.....	17
4.5. La Adultez	35
4.6. Dolor agudo abdominal.....	37
V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO	48
5.1. Presentación del caso clínico.....	48
5.2. Valoración inicial y continua conforme al Modelo de Virginia Henderson....:	51
5.3. Diseño y priorización de los Diagnósticos de Enfermería.....	55
5.4. Plan de intervención de Enfermería.....	57
5.5. Ejecución.....	67
5.6. Evaluación.....	68
5.7. Plan de alta.....	69
VI. CONCLUSIONES	72
VII. GLOSARIO DE TÉRMINOS	73
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75



I. INTRODUCCIÓN

“El dolor abdominal agudo incluye todas aquellas situaciones clínicas dónde el síntoma principal es la sensación dolorosa abdominal intensa, siendo uno de los motivos más frecuentes de consulta en el servicio de Urgencias”. (1)

“El abordaje clínico de un paciente con dolor abdominal agudo requiere un enfoque sistemático para establecer rápidamente un diagnóstico preciso que permita identificar una patología y por ende ser remitido inmediatamente a una institución de mayor nivel de complejidad.

El dolor es el síntoma cardinal del abdomen agudo, este puede ser de tres tipos: visceral, somático y referido”.(2)

Este Proceso de Atención de Enfermería (PAE), está dirigido a un paciente con dolor abdominal agudo el cual genera incapacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, como parte indispensable de las intervenciones de enfermería planteadas, se utilizó la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Consta de varios capítulos, los principales son el capítulo cuarto que sustenta todo el marco teórico desde la conceptualización de la enfermería como ciencia donde se enfatiza la estructura disciplinar de la enfermería, el cuidado como objeto de estudio, el modelo de la 14 necesidad básica de Virginia Henderson que se utiliza en este PAE, así como la descripción de cada una de sus etapas, la descripción de la persona en su esfera biopsicosocial, para culminar con la descripción de la patología. Y el capítulo cinco donde se proyecta el caso clínico desde la descripción de las necesidades alteradas, el plan de cuidados según estas necesidades y finalmente el plan de alta del paciente.



II. JUSTIFICACIÓN

El presente Proceso de Atención de Enfermería se realiza para lograr el grado académico como Licenciada en Enfermería y Obstetricia. El abordaje para el siguiente caso clínico de un paciente con dolor abdominal agudo requiere de un enfoque sistemático y ordenado para establecer rápidamente un diagnóstico preciso que permita un manejo correcto y oportuno.

El dolor abdominal agudo incluye todas aquellas situaciones clínicas donde el síntoma principal es la sensación dolorosa abdominal intensa, siendo uno de los motivos más frecuentes de consulta en el servicio de Urgencias". (1)

En relación a lo anterior la enfermera como profesional en el área, se enfrenta a situaciones en las que el dolor en el paciente en el síntoma principal que afecta en lo funcional y en lo mental e interfiere en las actividades de la vida diaria. Por consiguiente, la participación de la enfermera es vital para alcanzar el confort del paciente y lograr la mejora del autocuidado y la funcionalidad.



III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Elaborar un Proceso de Atención Enfermero en un paciente adulto con diagnóstico médico de dolor abdominal en estudio, con base al modelo teórico de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, incluyendo la integración de las taxonomías NANDA, NIC, NOC con la finalidad de recuperar la salud de la persona y reincorporarla a su vida normal.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades reales y potenciales en un paciente con dolor abdominal a través de la valoración clínica de enfermería con base al modelo de Virginia Henderson
- Desarrollar de acuerdo con cada una de las necesidades alteradas, un plan de cuidados que ayude a mejorar la salud de la persona dentro de su estancia hospitalaria.
- Plantear las intervenciones de enfermería para realizar en un paciente con dolor abdominal una vez que ya sea dado de alta de la unidad hospitalaria



IV. MARCO TEÓRICO

4.1. ENFERMERÍA COMO CIENCIA

A mediados del siglo XIX se da inicio a la disciplina profesional de Enfermería, época donde la guerra era un común denominador en los países europeos y sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida. Con la aparición de Florence Nightingale inicia la disciplina de enfermería, esta mujer nació el 12 de mayo de 1820 y fue la primera teórica que describió la Enfermería y la relacionó con su entorno, abordando con especial interés la observación como elemento principal el cuidado de Enfermería.(3)

Con esto se da inicio a la conceptualización del Cuidado como pilar fundamental de Enfermería, entendido en la actualidad por la comunidad de enfermería como el Cuidado de la Experiencia de la Salud Humana; así es como indirectamente se cimienta el Proceso de Enfermería, que no se concebía en ese entonces como un proceso, pero que se encontraba implícito en cada una de las actividades de Enfermería, a través de la valoración del herido en combate, utilizando la observación y la identificación de problemas para brindar cuidado, luego esta metodología va evolucionando y en los años 70's se adiciona al proceso la etapa diagnóstica con el desarrollo de nomenclatura básica para describir los problemas de salud para Enfermería y posteriormente las etapas de planeación, ejecución y evaluación. (3)

Para Colliere, los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estos estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu,



aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados serán ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación. En este periodo todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable. Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora-auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. (4)

La enfermería como ciencia se encuentra conformada por cuatro dimensiones

Filosofía: Basada en el desarrollo del conocimiento de enfermería que es guiado por las afirmaciones filosóficas acerca de la naturaleza de los seres humanos y la relación humano-entorno y atención. La filosofía dominante es la ciencia de enfermería es el humanismo, con énfasis en los valores humanísticos de la atención y la promoción del bienestar y los derechos del individuo. Es la filosofía responsable directa del origen y construcción del metaparadigma de enfermería, que se define como un conjunto de conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería: persona, salud, entorno y cuidado.(5)

Teoría: Se entiende por teoría al conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar, así como predecir el fenómeno del cuidado.(5)

Metodológica: La metodología representa el proceso de enfermería, el cual constituye una serie de pasos ordenados y sistematizados para dar lugar al cuidado, compuesto por cinco etapas; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.(5)



Práctica: Es la expresión objetiva y evidente del proceso formativo, científico y teórico. La práctica actual de la enfermería debe reflejar en la preparación de las enfermeras un fuerte contraste con los recursos científicos y metodológicos de las ciencias positivas, con las artes y las humanidades que deben ser un complemento necesario.” (5)

4.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA.

Historia del Cuidado (etapas)

Etapa doméstica: se relaciona con la concepción de la salud como mantenimiento de la vida, donde tiene especial relevancia el papel de la mujer”.

En la primera etapa los cuidados se desarrollan formando parte de la historia de la atención a la salud de la época, comprendiendo desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano.(6)

Etapa vocacional: esta etapa se basa en los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras, eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados.(6)

La práctica enfermera, no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. Abarca desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta el final de la Edad Moderna.

Etapa técnica: en esta etapa se desarrolla en la época en que la salud es entendida como lucha contra la enfermedad. Y se produjo desde el Renacimiento.

La etapa, conocida como técnica, inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Colliere denomina mujer enfermera-auxiliar del médico. Los principios de la



profesionalización de la enfermería se atribuyen a Florence Nightingale, pero verdaderamente la consideración de enfermería como trabajo eminentemente técnico surgió a raíz de los años cincuenta del siglo XX.

Etapas profesionales: Entre las nuevas definiciones de salud de los denominados grupos revisionistas, que surgen a partir de los años setenta del siglo XX, cabe destacar la enunciada por el profesor H. San Martín, que la considera como un fenómeno de tipo psico-biológico-social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social".(6)

La atención a la salud supone la intervención de diferentes profesionales que se encuentran integrados a un equipo multidisciplinar que atienden de forma eficaz y autónoma a los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva.(6)

Enfermería como ciencia

La enfermería es considerada como ciencia y arte a lo largo del tiempo ha conseguido un cuerpo de conocimientos propios que den soporte y apoyo a su ejercicio profesional. A través, la enfermería ha desarrollado investigaciones y ha buscado comprender los procesos más amplios que determinan entre la relación de salud y enfermedad.(5)

La ciencia ha sido generadora de conocimientos, metodologías y técnicas, es una premisa imprescindible para el desarrollo social y para la producción científica; el abordaje, la construcción y constatación de explicaciones sobre la realidad da lugar en un sistema social intrincado de acciones que incluye desde formas y estructuras (teoría, leyes, hipótesis, etc.), para analizar la realidad, hasta formas y estructuras sociales (económicas y políticas) en las que se organiza el trabajo científico.(5)



“La ciencia no es solo un proceso cognoscitivo que nos permite pasar de un estado de conocimiento menor a uno mayor, sino también es un proceso social, históricamente determinado, que forma parte de una realidad concreta y donde se realiza tanto una actividad política y social como una actividad creadora”.(5)

“La ciencia surge a través del tiempo de la práctica social, siendo su principal motor las necesidades sociales. Sin embargo, cada campo científico tiene su propia lógica interna de desarrollo, esta última mantiene su independencia relativa y está sujeta a la acción de los principios dialécticos que van más allá de la descripción del fenómeno”.(5)

Cuidado como objeto de estudio

Según Leininger, el cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la enfermería. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de salud.

La enfermería es vista como un cuerpo de conocimientos teórico-práctico que se caracteriza por poseer un objeto de estudio, 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.(7)

Actualmente la enfermería se rige según la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud, se entiende por cuidado a la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.(8)



De esta Norma Oficial se deriva la siguiente clasificación:

“Cuidados de enfermería de alta complejidad: A los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente”.(8)

“Cuidados de enfermería de baja complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámicamente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidador se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana”.(8)

“Cuidados de enfermería de mediana complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad”.(8)



4.3. MODELO DE ATENCIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

“Virginia Henderson, nace en Kansas (Missouri) en 1897 y fallece en 1996



En la I Guerra Mundial, comenzó a interesarse por la Enfermería ingresando en la Escuela de Enfermería de la Armada de Washington DC, en 1918, graduándose en 1921. El primer trabajo como enfermera lo realizó en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. La primera experiencia docente fue en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

- En el año de 1927, entra en el Teachers College de la Universidad de Columbia donde obtiene la Licenciatura y posteriormente un Master”.
- En 1930, como profesora en Norfolk, comienza a publicar sus primeros artículos.
- En 1939, revisa la 4ª ed. del libro “Principios y Práctica de Enfermería” cuya autora fue Berta Harmer”.
- “En 1959 inicia su actividad investigadora entrando a formar parte del equipo investigador de la U. de Yale”.
- “La 5ª ed. del libro “Principios y Práctica de Enfermería”, se publica en 1955, incluyendo esta obra su propia definición de Enfermería que posteriormente adoptará el Consejo Internacional de Enfermería (CIE)”.
- Ya en el año de 1959 inicia la Dirección del Proyecto “Nurses Studies Index”, cuatro volúmenes que recogen datos biográficos, analíticos, e históricos de la Enfermería, entre 1900 a 1950.
- “Henderson, lleva a cabo el “Informe Nacional sobre Investigación en Enfermería”, como coautora con Leo Simons. En dicho informe, se identifican los motivos de la



ausencia de investigación clínica enfermera, apreciándose que los esfuerzos se destinaban fundamentalmente, a la preparación práctica”.(9)

- En el año de 1966 publica “La Naturaleza de Enfermería”, donde identifica sus fuentes de influencia.
- “En 1969 el CIE publica “Principios de los Cuidados Básicos de Enfermería” obra traducida a más de 20 idiomas”.
- Numerosas publicaciones y reconocimientos, destacaron en la Universidad de Barcelona en 1988 como Profesora Emérita.

