



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

División de Estudios de Posgrado

Maestría en Enfermería

**Intervenciones Estandarizadas de Cuidado Enfermero en
Personas con Enfermedad de Sepsis Abdominal**

Tesis

**Que para obtener el grado de
Maestra en Enfermería con Terminal en Gestión, Dirección y
Liderazgo**

Presenta

L. E. María Elena Vázquez Martínez

Asesora

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Coasesora

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Revisora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Morelia, Michoacán

Noviembre 2022

Directorio

M.S.P. Julio César González Cabrera

Director

M.I.E.N. Cecilia Castro Calderón

Secretaria Académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Jefa de División de Estudios de Posgrado

Mesa Sinodal

Presidenta

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Vocal 1

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Vocal 2

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Vocal 3

Dra. Ma. Lilia A. Alcántar Zavala

Vocal 4

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Acta de revisión

La M.E. Ruth E. Pérez Guerrero profesor e investigador titular “A” adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; directora de la tesis de maestría.

Certifica

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado **“Intervenciones estandarizadas de cuidado enfermero en personas con enfermedad de sepsis abdominal”**. Elaborado por la Licenciada en Enfermería **María Elena Vázquez Martínez** mismo que se presenta para la obtención del grado de **Maestra en Enfermería con Terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo**, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. Ma. Martha Marín Laredo
Profesora e Investigadora Titular “A”
Facultad de Enfermería

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla
Profesora e Investigadora Titular “B”
Facultad de Enfermería

M.E. Ruth E. Pérez Guerrero
Profesora e Investigadora Asociada “A”
Facultad de Enfermería

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar
Profesora e Investigadora Asociada “C”
Facultad de Enfermería

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala
Profesora e Investigadora Asociada “C”
Facultad de Enfermería

Agradecimientos

Extiendo mi más sincero agradecimiento a Dios por haber colocado a las personas idóneas en el momento perfecto para mi formación académica.

Con absoluta vehemencia puedo sostener que he contado con los mejores compañeros de aula, docentes, tutores y autoridades administrativas de la ilustre Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, de la facultad de Enfermería quienes han marcado un precedente dentro de mi formación académica.

Con especial agradecimiento a mi asesora de tesis la Dra. Ma. Martha Marín Laredo, por su acompañamiento y asesoría a lo largo de todo este proceso, por su gran apoyo, paciencia y comprensión como tutor, por ser la excelente guía para todos los que tenemos la fortuna de trabajar con ella.

A la Dra. Magdalena Lozano que siempre me apoyo en este proyecto como coordinadora de maestría; que en su momento no me dejó caer y me apoyo para concluir mis estudios de maestría.

A mis compañeros de generación de maestría, Yessenia, Yiraldi, Margarita, Silvia, Verónica y Anel que con su apoyo salimos adelante en este proyecto.

Dedicatoria

A mi mamá María Guadalupe Martínez Durán, gracias por enseñarme el ejemplo de paciencia y perseverancia, que los límites están en nosotros y tenemos que enfrentarlos.

A mi papá José Eugenio Vázquez Solorio, por enseñarme que la disciplina y constancia puede llevarte a donde te lo propones. Por su apoyo incondicional en cada una de mis etapas.

A mi hijo Edgar Armando García Vázquez por ser la luz que ilumina mis días, eres un claro ejemplo de un milagro y de lucha constante.

A mi pareja Edgar Armando García Villalobos por su apoyo incondicional, gracias por acompañarme en mis proyectos.

Índice

Resumen.....	7
ABSTRACT.....	8
I Introducción.....	9
II Justificación.....	10
III Marco Teórico.....	12
3.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.....	12
3.2 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM	14
3.2.1 BIOGRAFÍA.....	14
3.2.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	15
3.2.3 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO	17
3.2.4 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	18
3.2.5 TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA.....	20
3.3 SEPSIS ABDOMINAL.....	21
3.3.1 CLASIFICACIÓN DE LA SEPSIS ABDOMINAL	22
3.3.2 ETIOLOGÍA.....	23
3.3.3 PATOGÉNESIS.....	23
3.3.4 FISIOPATOLOGÍA	24
3.3.4 CUADRO CLÍNICO.....	24
3.3.5 ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS.....	25
3.3.6 TRATAMIENTO	25
IV Método.....	28
V Valoración.....	28
VI Diagnósticos De Enfermería	29
VII Plan Estandarizado De Cuidados De Enfermería	30
7.1 DIAGNÓSTICO 1 DE ENFERMERÍA	30
7.2 DIAGNÓSTICO 2 DE ENFERMERÍA	33
7.3 DIAGNÓSTICO 3 DE ENFERMERÍA	36
7.4 DIAGNÓSTICO 4 DE ENFERMERÍA	38
7.5 DIAGNÓSTICO 5 DE ENFERMERÍA	41
VIII Conclusiones.....	43
IX Referencias Bibliográficas	45
X Anexos.....	47
10.1 GUÍA DE VALORACIÓN DEL PROCESO CON EL REFERENTE DE DOROTHEA E. OREM	47

Resumen

Introducción. El proceso de enfermería es un método sistemático que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades, para diagnosticar y tratar las respuestas humanas del paciente ante los problemas de salud. La sepsis es un síndrome de alteraciones fisiológicas, patológicas y bioquímicas, inducidas por infección, es una patología grave que a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, tiene una mortalidad elevada aproximada del 75%, en los E.E.U.U. tiene una mortalidad promedio del 33.3%, los costos en la atención llegan a 1,6700 millones de dólares cada año, y una incidencia de 750,000 nuevos casos. **Objetivo.** Proponer un plan de cuidados estandarizados en enfermería en personas con enfermedad de sepsis abdominal. **Método.** Se realizó revisión de la literatura del proceso enfermero basado en evidencia científica, se recolectaron los datos, se basó en la teoría de Dorothea Orem, se realizaron diagnósticos con base en razonamiento deductivo y en la evidencia documental de acuerdo a las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC) **Resultados.** Se estableció un plan de cuidados para realizar intervenciones de enfermería más específicas en el cuidado de estos pacientes. **Conclusión.** La metodología NANDA, NIC y NOC nos facilita diagnósticos enfermeros, marca objetivos de consecución, sistematiza intervenciones y evalúa cuidados enfermeros. Todo ello nos permite universalizar el lenguaje del cuidado y la evaluación rigurosa de la profesión enfermera. **Palabras clave:** sepsis abdominal, Dorothea Orem, Proceso enfermero.

Abstract

Introduction. The nursing process is a systematic method, it is practical that provides the mechanism by which the nursing professional uses their opinions, knowledges, proficiency to diagnosticate and try on the human answers of the patients and health's problems. Standardized care in abdominal sepsis aims to help to standardized care in abdominal sepsis. Sepsis is a syndrome of physiological, pathological and biochemical alterations caused by an infection; it is a serious pathology that it can have in spite of advances in diagnosis and treatment, a high mortality rate of about 75%; In the United States, it has an average mortality of 33.3%, the costs of care reach 16700 million dollars each year, and an incidence of 750,000 new cases. **Objective.** The objective of the nursing process is to standardize care for the pathology of abdominal sepsis. **Method.** It has been made a literature review of nursing process bases on scientific, it was collected bases, it was based on Dorothea's Orem theory. They were made diagnostics based on deductive reasoning and in documentary evidence according to taxonomy of North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Interventions Classification (NIC). **Results.** It was established a care plan to realized interventions of nursing more specifics in care of type these patients. **Conclusions.** The NANDA, NIC and NOC methodology provides us with nursing diagnoses, sets achievement goals, systematizes interventions and evaluates nursing care, all this allows us to universalize the language of care and rigorous evaluation of the nursing profession.

Word keys: abdominal sepsis, Dorothea Orem, Nursing process.

I Introducción

El presente Plan de cuidado estandarizado se basa en sepsis abdominal, el cual es de importancia, para los cuidados de enfermería con el sustento teórico de Dorothea Orem y las taxonomías NANDA, NIC y NOC; ya que es una de las principales causas de ingreso hospitalario con diversas complicaciones.

Dentro de la justificación del estudio se destaca la importancia del trabajo de enfermería a partir de la sistematización de los cuidados; la práctica de enfermería se basa en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican utilizando el Proceso de Enfermería (PE) como un método sistemático para favorecer el cuidado de las personas y la solución de problemas en el ejercicio de su disciplina.

Entre los principales factores de riesgo se encuentran: absceso apendicular, perforación de vísceras huecas, pancreatitis aguda, pelvi peritonitis, piocolecisto, absceso hepático, heridas penetrantes de abdomen por arma blanca o de fuego, etcétera (Cortez, 2014).

El marco teórico se conforma por la revisión bibliográfica de la teoría de Dorothea E. Orem, el proceso enfermero de acuerdo a las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Clasificación de resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC), así mismo, se describe la patología de sepsis abdominal; subseguida por la valoración la cual se realizó a partir de la valoración de Dorothea Orem, se estableció la priorización de diagnósticos con base a diversos autores. Posterior a ello se realizaron intervenciones y acciones determinadas y/o establecidas en el NIC considerando la priorización de las mismas, una vez realizado esto se determinó la puntuación Diana de los resultados la cual va desde 1 al 5. Culminando con los apartados de conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

II Justificación

La sepsis abdominal es una patología grave que puede tener, a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento una mortalidad elevada cerca del 75%; en los Estados Unidos tiene una mortalidad promedio del 33.3%, los costos en la atención llegan a 16700 millones de dólares cada año y una incidencia de 750.000 nuevos casos, entre los principales factores de riesgo se encuentran: absceso apendicular, perforación de vísceras huecas, pancreatitis aguda, pelvi peritonitis, piocolecisto, absceso hepático, heridas penetrantes de abdomen por arma blanca o de fuego, etc.. (Cortez, 2014).

En el estudio Intensive Care Over Nations (ICON) realizado por Napolitano (2018) proporcionó datos epidemiológicos globales sobre 10.069 pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y confirmó que 2.973 (29,5%) de los pacientes tenían sepsis al ingreso o durante su estancia en la UCI. En los pacientes con septicemia, la mortalidad en la UCI fue del 25,8% y la mortalidad hospitalaria del 35,3%, una tasa de mortalidad significativamente más alta que en la población general de la UCI (mortalidad en la UCI, 16,2%; mortalidad hospitalaria, 24,2%). La incidencia de la septicemia grave va en aumento, con más de 750 000 casos calculados por año en Estados Unidos. Se espera que esta cifra aumente conforme crece la población geriátrica de ese país. El tratamiento de la sepsis ha mejorado mucho en los últimos 10 años, los índices de mortalidad han caído al menos 30%.

Los organismos asociados con sepsis intraabdominal (%). Aerobios Gram negativos Aerobios Gram positivos Escherichia coli 56.7 A. streptococci 25 Klebsiella 15.4 Enterococci 23 Pseudomonas 15.4 B. streptococci 10.4 Proteus 14.8 Staphylococcus epidermidis 16.1 Enterobacter 13.5 S. aureus 4.3 Serratia 1.2 Anaerobios Hongos Bacteroides fragilis 22.8 Cándida sp. 9.2 Bacteroides sp. 20.9 Clostridia 17.9 Peptococcus 7.4 Fusobacterium 6.1 Eubacterium (Chávez, 2002).