Henderson menciona que la función de la enfermería es, ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a su recuperación (o asistirle en los últimos momentos), actividades que llevaría a cabo por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios y buscará la forma de ayudarlo a independizarse lo más rápidamente posible”.(9)

METAPARADIGMA

Salud: Definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por si solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo de grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. Por lo tanto, la salud es una calidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico y a nivel fisiológico. La salud es la independencia del individuo.

Entorno: son todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.



Persona: es un ser bio-psico-social, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona, y esto es lo que define a la persona como ser integral.

Enfermería: es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimiento para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda resolver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería son dirigidos a recuperar esa independencia”.(9)

Descripción del Modelo

“Las necesidades de Virginia Henderson es un modelo teórico que define el enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital”.

Con este modelo de Virginia Henderson se hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería. Desarrollando muchos otros modelos en los que se enseña a los enfermeros a asistir a los pacientes desde el punto de vista de sus necesidades.

Según Henderson, en un inicio una enfermera debe actuar por el paciente solo cuando este no tenga conocimientos, fuerza física, voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente el tratamiento.(10)

Dependencia (fuerza, voluntad y conocimiento).

Para Henderson la principal función de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los



conocimientos necesarios, de tal forma que le ayude a ganar la independencia lo más pronto posible.(10)

Rol de enfermería: sustituta, auxiliar y compañera

Henderson identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como:

- a) Sustituta del paciente
- b) Colaboradora o auxiliar para el paciente
- c) Compañera del paciente:

Para Henderson el proceso interpersonal y el desarrollo de la empatía, la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer la ayuda que necesita cada uno. Henderson afirmaba que la enfermera trabajaba en interdependencia con otros profesionales de la salud y con el paciente, para ello se basó en las siguientes 14 necesidades:(10)

1. **Respirar normalmente**, el intercambio de gases en el cuerpo humano es esencial para el funcionamiento de la vida diaria. El funcionamiento de la enfermera es conocer e identificar anomalías en la respiración para poder actuar ante la situación.
2. **Comer y beber adecuadamente**, lo que la enfermera debe tomar en cuenta a la hora de proporcionar requerimientos nutricionales es, la edad, el peso, las cantidades, capacidades de masticar y deglutir, creencias religiosas y culturales.
3. **Eliminar los desechos corporales**, como parte correcto del funcionamiento del organismo, es normal la eliminación de fluidos corporales (sudor, orina, heces, saliva, flemas y menstruación). Se debe conocer el nivel de control y efectividad del paciente con respecto a sus funciones excretoras.



4. **Moverse y mantener posturas deseables**, la enfermera debe ayudar a la mecánica corporal de la persona y a motivarlo a realizar actividad física, tomando en cuenta las diferentes limitaciones dadas por la enfermedad y/o tratamiento en la que cursa la persona.
5. **Dormir y descansar**, dormir ayuda a la pronta recuperación, ya que recobra fuerzas físicas y mentales mientras duerme. Se deben conocer los hábitos de descanso y también las dificultades para conciliar el sueño.
6. **Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse**, el seleccionar la ropa adecuada influye en el sentido de independencia en un paciente. La vestimenta representa la identidad y personalidad del individuo.
7. **Mantener la temperatura corporal**, en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno. La enfermera debe estar consciente de los factores que influyen en que el paciente tenga frío o calor.
8. **Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel**, este factor no solo es una manifestación fisiológica, en la enfermería se considera un factor con valor psicológico.
9. **Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros**, en este punto es importante evaluar el entorno del paciente para no comprometer la seguridad y él y la de los demás.
10. **Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones**, la función de la enfermera es promover y motivar la comunicación sana y adecuada del paciente para ayudar a su equilibrio emocional.
11. **Rendir culto según la propia fe**, se debe de respetar los valores y creencias particulares del paciente y con base a esto ejercer ciertas acciones.



12. **Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro**, es importante que la enfermera promueva en el paciente el alcance de metas y logros con su propio esfuerzo
13. **Jugar o participar en diversas formas de ocio**, la salud del cuerpo y de la mente también se logra con actividades que entretengan al paciente.
14. **Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad** que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles, este punto se basa en el sentido de la productividad mental de la persona al momento de adquirir conocimientos nuevos, el paciente debe de desarrollar habilidades, destrezas y conocimientos que favorezcan a su salud. (10)

4.4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es construir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación de resultados, ejecución de intervenciones y evaluación de resultados”.(11)

Las etapas del proceso de enfermería son cíclicas, dinámicas e inseparables, pero construidas en secuencia lógica para ser guía que orienta al profesional de enfermería, se debe actuar considerando la situación de la salud de cada persona, familia y comunidad. (7)



1) Etapa de Valoración

Esta etapa consiste en la recolección 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 experiencia y, el examen físico céfalo-caudal basado en los modelos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud – enfermedad de la persona, además los datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historia clínica, los laboratorios y pruebas diagnósticas”. (7)

Para el desarrollo de esta etapa. se utilizan como herramientas algunos de los siguientes métodos de valoración, que permita la estandarización del cuidado de enfermería en las unidades de salud, dichos métodos son:

Método para la valoración de enfermería:

- Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.
- Valoración por el método de aparatos y sistemas.
- Valoración por el método céfalo caudal.
- Valoración por el método de dominios NANDA.
- Valoración por marco conceptual teórico de enfermería, de acuerdo con sus postulados principales.

Estos métodos para la valoración (Cuadro No. 1) son la primera herramienta que deben utilizar para valorar a todo tipo de personas sanas o enfermas en el ámbito público o privado, en la práctica institucional, privada o independiente, en clínicas, consultorios, y en todos los escenarios del ámbito ambulatorio y hospitalario.(7)

La valoración es un proceso atención de enfermería necesaria para llevar a cabo dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería a través del Proceso de Atención Enfermero (PAE), el desarrollo del plan de Cuidados de Enfermería (PLACE), y la



aplicación de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE), que dicho paso es el desarrollo del desarrollo de la Evidencia Basada en Evidencia (EBE), convertida en Práctica Basada en Evidencia (PBE).(11)

Cuadro 1
Métodos para la valoración (8)

Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal	Dominios de NANDA	Marco conceptual
1. Manejo percepción de la salud 2. Nutricional metabólico 3. Eliminación 4. Actividad-ejercicio 5. Reposo-sueño 6. Cognitivo perceptual 7. Autopercepción- auto concepto 8. Rol-relaciones 9. Sexualidad-reproducción 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés 11. Valores-creencias	Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular • Respiratorio • Gastrointestinal • Neurológico • Genitourinario • Musculo esquelético • Piel y mucosas • Miembros inferiores y superiores 	Orden lógico de cabeza a pies: <ul style="list-style-type: none"> • Piel, pelo y uñas • Cabeza • Ojos • Oídos • Boca y garganta • Tórax y pulmones • Corazón y vasos • Tracto gastrointestinal • Aparato genitourinario • Musculo esquelético • Neurológico • Miembros inferiores y superiores 	1. Promoción de la salud 2. Nutrición 3. Eliminación e intercambio 4. Actividad/reposo 5. Percepción/cognición 6. Autopercepción 7. Rol/relaciones 8. Sexualidad 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés 10. Principios vitales 11. Seguridad/protección 12. Confort 13. Conocimiento/Desarrollo	Dorothea E. Orem Virginia Henderson Sor Callista Roy Entre otros

La etapa para su interpretación e implementación requiere de fases, es importante considerar:



Recolección de datos; es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico de la salud de la persona, familia o comunidad. Estas a su vez se clasifican como datos objetivos y datos subjetivos.

Datos subjetivos: es información obtenida de los pacientes, son informes verbales sobre sus percepciones, pensamientos y experiencias relacionadas con su salud, su vida diaria, comodidad y relación.

Datos objetivos: es evidencia que las enfermeras observan sobre el paciente, datos que a veces se denominan evidencia empírica o medible. Estos datos se obtienen mediante exámenes físicos y resultados de pruebas de diagnóstico.(12)

Existen dos tipos de fuentes para la recolección de datos:

Fuente directa, es la persona que se va a cuidar y es quien proporciona los datos principales referente a su condición de salud y a su entorno.

Fuente indirecta, cuando el individuo está incapacitado para responder y se obtienen por medio de la familia, cuidador primario, expediente clínico.(13)

Los apoyos para la recolección de los datos se llevan a cabo por medio de la observación, entrevista y la exploración física. Una valoración de enfermería completa puede identificar problemas reales o potenciales en el usuario que exigen una intervención de enfermería. Será preciso establecer un mecanismo para la jerarquía de necesidades humanas.

Validación de datos; es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias.

- Revisar los propios datos (escala de medición).
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- Identificar que no existen factores transitorios.



- Revisar los datos críticos
- Comprobar congruencia entre los datos

Organización de los datos; Consiste en la agrupación de los datos en categorías, identificar las capacidades del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales.

Para el **registro de los datos**, consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, la entrevista y exploración física. Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centran en favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, así como facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.(10)

Actualmente se manejan 6 etapas que la misma autora presento:

1. Recolección de datos
2. Identificación de claves y elaboración de inferencias
3. Validación de datos
4. Agrupación de datos
5. Identificación de patrones/comprobación de las primeras impresiones
6. Notificación y registro de datos

2) Etapa de Diagnostico de Enfermería

Se considera como la segunda etapa del proceso de enfermería, este termino de diagnóstico de enfermería fue introducido por Vera Fry en 1953, donde afirma que una vez identificadas las necesidades del paciente se formula un diagnóstico de enfermería.(7)



El diagnóstico de enfermería es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de enfermería, el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería. Carpenito Lynda menciona que es un juicio clínico sobre el individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis.(13)

Autores como Kim Mija y Carpenito Lynda, lo definen como problemas fisiológicos y problemas colaborativos respectivamente. (13) El autor menciona que Enfermería hará uso del pensamiento crítico y lógico, del razonamiento diagnóstico, conocimientos, experiencia, habilidades y competencias para hacer conclusiones clínicas de la situación de salud de la persona sana o enferma y con esta información redactar los diagnósticos de enfermería. (11)

Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y preparación para promover la salud. (12)

En el año de 1982 se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) quien proporciona la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería.(7)

Para el desarrollar esta etapa se utilizó como herramienta, la clasificación taxonómica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA por siglas en inglés).(11)

Phaneuf M, lo define como un juicio clínico sobre las reacciones de los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de la persona, familia o de una comunidad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de planeación. El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión,



de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona. (7)

A continuación, se mencionan las **fases** del diagnóstico:

1. **Análisis de datos:** el objetivo es identificar el problema e iniciar con la clasificación de los datos, para centrarse en las necesidades de la persona. (7)

2. **Formulación del diagnóstico:**

Diagnostico Enfermería: el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre una respuesta humana a las condiciones de salud o a los procesos de la vida, una susceptibilidad a esa respuesta que se reconoce en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados por los cuales la enfermera tiene responsabilidad”(13)

La taxonomía es la rama de la ciencia que se ocupa de la clasificación de los organismos sistemáticos, esta tiene tres niveles: dominio, clase y diagnósticos enfermeros.