En el estudio realizado por Arcos (2019), resalta que el papel de la enfermera es vital en el tratamiento de los pacientes con sepsis abdominal, destaca que la atención terapéutica integral que la enfermera realiza contribuye en gran medida

con la mejoría de los pacientes, ella brinda al paciente y su familia calidad de cuidados; por lo cual, la sepsis sigue siendo un problema de salud importante en todo el mundo y se asocia con altas tasas de mortalidad.

III Marco Teórico

3.1 Proceso de Enfermería

La práctica de enfermería se basa en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican utilizando el Proceso de Enfermería (PE) como un método sistemático para favorecer el cuidado de las personas y la solución de problemas en el ejercicio de su disciplina. (Reina, 2010).

Reina (2010) refiere que, los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60 por la enfermera Faye Abdellan quien teoriza e introduce un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente, en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los años 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

El PE es un método sistemático y práctico que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas del paciente ante los problemas de salud; el sustento metodológico del PE permite que las experiencias de los profesionales del cuidado permitan establecer la teoría de Orem con más eficiencia, con el objetivo de que sea atendida y dirigida la situación de salud de la persona, basado en la evidencia científica. El proceso de enfermería se define como un método sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo que brinda cuidados ante problemas reales o potenciales centrados en las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad (Reina, 2010), el cual consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, a continuación se describen:

1. **Valoración:** primera etapa del proceso permite estimar las respuestas humanas del paciente, familia o comunidad. Durante esta etapa, se obtienen los datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas y métodos de exploración (Reina, 2010).

2. **Diagnóstico:** considerado como una hipótesis y/o conclusión que permite describir la situación en la que se encuentra la persona con al algún déficit de salud, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales, de salud, síndromes y de riesgo (Reina, 2010).

3. **Planeación:** consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente estableciendo prioridades, elaborando objetivos, determinando acciones de enfermería y por último, documentando el plan de cuidados (Reina, 2010), donde la ciencia en enfermería dispone de herramientas que vertebran la aplicación del PE, así como, en los conocimientos y lenguaje común de la profesión, tanto para la formulación diagnóstica como para el establecimiento de resultados (objetivos) e identificación de las intervenciones adecuadas para alcanzarlos, los cuáles son Clasificación de Diagnósticos Enfermeros-NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Clasificación de Resultados Enfermeros-NOC (Nursing Outcomes Classification), Clasificación global y estandarizada de los resultados del individuo, definidos como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera, Clasificación de Intervenciones Enfermeras-NIC (Nursing Interventions Classification), Clasificación global y estandarizada de las intervenciones enfermeras, definidas como las acciones llevadas a cabo por enfermería para ayudar al individuo a alcanzar los resultados esperados. (Reina, 2010).

La planeación de las intervenciones se agrupa de la siguiente forma:
Individualizado: permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente en concreto.

Estandarizado: según Mayers “es un protocolo específico de cuidados apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Estandarizado con modificaciones: permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados.

Computarizado: requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

4. **Ejecución:** desarrolla tres criterios: preparación, ejecución, documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo con la dirección del profesional de enfermería es llevar a la práctica lo documentado en el plan de acción (Reina, 2010).

5. **Evaluación:** es la apreciación de los resultados obtenidos y la retroalimentación del proceso. Es el momento de contrastar los resultados obtenidos y los objetivos planteados e identificando los cambios que se han producido (Reina, 2010).

3.2 Teoría del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

3.2.1 Biografía

Dorothea Elizabeth Orem nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inicio sus estudios en Washington DC en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, recibiendo su diploma a inicio de los años 30. En 1939 recibió el grado de Bachiller en ciencias en Educación de Enfermería y en 1945 la Universidad Católica de América le otorga el grado de Bachiller en Ciencias de Educación de Enfermería (Berbiglia y Banfi, 2011).

Recibió varios títulos honorarios como el de Doctora en Ciencias de la Universidad de Georgetown en 1976. Durante su carrera profesional fue enfermera quirúrgica, enfermera supervisora, enfermera particular, docente de enfermería y administradora. Desempeño también el rol de directora en la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; permaneció también en

la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana durante 8 años (Berbiglia y Banfi, 2011).

Entre otros títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; Doctor of Humane Letters, Illinois Wesleyan University, en 1988; Linda Richards Award, National League for Nursing, en 1991 y Honorary Fellow of the American Academy of Nursing en 1992. Orem fue también nombrada Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998 (Berbiglia y Banfi, 2011). Dorotea Orem falleció el 22 de junio de 2007, en Estados Unidos, Georgia.

3.2.2 Teoría del déficit del autocuidado

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería, a través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros (Berbiglia y Banfi, 2011).

Es por ello que para explicar el modelo de Orem es necesario definir los conceptos manejados en esta teoría, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicado en 1991, descritos de la siguiente manera:

Autocuidado: “Es una conducta aprendida por los individuos, dirigida por las personas hacia sí mismas, orientada a regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud y bienestar” (Berbiglia y Banfi, 2011).

Requisitos de autocuidado: “Son expresiones de los objetivos a lograr para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano; se identificaron tres tipos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviaciones de la salud” (Berbiglia y Banfi, 2011).

Demanda terapéutica de autocuidado: “Es la suma de actividades de autocuidado requerida por las personas, en un lugar y tiempo determinado” (Berbiglia y Banfi, 2011).

Agencia de autocuidado. “Es un proceso que permite reconocer aquellos factores que deben ser controlados y tratados para regular el funcionamiento y desarrollo de las personas, así la agencia de autocuidado dependiente es aquella capacidad desarrollada por un adulto responsable para asumir actividades de autocuidado por las personas que de ellos dependen, como infantes o adultos y adultos mayores dependientes” (Berbiglia y Banfi, 2011).

Déficit de autocuidado. “Se produce cuando las habilidades que posee una persona para llevar a cabo actividades de su autocuidado, no son suficientes para llevar a cabo el mismo” (Berbiglia y Banfi, 2011).

Agencia de Enfermería. “Propiedad y atributo de la enfermera para conocer y ayudar a conocer a las personas, sus demandas de autocuidado o ayudarlas a cubrir las mismas en el desarrollo de su agencia de autocuidado o agencia de autocuidado dependiente” (Berbiglia y Banfi, 2011).

Sistemas de Enfermería. Es como el personal de enfermería va a contribuir para superar el déficit y lograr el autocuidado de las personas, al activar uno de estos sistemas, el profesional debe considerar las capacidades que la persona, grupo o comunidad, poseen para elegir qué sistema se llevara a cabo durante la agencia de autocuidado. “Existen los siguientes sistemas de enfermería: sistema de enfermería totalmente compensador, sistema de enfermería parcialmente compensador y sistema de enfermería apoyo- educación” (Berbiglia y Banfi, 2011).

Bajo las definiciones anteriores Orem describe los conceptos meta paradigmáticos desde la ciencia en enfermería, por consiguiente:

Persona. “Concibe al individuo como un todo integral y dinámico, con un organismo biológico, racional y pensante, que posee la capacidad de

comunicarse y guiar sus esfuerzos para llevar a cabo acciones de autocuidado” (Prado et al., 2014).

Salud: “La define como integridad física, estructural y funcional, que adquiere un significado diferente para cada persona, de acuerdo a su percepción de bienestar” (Prado et al., 2014).

Enfermería: “Servicio humano, que proporciona a las personas y/o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, para mantener su salud, vida y bienestar, cuando estas no puedan satisfacer sus necesidades por si mismas debido a incapacidades personales” (Prado et al., 2014).

Entorno: “Conjunto de factores externos, que influyen en las personas para que decidan llevar a cabo su autocuidado, por encima de su capacidad de ejercerlo” (Prado et al., 2014).

3.2.3 Teoría del autocuidado

El autocuidado es una actividad de varias habilidades a realizar por las personas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar, cuando el autocuidado es realizado efectivamente ayuda a mantener la integridad y funcionamiento humano.

Orem enfatiza que el autocuidado debe ser intencionado, deliberado y calculado, basada en la premisa que el individuo sabe en qué momento necesita ayuda y son conscientes de las acciones que necesitan realizar (Berbiglia y Banfi, 2011).

Orem en esta teoría que tienen como objeto promover las condiciones necesarias para la vida y prevenir situaciones adversas en los distintos momentos del desarrollo del ser humano y exigen que se tomen medidas sanitarias en determinados momentos en un periodo de tiempo, los cuales son categorizados de la siguiente manera (Prado et al., 2014).

Requisitos de autocuidado universales. Son comportamientos que se consideran dentro de los límites normales del ser humano cuyos objetivos requeridos deben alcanzarse para el mantenimiento de la integridad de las etapas del ciclo vital y son los siguientes:

- Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos.
- Mantenimiento del equilibrio entre reposo y actividad y entre la soledad e integración social.
- Proporción de cuidados asociados con la eliminación.
- Prevención de peligros.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad (Berbiglia y Banfi, 2011).

Requisitos de desarrollo: son condiciones específicas y particulares que garantizan el desarrollo normal de la persona, así como enfrentar situaciones que pueden afectarlo. Son los siguientes:

- Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazos, nacimiento y neonatos, lactancia, infancia, adolescencia y edad adulta.
- Proporcionar cuidados en de privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema.

Requisitos de Autocuidado en las desviaciones de la salud “demandas de autocuidado”: están dirigidas a las personas enfermas o lesionadas, con el objetivo de prevenir las complicaciones y evitar la incapacidad prolongada (Berbiglia y Banfi, 2011).

3.2.4 Teoría del déficit del autocuidado

En la teoría del déficit de autocuidado Orem, percibe al individuo con limitaciones en la provisión de su autocuidado o un déficit en las habilidades de auto cuidado, las cuales no son suficientes para cubrir una demanda de autocuidado, por esta

razón Orem afirma que los individuos necesitan incorporar nuevas medidas de autocuidado, las cuales requirieren un entrenamiento para poder afrontar sus efectos (Berbiglia y Banfi, 2011).

Bajo esta necesidad de educar Orem identifica los cinco métodos que la enfermera puede utilizar para ayudar al individuo proporcionándole asistencia en su autocuidado:

- Actuar o hacer para otra persona.
- Guiar y orientar.
- Proporcionar apoyo físico y psicológico.
- Proporcionar y mantener un ambiente de apoyo para el desenvolvimiento personal.
- Enseñar.

Orem reconoce las capacidades específicas de autocuidado en la persona, así como demandas terapéuticas; donde el cuidado de enfermería se centra en actividades que proporcionan cuidados en cinco áreas principales:

- Iniciar y mantener una relación enfermera-paciente con el individuo, familia o comunidad
- Determinar los cuidados de enfermería.
- Responder a las necesidades del paciente en relación a la asistencia de enfermería.
- Proporcionar y regular la ayuda directa a los pacientes (y personas significativas).
- Coordinar e integrar los cuidados de enfermería en la vida diaria del paciente, así como o la atención de salud, servicio social o educación necesaria (Berbiglia y Banfi, 2011).