Un **dominio** es una esfera de actividad, estudio o interés.

Una **clase** es, una subdivisión de un grupo mayor, una división de las personas o cosas por su calidad o grado.

Un **diagnostico enfermero** es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales a los procesos vitales.

En la última revisión de la NANDA-I (2021-2023), se han incorporado 46 nuevas etiquetas a su clasificación de diagnósticos enfermeros, sumando un total de 267 diagnósticos enfermeros vigentes con 46 nuevos, 67 revisados, 17 que han recibido cambios en la etiqueta y 23 retirados. (12)



Diagnóstico de enfermería centrado en la persona:

Para diagnosticar una respuesta humana centrado en el problema, se debe considerar lo siguiente: características definitorias que se agrupan en patrones de señales o inferencias relacionadas y factores relacionados.(7)

Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud:

Estos resultados se expresan mediante una disposición a mejorar comportamientos de salud específicos y se pueden utilizar en cualquier estado de salud, la enfermera puede determinar si existe una condición para la promoción de la salud y actuar sobre el cliente. Para diagnosticar una respuesta humana debe estar presente lo siguiente: características definitorias que se agrupan en patrones de señales o inferencias relacionadas que reflejan un deseo de mejorar una conducta o respuesta actual, o que representan tal posibilidad en los pacientes que no pueden expresar su propia disposición.(13)

Diagnóstico de enfermería de riesgo

Para el diagnóstico de riesgo, debe estar presente los factores de riesgo que contribuyen a una mayor susceptibilidad.

Diagnóstico de Enfermería de Síndrome:

En el diagnóstico de síndrome debe considerar: características definitorias, que deben ser dos o más diagnósticos de enfermería y factores relacionados. Se pueden utilizar otras características definitorias que no sean diagnósticos de enfermería, siempre que se puedan utilizar intervenciones similares para abordarlas.(7)

3. Validación:

Es el procesamiento de los datos, ya que en esta etapa el profesional de enfermería confirma la exactitud de la interpretación de los datos, mediante la interacción directa con la persona, familia o comunidad y consultando con otros profesionales del equipo multidisciplinario con el fin de comparar los datos con una referencia autorizada.(7)



4. Registro:

Este paso va a depender de las recomendaciones que se hicieron durante la valoración y del tipo de diagnóstico de enfermería.(7)

3) Etapa de Planeación

Según Iyer la tercera etapa del proceso de enfermería y comienza con la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona según.

La Planeación consta de 4 fases:

1. **Establecer prioridades:** “las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico, debido a que se incluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones en las que presenta una amenaza para la vida de la persona, familia o comunidad”.

Los autores como Potter y Perry, clasifican las prioridades en altas, intermedias o bajas según sea el escenario donde se encuentre la persona y las condiciones de salud en la que esté.(7)

Abraham Maslow fue un psicólogo humanista que se interesó en el campo de la motivación humana. Creando una teoría que explica la conducta de los humanos. Esta teoría psicológica, fue publicada en 1943 reconocida como “Pirámide de Maslow” (Figura No.1).

Esta teoría explica las necesidades humanas a través de una jerarquía en forma de pirámide y a medida que el ser humano va satisfaciendo las necesidades que están abajo (necesidades básicas), va desarrollando nuevas necesidades y deseos.(14)



Figura No. 1
Pirámide de Maslow (14)



Nivel 1: Necesidades básicas o fisiológicas

Son aquellas que están orientadas a nuestra supervivencia y que forman parte de la base humana.

Nivel 2: Necesidades de protección o seguridad

Son aquellas necesidades que nos hacen sentir seguros en la vida o que nos dan cierta estabilidad y orden.

Nivel 3: Necesidades sociales o de afiliación

Estas necesidades aparecen cuando las del nivel anterior están cubiertas, el ser humano siente la necesidad de relacionarse y establecer lazos o vínculos con otras personas.

Nivel 4 Necesidad de reconocimiento

En este nivel aparecen necesidades que tienen que ver con la estima y con cómo nos ven los demás y nosotros mismo. Estas necesidades están relacionadas con el autoconcepto que tenemos de nosotros mismos.



Nivel 5 Autorrealización

En este último nivel, encontramos las metas que son más complejas para alcanzar y que van a suponer nuestro máximo crecimiento personal, la necesidad de la autorrealización.(14)

2. **Elaborar objetivos:**

Según Potter y Perry, mencionan que el establecimiento de diagnósticos de enfermería y sus prioridades individualizadas ayudan a determinar los objetivos del cuidado, y que sirven para dar pauta a la selección de las intervenciones de enfermería y los criterios para su evaluación. El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y en formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones.(7)

Taxonomía NOC

Etapa donde se realiza el comparativo de los resultados planeados con los resultados obtenidos, utilizado como herramienta la clasificación taxonómica de la Nursing Outcomes Classification (NOC por sus siglas en inglés), adaptada y adecuada a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos y unidad de salud.(11). Creada en el año de 1991 por Marion Johnson y Merodean Maas, en la Universidad de Iowa.(7)

La Taxonomía NOC, es una organización de resultados en grupos o categorías sobre semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. Esta taxonomía consta de cinco niveles que son: dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición.(15)



Johnson M, menciona que cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado de las intervenciones de enfermería utilizando las escalas, estas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos.(7)

3. Determinar los cuidados de enfermería:

Gordon expresa que los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados.

Estas intervenciones se clasifican de la siguiente manera:

Independientes o autónomas, son todas aquellas acciones que son competencia exclusiva del personal de enfermería, basándose en sus conocimientos, experiencia, toma de decisiones que contribuyan a la solución del diagnóstico de enfermería o en un momento dado replantearlo.

Interdependientes o de colaboración, son todas aquellas intervenciones que enfermería ha identificado y en colaboración con el equipo de salud aportan en el tratamiento y mejoría de la salud del individuo, familia o comunidad.(7)



4. Documentar el plan de cuidados

Una vez identificadas las intervenciones de enfermería se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra el diagnóstico, los objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y la evaluación específica de enfermería.

Potter y Perry, describen el plan de cuidados como:

- a) “Al ser escrito documenta las necesidades de cuidados del individuo, comunica a las otras enfermeras y profesionales los datos de valoración pertinentes, una lista de problemas y tratamientos. Un plan de cuidados escrito está diseñado para disminuir el riesgo de que produzca un cuidado incompleto, incorrecto o inexacto.
- b) Está organizado de manera que cualquier enfermera puede identificar rápidamente las acciones enfermeras que se deben llevar a cabo.
- c) Identifica y coordina los recursos utilizados para proporcionar cuidados enfermeros
- d) Favorece la continuidad de cuidados por medio de listas de acciones necesarios para alcanzar los objetivos del cuidado
- e) Establece la intervención de la persona y la familia
- f) Proporciona criterios para la puesta en práctica del plan y un entorno de evaluación de la respuesta del individuo, familia y comunidad a las acciones enfermeras”.(7)

Para desarrollar esta etapa se utilizará como herramienta, la clasificación taxonómica Nursing Interventions Classification (NIC por sus siglas en inglés). Estas intervenciones son realizadas por el personal de enfermería y es útil para la documentación clínica, para la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la



evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica como la psicosocial. (16)

La taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería

- Las intervenciones de enfermería, se describen como estrategias concretas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados y se existen dos tipos de intervenciones, los Interdependientes y los Independientes, anteriormente descritos.
- Las actividades de enfermería son todas las acciones realizadas por la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permite avanzar hacia el resultado esperado. (7)

El autor Johnson M, hace mención que cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención y una breve lista de referencias.(7)

4) Etapa de Ejecución

Esta etapa inicia con la elaboración de un plan, es decir, después de la valoración y seguida del diagnóstico enfermería lleva a cabo las metas que pretende alcanzar y las acciones adecuadas para solucionar dichos problemas. En la etapa de ejecución enfermería entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan. (13)

Para Alfaro, realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios. Mientras que



Potter y Perry, la enfermera debe contar con habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a cabo un plan de cuidados.(7)

Esta etapa consta de 3 fases:

Preparación

Según Alfaro, prepararse para actuar implica asegurarse de que sabe qué va hacer, por qué va hacerlo, como lo hará y como reducirá los riesgos de lesiones. También implica realizar las intervenciones enfermeras con pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando con cuidado las respuestas.

Cuando se realiza una revaloración ayuda a analizar las acciones, características del paciente y comparar las intervenciones de otros profesionales, proporcionando un mecanismo que le permita a la enfermera determinar si la acción resulta adecuada en el estado de la persona.

El autor Rodríguez, describe que en esta fase requiere de: conocimientos, habilidades, tener en mente las complicaciones, reunir el material y equipo, crear un ambiente confortable y seguro para el paciente y delegar cuidados enfermeros que se apeguen a tareas correctas, personas correctas, comunicación correcta y evaluación correcta.

Intervención

Potter y Perry, describen que la implementación convierte el plan de cuidados en una acción. La implementación en el plan de cuidados, describe una categoría de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero.



Kozier, sugiere que el profesional de enfermería considere las siguientes estrategias durante la implementación de los cuidados de enfermería:

- a) “La enfermera debe estar actualizada de los fundamentos teóricos, metodológicos y técnicos de las actualizaciones y de cualquier posible efecto secundario de las complicaciones de las actividades.
- b) Las acciones de enfermería están adaptadas al individuo, es fundamental considerar las creencias de la persona, sus valores, edad, estado de salud y entorno, factores que pueden afectar a la acción de enfermería.
- c) Las acciones de enfermería deben ser siempre seguras. Las enfermeras y las personas necesitan tomar precauciones para prevenir la lesión.
- d) Las acciones de enfermería a menudo requieren componentes de educación, apoyo y bienestar. Estas actividades de enfermería independientes a menudo pueden aumentar la eficacia de una acción de enfermería específica.
- e) Las acciones de enfermería deben ser siempre holísticas.
- f) Las acciones de enfermería deben respetar la dignidad del paciente y favorecer su autoestima, a través de darle intimidad y fomentar que tome sus propias decisiones.
- g) La participación activa del individuo en la ejecución de las acciones de enfermería debe fomentar según lo permita su salud. La participación activa fomenta la sensación de independencia y control de la persona”.

Documentación

La documentación es el registro que utiliza la enfermera en las notas de enfermería, este es un documento legal permanente del paciente y como registro indispensable en todas las instituciones de salud.