3.2.5 Teoría de los sistemas de enfermería

La teoría señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones en el autocuidado o en el cuidado dependiente (Berbiglia y Banfi, 2011).

El profesional de enfermería, debe elegir el sistema más conveniente para la persona grupo o comunidad, en el sentido de que los involucrados muestren capacidad de prestar atención, razonar, tomara decisiones, aprender y articular actividades de autocuidado en la vida diaria (Prado, et al., 2014).

En este sentido de capacidad los cuidados de enfermería están orientados en los sistemas de enfermería los cuales son:

- **Sistema totalmente compensatorio:** Es representado por la situación donde el individuo es incapaz de encargarse de sus acciones de autocuidado, es decir; cuando la enfermera proporciona la totalidad de cuidado (Prado, et al., 2014).
- **Sistema parcialmente compensatorio:** Representado por la situación en la que tanto la enfermera como el paciente realizan actividades de autocuidado u otras acciones como tareas de manipulación o deambulación., podemos argumentar que es cuando el cuidado se da conjuntamente entre paciente y enfermera y finalmente el sistema apoyo educación, cuando la enfermera ayuda al paciente a adquirir conocimientos y habilidades que beneficien su autocuidado (Prado, et al., 2014).
- **Sistema de apoyo-educación:** En este sistema la persona puede ser capaz de aprender a desempeñar medidas para su autocuidado, donde el papel de la enfermera es promover al paciente como agente de su autocuidado (Prado, et al., 2014).

3.3 Sepsis Abdominal

La sepsis es un síndrome de alteraciones fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por una infección, cuya incidencia está en aumento. Así mismos, es una de las principales causas de enfermedad grave y de mortalidad en todo el mundo. Los pacientes que sobreviven a la sepsis con frecuencia sufren problemas físicos, psicológicos y cognitivos prolongados (Singer, Deutschman y Seymour, 2016).

Esta ocurre cuando el cuerpo tiene una abrumadora respuesta inmunitaria a una infección bacteriana; donde las sustancias químicas liberadas a la sangre para combatir la infección, desencadenan una inflamación generalizada, lo que conduce a la formación de coágulos de sangre y la filtración de vasos sanguíneos. Esto causa un pobre flujo sanguíneo, lo que priva a los órganos de nutrientes y oxígeno. En los casos más serios, uno o más órganos pueden fallar. en el peor de los casos la presión arterial baja y el corazón se debilita, lo que lleva a un shock séptico (Fernández, G., Cruz, B. y Cruz, G., 2017). Son múltiples bacterias las que pueden ocasionar la sepsis como: aerobios y anaerobios, Gram positivos y gran negativo, Echerichacoli, estreptococo faecalis, Pseudomona, bacteridias fragilis, clostridium.

Los factores que contribuyen a esta mejoría en la mortalidad se relacionan tanto con estudios prospectivos aleatorios recientes que demuestran mejores resultados con los tratamientos nuevos, como las mejoras en el proceso de atención a la salud del paciente con septicemia. (Brunicardi et al., 2015).

Los pacientes graves deben recibir líquidos para reanimación hasta alcanzar una meta de presión venosa arterial media en 65 mmHg o más y el gasto urinario en 05. ml/kg por hora o más. Está demostrado que el retraso de esta medida de reanimación tan solo por tres horas hasta la llegada a la UCI agrava el pronóstico (Brunicardi et al., 2015).

Varios estudios demostraron la importancia del tratamiento antibiótico empírico temprano en pacientes con septicemia o infección intrahospitalaria. Este tratamiento debe iniciarse lo mas pronto posible, con antibióticos de amplio espectro

dirigidos contra los organismos más probables, ya que el tratamiento adecuado se relaciona con disminución adecuada de antibióticos se acompaña de mayor mortalidad los retrasos de la administración adecuada de antibióticos se acompaña de mayor mortalidad. El uso de patrones de sensibilidad específicos de la institución y la unidad hospitalaria es crucial para elegir el fármaco apropiado para los pacientes con infección hospitalaria. (Brunicardi et al., 2015).

Es indispensable obtener material para cultivos de áreas apropiadas sin retrasar el inicio de los antibióticos para poder hacer luego el ajuste correcto del tratamiento antimicrobiano cuando se tengan resultados de los cultivos. (Gotts y Matthay, 2016)

Por tanto, la sepsis es un síndrome de alteraciones fisiológicas, patológicas y bioquímicas inducidas por una infección, cuya incidencia está en aumento. Es asimismo una de las principales causas de enfermedad grave y de mortalidad en todo el mundo. Los pacientes que sobreviven a la sepsis con frecuencia sufren problemas físicos, psicológicos y cognitivos prolongados (Gotts y Matthay, 2016)

3.3.1 Clasificación de la sepsis abdominal

Peritonitis primaria tiene que ver con la infección del líquido peritoneal sin que haya ocurrido perforación de una víscera. Este fenómeno es causado por siembra del peritoneo por diseminación hematógena a partir de una fuente extra abdominal o a través de un conducto (como puede ocurrir con un catéter intraperitoneal), y casi siempre es responsable un solo patógeno microbiano. Pacientes con grandes cantidades de líquido peritoneal (ascitis, diálisis peritoneal) son más susceptibles de desarrollar el proceso, que se debe principalmente a deterioro de los mecanismos de defensa del peritoneo. (Gotts y Matthay, 2016)