Alfaro, considera que la documentación lleve los siguientes propósitos:

- a) “Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber qué es lo que ha hecho y como está evolucionando el usuario.
- b) Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
- c) Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- d) Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados. Sus registros pueden ser su mejor aliado o su peor enemigo. La mejor defensa de que realmente se observó o hizo algo es el hecho de tomar nota de ello.
- e) Proporciona validación para el pago de los servicios.
- f) El registro debe especificar lo siguiente; fecha, hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados y nombre/firma del profesional de enfermería responsable directo del cuidado de la persona, familia o comunidad”.(7)

5) Etapa de Evaluación

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados de los que la enfermería tiene la responsabilidad. El objetivo de la evaluación es determinar la percepción de la salud del individuo. Los autores Herdman y Kamitsuru describe el proceso de enfermería como un proceso escalonado. La evaluación debe ocurrir en última instancia en cada proceso de enfermería, una vez que se haya implementado un plan de atención. (12)

“La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación”.(7)

La evaluación se compone por tres fases:



Establecimiento de criterios de resultados

Se interpreta en términos de conducta para describir lo efectos deseados a las acciones de enfermería. Estos son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas de la conducta de la persona que necesita seguir y conseguir.

Potter y Perry, sugieren que una vez concluido el intervalo específico de la implementación de las intervenciones o completadas todas las intervenciones en el plan de cuidados, la enfermera evalúa la capacidad de la persona para demostrar su conducta o respuesta establecida en los resultados. La enfermera puede continuar con el plan de cuidados o finalizar con sus intervenciones porque el objetivo del cuidado ya se ha cumplido, de lo contrario se realiza una revaloración y revisar el plan de cuidados.(7)

Evaluación del logro de objetivos

Esta evaluación se centra en el objetivo de la respuesta esperada, que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud. La enfermera es quien evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados. Cuando se cumple con el objetivo la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad.(7)

Medidas y fuentes de evaluación

Potter y Perry, hacen mención a las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para la obtención de los datos de la evaluación. El propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, la intención de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorados, empeorando o experimentado algún cambio.

Cuando se ordenan los datos y se determina que otros hechos se necesitan para la evaluación el progreso de la persona, se utiliza el razonamiento crítico y la habilidad



analítica que consiste en la identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y modificación o la finalización del plan de cuidados.(7)

En esta etapa se retoma el uso de indicadores los cuales son utilizados para determinar la condición del paciente con respecto a un resultado seleccionado. Estos resultados evalúan los estados o problemas son abordados por los diagnósticos enfermeros. Los resultados son muy útiles en los planes de cuidado porque permiten cuantificar el estado, conducta o percepción del paciente que se espera que ocurra en el cuidado.

Las puntuaciones de los indicadores proporcionan a la enfermera la evidencia que ayuda a determinar la calificación general de resultado del paciente. Las enfermeras pueden emitir juicios sobre la puntuación de resultados en las escalas de medida, basadas en escala de cinco puntos donde 1 es menos deseado y 5 el más deseado. Aquí la puntuación diana se utiliza para sustituir el establecimiento de un objetivo, esta puntuación se establece cuando la puntuación inicial es determinada por la enfermera o el paciente, basada en el efecto esperado de las intervenciones de enfermería sobre el problema.

Las escalas pueden usarse como puntuación diana, una puntuación inicial para un paciente serio de 2, la puntuación diana si se espera mejoría podría ser de 3 o 4, según la intervención y el periodo de tiempo que abarque el cuidado o mantener el indicador.(15)

4.5. LA ADULTEZ

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 clasifica como adulto a las personas a partir de los 18 años y hasta los 59 años, 11 meses de edad.(17)



La adultez es la etapa donde se obtiene la plena madurez física e intelectual del individuo, y se obtiene la plenitud de los derechos y deberes sociales y legales.

La adultez comprende de dos subetapas:

- Adultez temprana o juventud que va de los 20 a los 40 años, en esta etapa.
- Adultez media o madurez que corresponde de los 40 hasta los 65 años.

Esta etapa está caracterizada, sobre todo los factores sociales y en consecuencia se considera maduro al sujeto que es capaz de vivir independientemente, sin la necesidad de ser tuteado emocional, social, afectiva y económicamente, aunque la independencia es más una posibilidad que una realidad total.(18)

Inicialmente el concepto de sujeto “adulto” hace referencia a la dimensión biológica, donde adulto y maduro biológico son conceptos equiparables, refiriéndose a un individuo que ha terminado de crecer o de desarrollarse. Principalmente la madurez biológica haría referencia a la plenitud de las capacidades físicas y a la capacidad de procrear. Desde el punto de vista psicológico la madurez implica la plenitud de las funciones intelectuales y afectivas, que a su vez están encaminadas a la procreación biológica, laboral y social.(18)

Características fisiológicas: se producen cambios notables tanto en la apariencia como en lo fisiológico, se presenta declinación de la fuerza muscular, así como tensión en la piel, crecimiento y disminución del grosor del pelo, aparecen canas y disminuyen los reflejos.

El estilo de vida (nutrición, sedentarismo, stress, ejercicio), pueden desencadenar algunas enfermedades como sobrepeso, hipertensión arterial, diabetes mellitus entre otras patologías.(18)



Funciones Cognitivas: etapa surge el miedo por la pérdida de facultades intelectuales y existe un declinamiento de la memoria a la atención y concentración, lo que enlentece la capacidad de resolución de problemas. En individuos sanos y activos sus habilidades verbales y de razonamiento, pueden aumentar en la medida que continúan adquiriendo información, vocabulario, la capacidad de procesar y organizar información. El adulto medio puede pensar tan bien como un adulto joven, pero su forma de asociar y las experiencias pasadas pueden interferir a la hora de resolver los problemas. Existen factores que determinan las diferencias entre los individuos como lo son; la clase social, la salud, la actividad, la estimulación ambiental.(18)

Madurez: se presenta la madurez en el adulto y la habilidad para adaptarse a los cambios y responsabilidades, con el paso del tiempo va adquiriendo conocimientos y estrategias fundamentales para manejar el estrés y las complejidades de la vida diaria.

Algunas tareas de la etapa son:

- a) Se visualiza con una imagen integrada de sí mismo y en la forma de como los demás lo ven.
- b) Es consciente de los cambios que ocurren en si mismo y en su entorno.
- c) Se adapta a trabajar con las nuevas generaciones usando puentes de comunicación sin permanecer en ese grupo.
- d) Logro de autosuficiencia y competencia, es menos vulnerable y cuenta con más confianza en su capacidad para dirigir sus vidas.

4.6. DOLOR AGUDO ABDOMINAL

Anatomía del sistema digestivo

“El aparato digestivo suministra al órgano un aporte continuo de agua, electrolitos y nutrientes, para lo que se requiere; 1) el tránsito de los alimentos a lo largo de todo el



tubo digestivo, 2) la secreción de los jugos digestivos y la digestión de los alimentos, 3) la absorción de los productos digeridos, el agua y los distintos electrolitos, 4) la circulación de la sangre por las vísceras gastrointestinales para transportar las sustancias absorbidas y 5) el control de todas estas funciones por los sistemas locales, nervioso y hormonal.

Cada parte se adapta a unas funciones específicas; algunas, al simple paso de los alimentos, como sucede con el esófago, otras a su almacenamiento, como es el caso del estómago y otras a la digestión y a la absorción, como el intestino delgado”(19)

La **boca**:

“Órgano que pertenece al sistema digestivo y, de hecho, es la abertura natural de nuestro cuerpo que marca el inicio de este sistema. Situada en la parte inferior de la cara y con forma de óvalo, la boca está dotada de un movimiento voluntario gracias a distintos músculos y articulaciones que permiten la masticación. La digestión empieza gracias a la acción mecánica de la boca, pues los movimientos mandibulares”(20)

Deglución

“Una vez que el alimento ha sido masticado y mezclado con la saliva se forma un bolo alimenticio que puede ser tragado. El acto de tragar es la deglución. En la deglución, el bolo pasa por tres espacios: la boca, la faringe y el esófago. Por ello, se distinguen tres etapas en la deglución:

- Etapa oral o voluntaria
- Etapa faríngea
- Etapa esofágica



Etapa oral o voluntaria: es la que inicia la deglución. Los labios y la mandíbula se cierran. Se eleva la punta de la lengua que separa una porción del bolo y la desplaza hacia atrás, al centro de la base de la lengua y del paladar duro. De este modo la porción del bolo es impulsada voluntariamente hacia atrás, hacia el istmo de las fauces, por aplicación de la lengua contra el paladar. Así se lleva el bolo a la orofaringe. A partir de aquí, la deglución es automática y no puede detenerse”.

Está etapa faríngea: es involuntaria y constituye el paso del bolo alimenticio por la orofaringe y la laringofaringe, que son lugares de paso comunes para los alimentos, los líquidos y el aire, hasta el esófago. Cuando el bolo alimenticio llega a la orofaringe, se produce una serie de hechos:

- “El paladar blando se eleva y cierra la nasofaringe, con lo que se evita que el alimento entre en la nariz.
- La faringe se eleva, la epiglotis se dobla hacia abajo y atrás, y las cuerdas vocales se juntan y cierran la glotis con lo que se evita que el alimento entre en la tráquea. Si alguna partícula de alimento o líquido alcanza el tracto respiratorio antes del cierre de la glotis, se produce tos al estimularse los receptores de la zona.
- La respiración se inhibe
- Se inicia una onda de contracción peristáltica en el momento en que el bolo alimenticio llega a la faringe y el esfínter faringoesofágico se abre”.

En la etapa esofágica: también es involuntaria y corresponde al descenso del bolo alimenticio desde el esófago al estómago. El esófago presenta 2 tipos de movimientos peristálticos:

- “El peristaltismo primario, que es continuación del iniciado en la faringe al estómago y suele ser suficiente para impulsar el bolo al inferior del estómago.