Peritonitis secundaria resulta de la perforación de una víscera intraabdominal. Puesto que el inóculo son los microorganismos presentes en la

luz visceral, casi siempre es una infección polimicrobiana, con la presencia de microorganismos tanto aerobios como anaerobios. (Gotts y Matthay, 2016)

La peritonitis terciaria o persistente ocurre en personas que sufren una peritonitis secundaria y que no son capaces de aclarar la infección, o quienes subsecuentemente desarrollan supe infección de toda la cavidad peritoneal. Se caracteriza por alta mortalidad, y probablemente representa una forma de supe infección que indica inmunosupresión subyacente. (Gotts y Matthay, 2016)

3.3.2 Etiología

La mayor parte de los casos de sepsis intraabdominal incluye la participación de flora de la vía gastrointestinal del huésped. En sujetos sanos, en el estómago y la zona proximal del intestino delgado hay un número relativamente escaso de bacterias, por lo común menos del 10⁴/mililitro. La acidez gástrica constituye el principal factor que impide que las bacterias se adhieran en las paredes de la porción proximal del intestino delgado (Chávez, 2002).

La mortalidad temprana puede ser reducida sustancialmente por antibióticos activos en contra de bacterias Gram negativas aerobias y facultativas, pero tal tratamiento no disminuye el desarrollo subsecuente de abscesos. Por otra parte, el uso de antibióticos en contra de la micro flora anaeróbica no disminuye la morbilidad temprana, pero disminuye dramáticamente el número de abscesos que potencialmente pueden desarrollarse. La conclusión es, que el tratamiento antibiótico exitoso de la peritonitis purulenta secundaria requiere el uso de agentes en contra de bacterias Gram negativas aerobias y facultativas y anaerobios, por ser estos microorganismos los más comúnmente implicados en la etiología del padecimiento (Chávez, 2002).

3.3.3 Patogénesis

La peritonitis secundaria aparece por la pérdida de la integridad del tracto gastrointestinal. Después de la contaminación peritoneal inicial, las bacterias encuentran tres formas de defensa del huésped: la depuración linfática, la

fagocitosis y el secuestro por fibrina. El diafragma contiene estomas que actúan como conductos hacia el sistema linfático, las bacterias son rápidamente depuradas (en minutos) por esta vía y posteriormente se exponen a las defensas sistémicas (Huamán M., 2015).

Chávez (2002), indica que “esta depuración es tan eficiente que la peritonitis o formación de abscesos sólo ocurrirá cuando estén presentes sustancias adyuvantes como hemoglobina, bario o tejido necrótico. Estas sustancias, pueden promover la proliferación bacteriana al proporcionar nutrientes que aumentan el desarrollo bacteriano tales como el hierro, al bloquear mecánicamente los linfáticos y por daño en la quimiotaxis y capacidad de destrucción bacteriana por el sistema inmune”.

3.3.4 Fisiopatología

En la actualidad existen muchos avances sobre la fisiopatología de la sepsis, que comprende de manera categórica “una respuesta del huésped a la infección que involucra no sólo la activación de respuestas pro- y antiinflamatorias sino también modificaciones en vías no inmunológicas (cardiovascular, autonómica, neuronal, hormonal, energética, metabólica y de coagulación (Singer, Deutschman, Shankar- Hari y Djilali, 2016).

3.3.4 Cuadro Clínico

La peritonitis se produce luego de colapsar los glóbulos blancos a causa de microorganismos que migran a la cavidad abdominal desde el punto de partida de un órgano afectado o traumatizado. Por lo expuesto, una manifestación visible de peritonitis infecciosa, es el dolor abdominal, acompañado de fiebre, náusea, vómito, evolucionando al estado de shock. (Singer, Deutschman, Shankar- Hari y Djilali, 2016).

En el caso de la contaminación bacteriana, el dolor al inicio de la enfermedad generalmente es de baja intensidad, hasta que la multiplicación bacteriana da como resultado la elaboración de sustancias irritantes. El dolor de la inflamación peritoneal

invariablemente se acentúa por presión o cambios en la tensión del peritoneo, si éstos se producen por palpación o descompresión del mismo (signo de von Plummer) o por movimientos como en la tos o el estornudo. En consecuencia, el paciente con peritonitis habitualmente se encuentra en cama casi inmóvil, prefiriendo evitar los movimientos. Otra de las características de la irritación peritoneal es el espasmo reflejo tónico de la musculatura abdominal, localizada al segmento corporal comprometido (Singer et al., 2016).

La intensidad del espasmo muscular tónico que acompaña a la inflamación peritoneal es dependiente de la localización del proceso inflamatorio, la velocidad a la cual éste se desarrolla y la integridad del sistema nervioso. El espasmo muscular en un apéndice retro cecal perforado puede ser mínimo o ausente debido al efecto protector de la víscera supra yacente. En la reacción peritoneal difusa existe un silencio abdominal persistente (por íleo paralítico reflejo) y en la circunscrita se pueden llegar a percibir roces y crepitaciones a su nivel. (Singer et al., 2016).

3.3.5 Estudios Diagnósticos

Las técnicas de escanografía abdominal por ultrasonido (ecografía), tomografía axial computadorizada (TAC) o resonancia magnética significan una revolución en la detección de infecciones intraabdominales, especialmente de abscesos (Rhodes, Evans y Waleed, 2017).

3.3.6 Tratamiento

En el trauma abdominal penetrante el tratamiento ya no es profiláctico y 24 horas de tratamiento con agentes antimicrobianos es satisfactorio, independiente del grado de injuria o extensión de la contaminación.