El peristaltismo secundario, que se produce cuando la onda peristáltica primaria no consigue transportar todo el bolo que ha penetrado en el esófago. Entonces éste se distiende y la distensión origina las ondas peristálticas secundarias que se siguen produciendo hasta que el esófago ha vaciado la totalidad de su contenido en el estómago”.(21)

Faringe:

La faringe tiene forma de tubo y su función es esencial, se encarga de dejar paso al aire hacia los pulmones y los alimentos hacia el esófago. La faringe está conectada con la nariz, la boca, la tráquea y el esófago.(22)

Esófago:

El esófago tiene dos funciones principales, el primero es el transporte del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago y el segundo es la prevención del flujo retrógrado del contenido gastrointestinal. La función de transporte se realiza mediante las contracciones peristálticas de la faringe y el esófago, asociadas con la relajación de los esfínteres esofágicos superior e inferior. El flujo retrogrado es evitado por los dos esfínteres esofágicos, que se mantienen cerrados entre cada movimiento deglutorio. El esfínter esofágico superior está formado por los músculos cricofaríngeo y constrictor inferior de la faringe, que son ambos músculos estriados inervados por motoneuronas inferiores somáticas excitadoras. Estos músculos carecen de tono miógeno y no reciben inervación inhibitoria.(23)

Estómago:

“El estómago es el centro del sistema digestivo. Se trata de un órgano con una longitud de unos 20 centímetros, forma de J y un volumen en reposo de unos 75 mililitros,



aunque gracias a sus fibras musculares, a medida que se llena de comida, puede expandirse hasta lograr un volumen de más de 1 litro”.(20)

“El estómago tiene 4 regiones principales:

- 1) El cardias: rodea el orificio superior del estomago
- 2) El fundus: la porción redondeada que está por encima y hacia la izquierda del cardias
- 3) El cuerpo: por debajo del fundus se extiende la porción central de estómago el píloro: la región pilórica se divide en tres partes, antro pilórico (se conecta con el cuerpo del estómago), canal pilórico y el píloro que conduce hacia el duodeno”.(19)

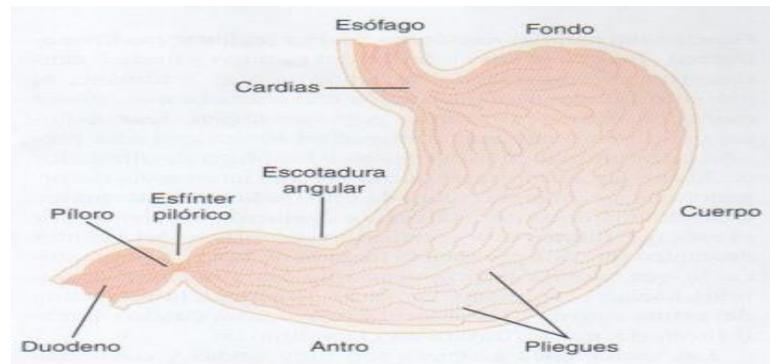
Las funciones motoras del del estómago son triples: 1) almacenamiento de grandes cantidades de alimentos hasta que puedan ser procesados en el estómago el duodeno y el resto del intestino; 2) mezcla de estos alimentos con las secreciones gástricas hasta formar una papilla semilíquida llamada quimo, y 3) vaciamiento lento del quimo desde el estómago al intestino delgado a un ritmo adecuado para que este último pueda digerirlo y absorberlo correctamente.

“En la siguiente figura muestra la anatomía básica del estómago, que puede dividirse en dos porciones principales (Figura No. 2): 1) el cuerpo y 2) el antro. Fisiológicamente, resulta más adecuado dividirlo en: 1) la porción oral, formada por los dos tercios superiores del cuerpo, y 2) la porción caudal, constituida por el resto del cuerpo y el antro”.(19)



Figura No.2

Anatomía fisiológica del estómago (9)



Intestino Delgado

“Es un órgano alargado con una longitud de entre 6 y 7 metros. Su función es la de, tras recibir el quimo procedente del estómago, continuar la digestión de carbohidratos, proteínas y grasas gracias a la bilis y los jugos pancreáticos y especialmente realizar la absorción de nutrientes”.(20)

“El quimo atraviesa todo el intestino delgado en unas 3-5 horas, aunque puede ser en más tiempo. Los pliegues circulares de la mucosa intestinal, debido a su forma, fuerzan al quimo a seguir un trayecto en espiral a medida que va avanzando. Este movimiento en espiral enlentece el movimiento del quimo y facilita el mezclado con los líquidos intestinales, optimizando las condiciones para la digestión y la absorción. La absorción intestinal consiste en el paso de los productos resultantes de la digestión a través de las células epiteliales de la mucosa del intestino delgado para llevar a la sangre de la vena porta o a la linfa. Cada día se absorben por el intestino delgado varios cientos de gramos de carbohidratos, 100 o más gramos de grasas, 50 – 100 gramos de aminoácidos, 50 – 100 gramos de iones y 7 – 8 litros de agua”.



En el intestino delgado se producen 2 tipos de movimientos

“Contracciones de mezclado o de segmentación, que son contracciones concéntricas localizadas y espaciadas a lo largo del intestino delgado, que se desencadenan cuando una porción del intestino es distendida por el quimo”.

“Contracciones de propulsión o peristálticas, que son las ondas peristálticas que impulsan al quimo por el intestino delgado. Cuando el quimo entra en el intestino procedente del estómago, provoca distensión inicial del duodeno proximal, con lo que se inician las ondas peristálticas que se desplazan en dirección anal a una velocidad de unos 2 cm/seg, aunque son más rápidas en la parte proximal del intestino y mucho más lentas en la parte terminal. La función de las ondas peristálticas en el intestino delgado es no solo la progresión del quimo hacia la válvula íleo-cecal sino también la dispersión del quimo por la mucosa intestinal para que sea facilitada su absorción”.(24)

Intestino Grueso

“Aproximadamente 500 ml de quimo pasan cada día desde el íleon al ciego. La mucosa del intestino grueso es lisa ya que no tiene vellosidades y el ribete en cepillo de sus células epiteliales columnares no contiene enzimas. hay gran cantidad de células caliciformes productoras de moco dispersas entre las células columnares. Por tanto, la secreción del intestino grueso consiste en un líquido mucoso, conteniendo grandes cantidades de iones bicarbonato, y su misión consiste en: evitar lesiones a la mucosa, asegurar la cohesión del bolo fecal y proteger la mucosa contra la intensa actividad bacteriana de esta zona”.(24)

“Las principales funciones del colon son: 1) absorción de agua y electrolitos procedentes del quimo para formar heces sólidas, y 2) almacenamiento de la materia fecal hasta el momento de su expulsión. La mitad proximal del colon interviene sobre todo en la



absorción, mientras que la mitad distal actúa como lugar de almacenamiento. Como estas funciones no necesitan movimientos intensos, los movimientos del colon suelen ser muy perezosos. Pese a ello, conservan aún características similares a las de los movimientos del intestino delgado y pueden dividirse, una vez más, en movimientos de propulsión y mezcla”(19)

Defecación

“El colon presenta movimientos de mezclado y movimientos propulsores lentos. Las ondas peristálticas se producen varias veces al día y sirven para mover el contenido del intestino grueso en largas distancias. El recto permanece habitualmente vacío y el conducto anal está cerrado por los esfínteres anales, de modo que la coordinación del recto y el conducto anal es importante para la defecación”

“Después de la entrada de los alimentos en el estómago, la motilidad del colon aumenta debido al reflejo gastrocólico. Cuando las heces llegan al recto se desencadena el reflejo de la defecación que comienza con la distensión del recto por las heces. Como consecuencia, se inician ondas peristálticas en el colon descendente, el colon sigmoide y el recto que fuerzan las heces hacia el ano. Al aproximarse la onda peristáltica al ano se inhibe el esfínter anal interno, que es voluntario. Si también se relaja el esfínter anal externo se produce la defecación. Las personas que inhiben con demasiada frecuencia el reflejo natural de la defecación, acaban sufriendo estreñimiento. Normalmente se eliminan unos 100 – 150 gramos de heces al cada día”(24)



TRASTORNOS DEL INTESTINO GRUESO

Dolor Abdominal

“El abdomen agudo es un síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos 48 horas de evolución) con percusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente. El dolor suele acompañarse de uno o más signos de peritonismo, siendo los más frecuentes:

- Rigidez abdominal
- Incremento de la sensibilidad abdominal, con o sin rebote.
- Defensa o resistencia involuntaria.

El dolor agudo puede ser traumático y no traumático, la prevalencia exacta de la lesión abdominal contusa es incierta”.(25)

“El dolor es el síntoma cardinal del abdomen agudo, este puede ser de tres tipos: visceral, somático y referido”. (2)

“Dolor visceral: se origina por estímulo del peritoneo visceral a través de sus receptores y es transmitido por vía simpática a las astas dorsales de la médula y de allí a los centros nerviosos superiores. Se produce por estiramiento o contracción de una víscera hueca, por distensión de la cápsula de un órgano sólido, por isquemia o por inflamación. Es sordo, mal localizado y puede ser percibido en el abdomen a distancia de la víscera afectada”

“Dolor somático: es originado por estímulo del peritoneo parietal, la raíz del mesenterio y la pared abdominal, las fibras somáticas de los nervios espinales lo transportan hacia la médula. Se localiza en el sitio de la lesión, es intenso, de aparición brusca y se agudiza con los movimientos”



“Dolor referido: se origina en estructuras viscerales y musculares, es conocido por axones propioceptivos y termina en la asta dorsal, allí también convergen los estímulos conducidos por los axones somáticos aferentes de la piel. El cerebro no discrimina cuál axón ingresa el estímulo y proyecta la sensación a la piel”.(2)

Estreñimiento

“Estreñimiento significa movimiento lento de las heces por el intestino grueso; a menudo, se asocia a la acumulación de grandes cantidades de heces duras y secas en el colon descendente, debida a una absorción excesiva de líquido. Todo trastorno intestinal que dificulte el movimiento de su contenido, como pueden ser tumores, adherentes que lo constriñan o úlceras, puede provocar estreñimiento. Una causa funcional frecuente es la irregularidad del ritmo intestinal generada por la inhibición permanente de los reflejos normales de la defecación”.

“Es raro que los lactantes sufran estreñimiento, pero parte de su aprendizaje en los primeros años de la vida requiere que se acostumbren a controlar la defecación. Control que se efectúe a través de la inhibición de los reflejos naturales. La experiencia clínica demuestra que si no se defeca cuando aparecen los reflejos correspondientes o si se abusa de los laxantes para que estos desempeñen el papel de la función natural del intestino, los reflejos irán perdiendo fuerza paulatinamente a lo largo del tiempo y el colon terminará por presencia atonía. Por esta razón, si una persona establece unos hábitos intestinales regulares en las primeras etapas de su vida, de decir, defecan generalmente por la mañana después de desayunar, cuando los reflejos gastrocólicos y duodenocólicos inducen los movimientos en masa del intestino grueso, podrá evitar el estreñimiento en etapas más tardías”.



“El estreñimiento también puede ser consecuencia del espasmo de un pequeño segmento del colon sigmoide. Conviene recordar que la motilidad del intestino grueso suele ser débil, por lo que hasta grados leves de espasmo provocan a menudo un estreñimiento intenso. Cuando el estreñimiento dura varios días y hay una gran cantidad de heces acumulados por encima del signa espástico, el exceso de secreciones del colon suele dar lugar a un episodio de diarrea que, por lo general, dura un solo día. Después, se reanuda el ciclo y se alternan los brotes repetidos de estreñimiento y diarrea”(19)

Náusea

“Las náuseas son el reconocimiento consciente de la excitación inconsciente de un área del bulbo íntimamente asociada al centro del vómito o que forma parte del mismo. Su actividad puede deberse a: 1) impulsos irritantes procedentes del tubo digestivo, 2) impulsos originados en el encéfalo posterior asociados a cinetosis o 3) impulsos procedentes de la corteza cerebral para ocasionar el vómito. A veces, los vómitos ocurren sin sensación previa de náuseas, lo que indica que sólo algunas porciones de los centros del vómito están asociadas a la sensación nauseosa”.(19)

Dolor agudo

El dolor es una sensación desagradable que se encuentra en alguna parte del cuerpo, esta se describe como un proceso penetrante o destructivo de los tejidos (punzante, opresivo, quemante, sordo, continuo o intermitente), o como una reacción emocional o corporal (agitación, palidez, náuseas, vomito). Además, todo dolor moderado o intenso conlleva ansiedad.

“Los dolores agudos se caracterizan por producir un estado de excitación y de estrés que conlleva una mayor presión arterial, de la frecuencia cardiaca, el diámetro pupilar y de



las concentraciones de cortisol en plasma. También suele haber contracciones musculares locales (flexión de los miembros, rigidez de la pared abdominal).”

El dolor abdominal agudo, constituye un verdadero problema y un desafío para el médico, pues la necesidad de aplicar un tratamiento apropiado puede ser urgente, por lo que a veces resulta imposible estudiar con calma al paciente, algunas de las causas importantes de dolor abdominal son:

Inflamación del peritoneo parietal

Contaminación bacteriana (apéndice perforado, enfermedad inflamatoria pélvica
Úlcera perforada, pancreatitis o dolor intermenstrual

Obstrucción mecánica de víscera hueca

Obstrucción de los intestinos delgado o grueso, del árbol biliar o del uréter

Perturbaciones vasculares

Embolia o trombosis
Ruptura vascular
Oclusión por presión o torsión
Anemia drepanocítica

Pared abdominal

Distorsión o tracción del mesenterio
Traumatismo o infección de músculos.



V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERO

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 41 años con dolor abdominal en estudio.

Ficha de identificación

Nombre: L. A. S. T.

Fecha de Nacimiento: 11.02.1981 Masculino 41 años Talla 170 cm.

Peso 89 Kg Idioma principal: español Religión: católica

Admitido al servicio de Urgencias procedente de su domicilio trasladado en ambulancia.

Antecedentes Heredo Familiares (AHF): Madre con hipertensión arterial sistémica, Abuelo paterno con antecedentes de cáncer de hígado, Primo con antecedentes de cáncer de colon, Tías con antecedentes de cáncer de matriz.

Antecedentes Patológicos (AP): Originario y residente de Cancún Quintana Roo, estado civil divorciado, religión católica, ocupación Contador, alimentación adecuada en calidad y cantidad, sin restricciones.

Toxicomanías, alcoholismo negado, tabaquismo positivo a razón de 6 cigarros al día desde hace 20 años, niega consumo de otras sustancias.

Inmunizaciones recientes; esquema de vacunación SARS COV2 completo con tres dosis Pfizer. Viajes recientes, interrogados y negados.

Grupo ABO y Rh: A Positivo.

Antecedentes Personales No Patológicos (APNP): Traumatológicos, interrogados y negados. Quirúrgicos, hemioplastia umbilical hace 5 años. Transfusionales, interrogados y negados. Medicamentos actuales, toma rivotril a veces para dormir.



Se trata de masculino de 41 años, quien acude al servicio de urgencias en ambulancia terrestre por presentar dolor abdominal en fosa iliaca derecha posterior a ser operado de apendicetomía, el día de hoy al continuar con sintomatología decide acudir al servicio de urgencias para abordaje y manejo de su padecimiento actual.

Padecimiento actual; inicia padecimiento aproximadamente el 23.10.22, inicia con síntomas de apendicitis, por lo cual es intervenido de apendicetomía el 24.10.2022 en Cancún Quintana Roo. Paciente refiere que a pesar de la cirugía los síntomas previos a la operación persisten. Refiere dolor intermitente en la fosa iliaca derecha de intensidad 2/10 en reposo y 9/10 a la movilización o manipulación en escala EVA, fue egresado el día 26.10.2022 a su domicilio por mejoría.

El día 28.10.2022 inicio con nauseas sin llegar a vómito, refiere la última evacuación el día de ayer, disminuida en cantidad, menciona que ha tenido algo de estreñimiento, niega fiebre. Por la persistencia de los síntomas es traído el día 29.10.2022 al servicio de urgencias para tratamiento y valoración del padecimiento actual.

Valoración céfalo-podal

T/A 142/85 mmHg F.C. 65 latidos por minutos F.R. 19 respiraciones por minutos
Temperatura 36.1°C Saturación O₂ 89% Peso 89 kg Talla 170 centímetros Glucosa capilar 87 mg/dl.

Escala de Glasgow 15/15

A la Exploración física se encuentra paciente masculino de 41 años, edad aparente similar a la cronológica, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15



puntos, sin datos de focalización neurológica. Coloración de piel normal, sin palidez o ictericia. Cooperador.

Cráneo: Normoencefalo, ojos simétricos con pupilas isocóricas normorreflécticas, narinas permeables. Mucosa oral bien hidratada sin lesiones presentes.

Cuello: Cilíndrico, recto, tráquea central, móvil no doloroso, sin adenopatías palpables, sin datos de ingurgitación yugular, sin reflujo hepatoyugular. Tiroides no palpable.

Tórax: Normolineal sin lesiones visibles, con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, a la auscultación murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, transmisión de la voz normal, sin ruidos agregados. Precordio rítmico con ruidos cardiacos de adecuada frecuencia e intensidad, sin soplos audibles sin ritmos agregados.

Abdomen: Globoso a expensas de panículo adiposo, se observa herida quirúrgica infraumbilical, bien afrontada, sin secreciones, con equimosis periumbilical, a la palpación superficial sin hiperbaralgesia, sin hiperestesia a la palpación media y profunda blando, depresible doloroso en cuadrante inferior izquierdo con rebote + con distensión abdominal ++. No se palpan ni percuten visceromegalias. A la auscultación peristalsis disminuida en frecuencia e intensidad, sin soplos audibles.

Genitales: Exploración genital diferida.

Extremidades: Extremidades integra, simétricas, arcos de movilidad completos, fuerza Daniels 5/5. Reflejos osteotendinosos ++, sensibilidad conservada, propiocepción conservada, pulsos distales homocrotos de adecuada intensidad, llenado capilar de 2 segundos, eutérmicas, sin edema. Sin datos de compromiso vascular distal.



5.2. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA CONFORME AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

A continuación, se presenta la valoración de acuerdo al modelo utilizado “14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson”

NOMBRE L.A.S.T.		FECHA 28/10/2022		HORA					
Diagnostico medico: Dolor abdominal en estudio		Tipo de valoración: Marque con (X)		General X			focalizada		
NECESIDADES	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	GRADO DE AFECTACIÓN. D= Dependiente PD=Parcialmente dependiente I= Independiente			CAUSA. F= Falta de fuerza. V= Falta de voluntad. C= Falta de conocimiento.			ANTECEDENTES
OXIGENACIÓN	SPO ₂ 89%. Fr. 20 respiraciones por minuto	Tabaquismo (+) a razón de 6 cigarros al día	D	I	PD X	F X	V X	C	Fumador + desde hace 20 años
NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	89kg, 170 cm, IMC 30.80 (Obesidad) Glucosa capilar 87 mg/dl. Mucosa oral bien hidratada	Alimentación adecuada en calidad y cantidad Refiere Náuseas,	D	I X	PD	F	V X	C	
ELIMINACIÓN	Sin datos de edema	estreñimiento, ultima evacuación ayer disminuida en cantidad	D	I	PD X	F	V	C X	
MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA	Limitación a la deambulacion por dolor	Refiere dolor al movimiento	D X	I	PD	F X	V	C	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



DESCANSO Y SUEÑO		Facilitador para dormir con uso de medicamento Rivotril a veces	D	I	PD X	F	V X	C	
VESTIRSE	Utiliza ropa cómoda.	Cambio de ropa diario	D	I X	PD	F	V X	C	
TERMORREGULACIÓN	36.1° C, eutérmico	Niega fiebre	D	I X	PD	F	V X	C	
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	Aspecto limpio. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo con herida quirúrgica infraumbilical sin secreciones. Piel normal, sin palidez o ictericia	Baño diario	D	I X	PD	F	V X	C	
EVITAR PELIGROS	Dolor intermitente en fosa iliaca derecha con intensidad de 2/10 en reposo y 9/10 a la movilización en escala EVA Escala de Glasgow 15/15. Herida quirúrgica	Refiere dolor abdominal Inmunizaciones recientes con esquema completo de SARS cov2 tres dosis con Pfizer, grupo ABO y RH A Positivo. Transfusiones negadas	D	I	PD X	F	V X	C	Hemiplastia umbilical hace 5 años, Apendicetomía 24/10/22.
COMUNICACIÓN	Se comunica con facilidad	Español	D	I X	PD	F	V X	C	
VALORES Y CREENCIAS		Religión católica	D	I X	PD	F	V X	C	
TRABAJAR Y REALIZARSE		Ocupación Contador. Estado civil divorciado	D	I X	PD	F	V X	C	



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



PARTICIPA EN ACTIVIDADES RECREATIVAS		Viajes recientes negados	D	I X	PD	F	V X	C	
APRENDIZAJE	Muestra interés a su padecimiento		D	I X	PD	F	V X	C	

ANÁLISIS DE VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

No.	Necesidad	Satisfechas	Insatisfechas		Fuente de dificultad			Rol de Enfermería		
			Reales	Potenciales.	Voluntad	Fuerza	Conocimiento	Sustituta	Auxiliar	Compañera
1	Oxigenación		SO2 89%	Tabaquismo (+)	X	X			X	X
2	Nutrición e hidratación	X	IMC 30.80 (Obesidad) Nauseas				X			X
4	Eliminación		Sin datos de edema	Estreñimiento o última evacuación ayer disminuida en cantidad		X			X	
5	Moveirse y mantener una buena postura		Limitación a la deambulaci3n por dolor intensidad 2/10	Dolor al movimiento		X		X		
6	Descanso y sueño		Con facilitador para dormir con rivotril		X					X
7	Vestirse y elegir prendas adecuadas	X								



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



8	Termorregulación	X								
9	Higiene y protección de la piel		Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo con herida quirúrgica infraumbilical sin secreciones			X				X
10	Evitar peligros		Dolor intermitente en fosa iliaca derecha con intensidad de 2/10 en reposo y 9/10 a la movilización en escala EVA			X			X	
11	Comunicación	X								
12	Vivir de acuerdo a sus creencias y valores	X								
13	Trabajar y realizarse participar en actividades recreativas	X								
14	Aprendizaje	X	Muestra interés a su padecimiento				X			X



5.3. DISEÑO Y PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PRIORIZACION DE NECESIDADES						
NECESIDAD	PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION:				
		fisiológicas	Seguridad	Sociales	Estima	Autorealización
Oxigenación	SPO ₂ 89% Fumador + desde hace 6 años	X				
Nutrición e Hidratación	Peso 89 kg. Talla 170 cms. IMC 30.80 (Obesidad) Paciente refiere nauseas sin llegar a vomito.	X				
Eliminación	Eliminación intestinal al día de ayer disminuida en cantidad, menciona que ha tenido algo de estreñimiento	X				
Movimiento	Con limitación a la deambulacion por dolor	X				
Descanso y sueño	Con facilitador para dormir con rivotril	X				
Higiene y protección de la piel	Abdomen herido quirúrgica infraumbilical, bien afrontada, sin secreciones con equimosis periumbilical	X				
Evitar Peligros	dolor intermitente en la fosa iliaca derecha de intensidad de 2/10 en reposo y 9/10 a la movilización o manipulación en escala EVA		X			
Aprendizaje	Muestra Interés por su padecimiento				X	