Tratamiento Antimicrobiano en Peritonitis Secundaria Establecida. El tratamiento primario de la peritonitis secundaria es quirúrgico, y consiste en el control de la fuente con remoción de las colecciones líquidas purulentas o infectadas y el desbridamiento de los tejidos necróticos. El análisis cuidadoso de la actividad de los agentes antimicrobianos, solos o en combinación, se dificulta por la

incapacidad para controlar un gran número de variables (edad del paciente, fuente de infección, entre otros) que están presentes en la peritonitis secundaria.

El tratamiento de cualquier enfermedad infecciosa empieza con la terapia empírica con base en el concepto de cubrir los patógenos esperados, mientras se informa el resultado de los cultivos. La coloración de Gram y otras pruebas para identificar el agente infeccioso son muy útiles en esta fase, donde la elección inicial de uno o varios agentes antimicrobianos es quizá el paso más crítico. La mejor supervivencia ocurre en los pacientes que responden a esta antibioticoterapia inicial. Es pertinente anotar que los pacientes que desarrollan una peritonitis secundaria severa son porque recibieron una terapia antimicrobiana empírica inadecuada, y son éstos los que exhiben los peores resultados finales. Se dice que la terapia es inadecuada cuando el cultivo muestra microorganismos que no están dentro del espectro de actividad del régimen (Rhodes et al., 2017). Duración de la terapia. La terapia antimicrobiana en una sepsis intraabdominal debe continuar hasta cuando la temperatura y el recuento leucocitario y su cuadro diferencial hayan retornado a límites normales.

Terapia Antibiótica en la Peritonitis Terciaria. El tratamiento de la peritonitis terciaria se basa en los resultados de los cultivos y de la sensibilidad. El tratamiento con dos agentes diferentes en sus mecanismos de acción, probablemente es aconsejable para microorganismos resistentes. Los enterococos son resistentes a casi todos los antimicrobianos. (Acero, Aguirre M., Amaya B y Andrews A., 2009).

Terapia Antimicótica. Las especies de *Candida* son los hongos más comúnmente cultivados en la infección abdominal. La infección por *Candida* dentro del peritoneo es mejor tratada con anfotericina B por vía IV. El fluconazol ha sido recomendado como una alternativa efectiva y relativamente no tóxica. Pero no se ha demostrado que sea equivalente en eficacia a la anfotericina B en el tratamiento de las infecciones micóticas intraabdominales. (Acero, Aguirre M., Amaya B y Andrews A., 2009).

Tratamiento Quirúrgico. Manejo preoperatorio. Indicación para cirugía La laparotomía puede estar indicada en estos pacientes, tanto con propósitos de diagnóstico como de tratamiento. Como principio general, la presencia de pus o de contenido gastrointestinal en la cavidad peritoneal es un hallazgo que hace obligatorio el tratamiento quirúrgico inmediato (Acero, Aguirre M., Amaya B y Andrews A., 2009).

Preparación preoperatoria. Antes de emprender la operación, el paciente debe recibir agentes antimicrobianos sistémicos y se corrige la condición crítica mediante restauración de líquidos y electrolitos y la administración de oxígeno. La posibilidad de una colostomía debe anticiparse y debe ser incluida en el proceso de información al paciente y allegados. (Acero, Aguirre M., Amaya B y Andrews A., 2009).

Finalmente, si el diagnóstico es incierto, se debe comunicar al paciente que la laparotomía puede ser negativa. Estrategia operatoria. Los principios quirúrgicos consisten en detener la contaminación de la cavidad peritoneal y tratar la causa subyacente del escape microbiano. Las consideraciones técnicas son: una adecuada exposición del campo operatorio, generalmente a través de una larga incisión vertical; el buen manejo de la perforación intestinal; tratamiento de los extremos del intestino después de cualquier resección; profuso lavado de la cavidad peritoneal; y decisión acerca del cierre de la fascia y de la herida. La Tabla 7 resume las opciones quirúrgicas más usadas en el tratamiento de la contaminación emanada de diferentes fuentes en el tracto gastrointestinal. (MPS, 2009).

IV Método

Para llevar a cabo el presente plan de cuidados estandarizado para paciente con enfermedad de sepsis abdominal, se hizo una búsqueda y análisis en las bases de datos más consultadas sobre artículos científicos para cuidados en sepsis abdominal. Se implementó una estrategia para elaborar y estructurar los planes de cuidados para sepsis abdominal. El proceso de enfermería es el instrumento requerido para la práctica profesional basado en teorías ya que es un método sistemático.

La búsqueda de la información se basó en las taxonomías NANDA, NIC y NOC. De igual manera se analizó la teoría de Dorothea Orem para identificar los requisitos de desviación de la salud, la cual sustenta los cuidados estandarizados más comunes que presenta la sepsis abdominal, como son dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómito, ansiedad, distensión abdominal entre los más comunes.

Se analizaron planes de cuidados estandarizados; de acuerdo a la NANDA se aplicaron diagnósticos de enfermería: hipertermia, dolor agudo, riesgo de infección, motilidad gastrointestinal disfuncional y ansiedad, a estos se les dio una puntuación diana que va del 1 que es grave a 5 que es no comprometido; esta puntuación diana se usara a criterio de quien use los planes de cuidados estandarizados la cual apoyara al profesional de enfermería a tomar decisiones y seleccionar las intervenciones mas adecuadas dependiendo de la gravedad del paciente.