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CLAVE 3295 -12**



ESQUEMA RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

DATOS RELEVANTES	AGRUPACIÓN DE DATOS	DEDUCCIÓN	DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	PROBLEMA INTERDEPENDIENTE
Evitar Peligros	dolor intermitente en la fosa iliaca derecha de intensidad de 2/10 en reposo y 9/10 a la movilización o manipulación en escala EVA	Antecedente de apendicetomía de 7 días de evolución	Dolor agudo	
Oxigenación	SPO ₂ 89%	Cambios en la membrana alveolar por ser Fumador + desde hace 6 años	Deterioro de intercambio de gases	
Higiene y protección de la piel	Abdomen con herida quirúrgica infraumbilical, bien afrontada, sin secreciones con equimosis periumbilical	apendicetomía de 7 de evolución	Deterioro de la integridad cutánea	
Eliminación	Eliminación intestinal al día de ayer disminuida en cantidad, menciona que ha tenido algo de estreñimiento	Disminución de la actividad física	Estreñimiento	
Nutrición e Hidratación	Paciente refiere nauseas sin llegar a vomito	Irritación gastrointestinal	Nauseas	
Nutrición e Hidratación	Peso 89 kg. Talla 170 cms. IMC 30.80	Poca actividad física	obesidad	
Descanso y sueño	Con facilitador para dormir con rivotril	Disconfort	insomnio	
Movimiento	Limitación a la deambulacion por dolor	Por dolor	Riesgo de síndrome de desuso	
Aprendizaje	Muestra Interés por su padecimiento	Expresa deseos	Disposición para mejorar sus conocimientos	



5.4. PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
Dominio:	12. Confort	Resultado:	Control del dolor		
Clase:	1. Confort físico	Dominio:	4. Conocimiento y conducta de salud	1.-	Nunca demostrado
Código:	00132	Clase:	Q. Conducta de salud	2.-	Raramente demostrado
		Código:	1605	3.-	A veces demostrado
				4.-	Frecuentemente demostrado
				5.-	Siempre demostrado
		Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por conducta expresiva, expresión facial del dolor y posturas de evitación del dolor		160509	Reconoce los síntomas asociados del dolor	3	5
		160511	Refiere dolor controlado	2	4
		160516	Describe el dolor	3	5



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención : Manejo del dolor agudo	Código: 1410 Dominio: 1. Fisiológico básico Clase: E. Fomento de la comodidad física.
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>1.- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan</p> <p>2.- Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p. ej., tos y respiración profunda, deambulación).</p> <p>3.- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.</p> <p>4.- Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.</p> <p>5.- Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades</p>	<p>El dolor es una sensación desagradable, subjetiva y puede ser un signo importante de que algo se encuentra alterado.</p> <p>Los receptores del dolor denominados nociceptores se estimulan como consecuencia de una lesión directa de la célula receptora o a través de la liberación de productos químicos como la bradicinina. Sin embargo, el dolor no aparece necesariamente como consecuencia de la estimulación de los nociceptores. El dolor se produce cuando se libera el mensaje de dolor a lo largo de la medula espinal, hasta el cerebro donde es interpretado el estímulo.</p>



6.- Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (farmacológicos, no farmacológicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor.

7.- Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular (3)

Existen tres mecanismos naturales en el organismo que intervienen en la transmisión y percepción del dolor: Encefalinas (capaces de inhibir la liberación de sustancias P), las Endorfinas (han demostrado poseer mayores potencias que las encefalinas) y las Dinorfinas (poseen gran efecto analgésico).

El tratamiento de enfermería para controlar el dolor incluye intervenciones independientes y de colaboración y dentro de estas últimas esta la administración de analgésicos bajo prescripción medica

EVALUACIÓN

El paciente se muestra poco cooperativo y sin tolerancia a los movimientos, se inician las intervenciones de enfermería, con una puntuación diana inicial de 3, "A veces demostrado", lo que demuestra la poca tolerancia al dolor. Identificando



una evolución gradual al final de la atención proporcionada presentando un buen manejo del dolor lográndose la puntuación diana establecida: 5 “Siempre demostrado”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier,
2. Moorthead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier.
3. Bulechek G, Dochterman J, Butcher H, Wagner C, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 2014, Elsevier.



PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
Dominio:	3. Eliminación/Intercambio	Resultado:	Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso	Escala de medición	
Clase:	4. Función Respiratoria	Dominio:	2. Salud Fisiológica	1.-	Desviación grave del rango normal
Código:	00030	Clase:	E. Cardiopulmonar	2.-	Desviación sustancial del rango normal
Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios en la membrana alveolar evidenciado SPO₂ 89%		Código:	0402	3.-	Desviación moderada del rango normal
				4.-	Desviación leve del rango normal
				5.-	Sin desviación del rango normal
		Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana	
		040211	Saturación de O ₂ (2)	Mantener	Aumentar
		3	5		



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención : Oxigenoterapia Código: 3320 Dominio: II. Fisiológico Clase: K. Control complejo Respiratorio	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ol style="list-style-type: none">1. Eliminar las secreciones bucales y nasales.2. Restringir el fumar3. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas4. Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado5. Vigilar el flujo de litros de oxígeno6. Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno7. Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido8. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro).9. Observar si hay datos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.10. Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.	<p>La oxigenoterapia consiste en el uso del oxígeno con fines terapéuticos, cuando existe baja disponibilidad de este a los tejidos.</p> <p>Para administrar convenientemente el oxígeno es necesario conocer la concentración de oxígeno en la mezcla de gas suministrado y utilizar un dispositivo adecuado de administración.</p> <p>La concentración se determina por la fracción Inspirada de Oxígeno (FIO_2) que es la concentración o proporción de oxígeno en la mezcla del aire inspirado.</p> <p>De los dispositivos para suministrar oxígeno suplementario los hay de alto o bajo flujo. Los de bajo flujo proporcionan menos de 40mL/min.</p>



11. Consultar con otros profesionales sanitarios acerca del uso de oxígeno suplementario durante periodos de actividad y/o sueño. (3)

Proporcionando una parte del volumen inspirado es tomado del medio ambiente.

EVALUACIÓN

De acuerdo con las actividades de enfermería realizadas en el paciente e iniciando con una puntuación diana establecida en un 3 “Desviación moderada del rango normal, se logró con la atención brindada llegar a un 5 “Sin desviación del rango normal” con base a que el paciente presenta adecuados movimientos de inspiración y expiración, sin ruidos pulmonares y con una adecuada saturación de oxígeno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier.
2. Moorthead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier.
3. Bulechek G, Dochterman J, Butcher H, Wagner C, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 2014, Elsevier



PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO		RESULTADO ESPERADO			
Dominio:	11. Seguridad7Proteccion	Resultado:	Integridad tisular, piel y membrana mucosa	Escala de medición	
Clase:	2. Lesión Física	Dominio:	2. Salud fisiológica	1.-	Grave
Código:	00046	Clase:	L. Integridad tisular	2.-	Sustancial
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración en la turgencia de la piel, nutrición inadecuada evidenciado por alteración en la integridad de la piel (por herida quirúrgica) y dolor agudo. (1)		Código:	1101	3.-	Moderado
				4.-	Leve
				5.-	Ninguno
		Código del Indicador	Indicador	Puntuación Diana	
				Mantener	Aumentar
		110115	Lesiones cutáneas	3	4
		110116	Lesiones de la mucosa	3	4
	110122	Palidez (2)	3	5	



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Intervención : Cuidado de las heridas	Código: 3660 Dominio: 2 Fisiológico complejo Clase: I Control de la piel y heridas
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1.- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. 2.- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda. 3.- Administrar cuidados del sitio de incisión, según corresponda 4.- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida 5.- Reforzar el apósito, si es necesario 6.- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio producido en la herida 7.- Colocar de manera que se evite la tensión sobre la herida, según corresponda 8.- Fomentar la ingesta de líquidos, según corresponda (3)	<p>Una herida quirúrgica es una incisión o corte a través de la piel que se hace durante una cirugía, la cual, puede ser pequeña o grande dependiendo del tipo de cirugía a la que se ha sometido. Desde el momento en que produce la herida se inicia el proceso de restauración de las funciones fisiológicas de la piel, las cuales se conforman por un complejo conjunto de mecanismos fisiológicos sincronizados y relacionados que buscan la reparación de los tejidos dañados. Incluyen una serie de mecanismos fisiológicos, celulares y bioquímicos iniciados al producirse la lesión.</p> <p>Este proceso denominado cicatrización está condicionado además por una serie de factores locales y generales, interno y externos.</p> <p>Los cuidados de Enfermería están enfocados a que este proceso de cicatrización se realice de manera correcta y sobre todo no se presente un proceso infeccioso.</p>



--	--

EVALUACIÓN

De acuerdo a las intervenciones de enfermería planeadas, las cuales se llevaron a cabo con el paciente se observa con herida quirúrgica infraumbilical, bien afrontada, sin secreciones, en proceso de cicatrización logrando con ello alcanzar la puntuación diana establecida llevando al paciente de un 3 “Moderado” a un 5 “Ninguno”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herdman T, Kamitsuru S, López C, Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Ed. 2021, Elsevier.
2. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, medición de resultados en salud, sexta edición, 2019, Elsevier.
3. Bulechek G, Dochterman J, Butcher H, Wagner C, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 2014, Elsevier



5.5. EJECUCION

Las intervenciones que se trabajaron con el paciente en relación con el dolor agudo incluyeron independientes tanto interdependientes, dentro de las primeras se trabajaron medidas no invasivas como el masaje y técnicas de distracción como por ejemplo pedirle al paciente que realice respiraciones lentas y rítmicas a fin de concentrarse en la sensación de respiración y desviar la atención de la persona en la percepción del dolor. Y de las de colaboración se realizó la administración de analgésicos lo cual modificó la percepción y la interpretación de dolor a través de la depresión del Sistema Nervioso Central. Siendo la combinación de estas lo que consiguió un alivio eficaz.

Para el deterioro del intercambio de gases es importante que la enfermera observe cuidadosamente la manera de respirar del paciente, el intercambio ineficaz de gases ocurre por muchas causas, la enfermera debe estar alerta para descubrir cualquier signo de obstrucción de las vías respiratorias y estar preparada para recurrir a vías respiratorias artificiales como lo son las puntas nasales así mismo siendo una de las causas que genera el problema el fumar, la enfermera explicara la importancia de no fumar, así como los daños que repercuten a la salud, realizando un plan de alta.

En el caso del deterioro de la integración cutánea las pautas sobre la limpieza y desinfección de las heridas incluyeron para la limpieza la utilización de suero fisiológico a temperatura ambiente o con agua y jabón neutro, evitándose el agua fría ya que, retrasada el proceso de cicatrización de las heridas, no se debe de irrigar a presión para no lesionar el tejido granulación que se empieza a desarrollar,

También se tomó en cuenta la aplicación de antisépticos de 2 a 3 veces al día con cambio de apósito, que, por el tipo de herida, se utilizaron apósitos oclusivos en heridas quirúrgicas sin infección para favorecer el proceso de cicatrización más rápido.



5.6. EVALUACIÓN

En este caso clínico el dolor abdominal terminó siendo una gastroenteritis probablemente infecciosa + Posoperatorio de apendicetomía laparoscópica. El paciente al inicio muestra poco cooperativo y sin tolerancia a los movimientos, se inician las intervenciones, con una puntuación diana inicial de 3, “A veces demostrado”, lo que demuestra la poca tolerancia al dolor. Para el día 30.10.22 se le realiza una Endoscopia, en la cual, al explorar cavidad de tubo digestivo alto, se muestra mucosa sin alteraciones. El paciente refiere sentir mejoría en el dolor evaluando en la escala EVA 7/10 al movimiento. Y finalmente el día 31.10.22 el paciente presenta buen manejo del dolor, tolerando la actividad, la vía oral y canalizando gases, se continúan con las intervenciones, se mantiene en observación y finalmente se logró la puntuación 5 “Siempre demostrado”

Con la intervención que se llevó a cabo para el deterioro del intercambio de gases se mejoro la oxigenación del paciente, sin embargo, todavía se tiene que trabajar el habito de fumar, para que el paciente deje de hacerlo y con ello se mejore su estado de salud totalmente.

Para el deterioro de la integridad cutánea las intervenciones que se realizaron entorno a la herida quirúrgica favorecieron el proceso de cicatrización el cual continua en proceso de evolución de manera satisfactoria sobre todo sin proceso infeccioso.

Se continua con el trabajo de Enfermeria con el paciente para lograr su pronta recuperación y que este se reincorpore a su medio familiar y laboral.



5.7. PLAN DE ALTA

Objetivo:

El paciente y el familiar comprenderán la importancia de los cuidados domiciliarios, así como los signos y síntomas de alarma con el Diagnóstico médico de dolor abdominal.

Tratamiento:

Manejo del dolor; desde el día de su ingreso 28.10.22 la primera intervención su evaluación en escala EVA 2/10 al día 01.11.22 el paciente comenta sentir mejoría, por lo que se recomienda continuar con ejercicios pasivos/activos y posiciones posturales.

Alimentación: se recomienda incrementar la ingesta de líquidos y alimentos altos en fibra que beneficie en el aspecto del estreñimiento.

Actividad Física: se le invita al paciente a realizar actividades sencillas como caminatas en el patio o en algún parque.

Eliminación: se le hace nuevamente invitación en el aumento de líquidos ingeridos, ya que muestran resultados positivos en el paciente.

Evitar riesgo de infecciones del sitio quirúrgico: no olvidar realizar técnicas correctas de lavado de manos usando jabón antimicrobiano.

A no olvidar cuidar la incisión durante el baño

A minimizar la tensión en el sitio de la incisión

Reforzar con el paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección, monitorizando las características de la herida, como datos de sangrado, enrojecimiento, eritema o edema en el sitio quirúrgico.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



Uso de medicamentos: continuar con lo indicado por el médico y a no automedicarse.
Se brindan los siguientes folletos de educación:





ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE 3295 -12



CENTRO MÉDICO ABC
Excelencia en Medicina

UNIDAD DE ENDOSCOPIA AVANZADA

Gastroscofia

En el Centro Médico ABC su seguridad es nuestra prioridad, por ello, le recomendamos tomar las siguientes precauciones posteriores a su estudio.

Pregunte a su médico en cuánto tiempo puede:

- Conducir vehículos.
- Ingerir bebidas alcohólicas.
- Tomar decisiones que tengan implicaciones legales.
- Reiniciar su tratamiento médico.
- Reiniciar su alimentación.

Contacte a su médico en caso de presentar alguno de los siguientes signos de alarma:

- Dolor abdominal de moderado a intenso.
- Distensión abdominal de moderada a intensa y persistente.
- Evacuación negra y/o con sangre.
- Temperatura mayor a 38°C.
- Náusea y/o vómito persistente.

Su médico:
Dr. _____
le informará donde y cuando recoger sus resultados.

Programa Educación para la Salud ABC

Esta información forma parte del Programa Educación para la Salud ABC, cuyo objetivo es crear una cultura de cuidado de la salud en nuestros pacientes.

Su recuperación es nuestro objetivo.

Unidad de Endoscopia Avanzada
Campus Observatorio
Tel. 5230-8000 exts. 8869 y 8169
Horario de atención:
Lunes a sábado de 7:00 a 22:00 hrs.,
Domingo: 7:00 a 15:00 hrs.

Campus Santa Fe
Tel. 1103-1600 exts. 1328 y 1320
Horario de atención:
Lunes a sábado de 7:00 a 22:00 hrs.

CENTRO MÉDICO ABC
Excelencia en Medicina

NUTRICIÓN Y DIETAS

Manual de Dietas

Manual de educación al paciente

Programa Educación para la Salud ABC

En el Centro Médico ABC nos interesa su seguridad y bienestar. Por ello, hemos diseñado este manual con el fin de darle a conocer los tipos de dietas que se manejan en el Centro Médico ABC, los alimentos que las conforman y ejemplos de menú.



VI. CONCLUSIONES

Este proyecto tuvo como objetivo identificar las necesidades reales y potenciales en un paciente con dolor abdominal y a desarrollar un plan de cuidados para llevar a cabo las intervenciones de enfermería. A través del método de valoración de Virginia Henderson fue posible identificar las necesidades alteradas. Así mismo se desarrolló un plan de cuidados y se realizaron intervenciones de enfermería que le permitieran mejorar su autocuidado.

El desarrollo del trabajo ha expuesto la participación de enfermería debido a que abarca el cuidado autónomo y la atención centrada en la persona.



VII. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Amplexión: Acción de circundar la caja torácica con el fin de apreciar el desarrollo y la forma de la misma.

Amplexación: Nos permite valorar la simetría de la expansión de ambos hemitórax en sentido transversal de manera simultánea y en sus caras anterior y posterior.

Apendicectomía: Extirpación quirúrgica del apéndice cecal.

Axón: Prolongación filiforme de una neurona, por la que esta transmite impulsos nerviosos hasta una o varias células musculares, glandulares, nerviosas.

Cinetosis: conocida como mareo de movimiento, es un cuadro de náuseas con o sin vómito, común entre las personas que viajan en automóvil, tren, avión o en barco.

Dolor: Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.
Equimosis: Mancha lívida, negruzca o amarillenta de la piel o de los órganos internos, que resulta de la sufusión de la sangre a consecuencia de un golpe, de una fuerte ligadura o de otras causas.

Hemioplastia: Cirugía para reparar una hernia en la pared.

Hepatoyugular: Reflujo que se produce al hacer presión en el abdomen (de medio a un minuto), de forma que aparecen ingurgitadas las venas yugulares, indica la probable existencia de una insuficiencia cardíaca derecha.

Hiperbaralgesia: Dolor causado por la presión ejercida en alguna zona del cuerpo.

Hiperestesia: sensación exagerada de los estímulos, incremento anormal de la sensibilidad hacia estímulos o sensaciones, en general táctiles.

Infraumbilical: Es un corte quirúrgico horizontal realizado en la depresión del ombligo.

Isocóricas: Igualdad en el tamaño de ambas pupilas.

Mórbido: Que padece la enfermedad o la ocasiona.

Patógeno: Que origina y desarrolla una enfermedad, microorganismo.

Periumbilical: Lo que este situado alrededor del ombligo.



GLOSARIO DE ABREVIACIONES

AHF: Antecedentes Heredo Familiares

AP: Antecedentes Patológicos

APNP: Antecedentes Personales No Patológicos

GPCE: Guía de Práctica Clínica de Enfermería

MBE: Medicina Basada en Evidencia

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

PBE: Práctica Basada en Evidencia

PLACE: Plan de Cuidados



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antonio J, Cadenas A, De La M, Espí T. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. Urgencias Protoc diagn ter peditr [Internet]. 2020;1:197–213. Available from: www.aeped.es/protocolos/
2. Adultos AEN. Guía de diagnóstico de dolor abdominal agudo en adultos. 2018;
3. Reina G NC. El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2015;(17):18–23. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
4. Burgos Moreno M, Paravic Klijn T. Enfermería como profesión. Rev Cubana Enferm. 2009;25(1–2):1–9.
5. Najera R. La enfermería como ciencia y arte. Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM. 2007;4(1):3–4.
6. Virginia Henderson:: Historia De La Enfermería [Internet]. Available from: <https://historia-de-enfermeria8.webnode.mx/personajes-importantes-de-la-enfermeria2/virginia-henderson/>
8. Secretaria de Salud. NOM-019-SSA3-2013, Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. D Of la Fed. 2014;1–31.
9. Delgado Rubio M, Hernández Rosales CM, Ostiguín Meléndez RM. Fundamentos Filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson. Enfermería Univ. 2018;4(1).
10. Alligood MRAM. Modelos y teorías [Internet]. 2011. 797 p. Available from: https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_me_dilibros
11. Modelo del Cuidado de Enfermería SSA.pdf.
12. Heater T, Kamitsuru S, Takáo C. 2021 – 2023. 2023. 24–46 p.
13. Cisneros F. Universidad Del Cauca Facultad Ciencias De La Salud Programa De Enfermeria Area De Fundamentos Proceso De Atención De Enfermeria (Pae).



- Proceso Atención Enferm [Internet]. 2002;1–35. Available from: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
14. Qué es la Pirámide de Maslow y la teoría de las necesidades - Blog de Instituto Serca [Internet]. Available from: https://blog.institutoserca.com/que-es-la-piramide-de-maslow-y-necesidades/#Que_es_la_Piramide_de_Maslow
 15. NOC 2018 2020 copia.pdf.
 16. NIC 7ma edición 201802020.
 17. Congreso EL, Estados GDELOS, Mexicanos U. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Vol. 5002338. 2017. p. 1–14. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5485944&fecha=08/06/2017&print=true
 18. Concha M. La Adultez Tardía. 2006;241–61.
 19. GUYTON- TRATADO DE FISILOGIA MEDICA UNIDAD 3.pdf.
 20. Las 12 partes del sistema digestivo (características y funciones) [Internet]. Available from: <https://medicoplus.com/medicina-general/partes-sistema-digestivo>
 22. Manzanos J. Aparato Digestivo | Partes, Funciones y Enfermedades [Internet]. Esalud. 2019. Available from: <https://www.esalud.com/aparato-digestivo/>
 23. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Stephen L, Longo DL, Jameson JL, et al. Principios de Medicina Interna Edición en Español @ perrado.
 24. Sistema digestivo_ anatomía y fisiología del estómago - Estómago Es un ensanchamiento del tubo - Studocu.
 25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica GPC Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnòstica en abdomen agudo no traumatico en el adulto Evidencias y Recomendaciones. Div Excel Clínica [Internet]. 2015;53. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142zd.pdf>