V Valoración

La utilización de la Guía de Valoración con el referente teórico de Orem de los autores Jiménez, A. V., Ramírez, R. J. (2008), en la protocolización del proceso de enfermería con la finalidad de estandarizar los cuidados en pacientes con un padecimiento en común, consiste en el manejo con el propósito de detectar las manifestaciones clínicas en la sepsis abdominal, por tanto, la valoración contiene los siguientes apartados (descripción de la guía de valoración) (ver anexo 1. Guía de valoración)

VI Diagnósticos de Enfermería

A continuación, se muestra el cuadro deductivo de la Ponderación de diagnósticos de enfermería con base a la información encontrada y la Clasificación de Dominios y clases de la taxonomía de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA I).

La ponderación de diagnósticos de enfermería se realizó en relación al número repeticiones según los autores consultados y al tipo de diagnóstico.

Selección de etiquetas diagnosticas con base a las manifestaciones documentadas del padecimiento

Datos significativos	Análisis deductivo de clasificación por taxonomía NANDA-I etiqueta diagnostica	Dominio/clase
Dolor abdominal Fiebre Nauseas Vomito Ansiedad Distención abdominal	00132 Dolor agudo	Dominio 12 confort Clase 1: confort físico
	00007 Hipertermia	Dominio 11 seguridad/ protección Clase 6 termorregulación
	00004 riesgo de infección	Dominio 11 seguridad/protección Clase 1 infección
	00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional	Dominio 3 eliminación e intercambio Clase 2 función gastrointestinal
	00146 Ansiedad	dominio 9 afrontamiento /tolerancia al estrés clase 2 respuestas de afrontamiento

VII Plan Estandarizado de Cuidados de Enfermería

7.1 Diagnóstico 1 de Enfermería

Taxonomía NANDA-I														
<p>Diagnóstico: 00132 Dolor agudo</p> <p>Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association For the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad d eleve a grave con un final anticipado o previsible</p> <p>Factores relacionados: agentes lesivos biológicos / condición asociada: cambio de parámetros fisiológicos</p>														
Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
-Auto informe de la intensidad del dolor usando escalas estandarizadas. -Cambio en el apetito -Conducta defensiva -Conducta expresiva -Desesperanza -Cambio en parámetros fisiológicos -Conducta de protección -Conducta defensiva	Dominio 12 confort Clase 1:confort físico	2102 Nivel del dolor Definición: intensidad del dolor referido o manifestado. 210201 Dolor referido 210204 Duración de los episodios de dolor	1400 Manejo del dolor Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. 2210 Administración de analgésicos Definición: utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.	Puntuación Diana <table border="1"> <tr> <td>Grave</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancial</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>moderado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Leve</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Ninguno</td> <td>5</td> </tr> </table>	Grave	1	Sustancial	2	moderado	3	Leve	4	Ninguno	5
				Grave	1									
Sustancial	2													
moderado	3													
Leve	4													
Ninguno	5													
				Mantener a____ Aumentar a____										

<p>-Diaforesis -Expresión facial del dolor - Evidencia del dolor al usar una lista de verificación estandarizada de dolor en aquellos que no se pueden comunicar verbalmente</p>		<p>210206 Expresiones faciales de dolor 210215 Pérdida de apetito.</p>		
--	--	---	--	--

Actividades
<p>1400 Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente -Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes -Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. -Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor -Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias -Disminuir o eliminar factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor -Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, según corresponda. -Utilizar medidas del control del dolor antes de que este sea muy intenso. <p>2210 Administración de analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. -Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. -Comprobar el historial de alergias a medicamentos. -Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.

- Colaborar con el medico si se indican fármacos, dosis, vías de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la equianalgesia
- Elegir la vía intravenosa en vez de la intramuscular, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.
- Controlar signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso.
- Considerar el uso de infusión continua, ya sea sola o juntamente con opiáceos en bolo, para mantener los niveles séricos.

7.2 Diagnóstico 2 de Enfermería

Taxonomía NANDA-I														
<p>Diagnóstico: 00007 Hipertermia</p> <p>Definición: temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación</p> <p>Factores relacionados: Sepsis</p>														
Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominio / clase	Resultados esperados / Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
-Piel caliente al tacto -Taquicardia -Taquipnea -Vasodilatación	Dominio 11 seguridad/protección Clase 6 termorregulación	0800 Termorregulación Definición: Equilibrio entre la producción, ganancia y la pérdida de calor.	3786 Tratamiento de la hipertermia Definición: tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causando patógenos endógenos 3840 Precauciones en la hipertermia maligna Definición: prevenir o disminuir la respuesta hipermetabólica a los	Puntuación Diana										
		080012 Frecuencia del pulso radial		<table border="1"> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </table>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5
		Gravemente comprometido		1										
		Sustancialmente comprometido		2										
		Moderadamente comprometido		3										
		Levemente comprometido		4										
No comprometido	5													
080013 Frecuencia respiratoria														
080001 Temperatura cutánea aumentada														
080019 Hipertermia														

			agentes farmacológicos utilizados durante la cirugía.	Grave	1
			3900 Regulación de la temperatura	Sustancial	2
			Definición: consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal.	moderado	3
				Leve	4
				Ninguno	5
				Mantener a_____	
				Aumentar a_____	

Actividades

3786 Tratamiento de la hipertermia

- Controlar la temperatura y otros signos vitales
- Observar el color y la temperatura de la piel
- Administrar medicamentos IV
- Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos
- Administrar oxígeno según corresponda
- Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la infección causante de la fiebre
- Garantizar que se apliquen las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación o delirio

3840 Precauciones en la hipertermia maligna

- Preguntar al paciente sobre los antecedentes personales o familiares de hipertermia maligna, muertes inesperadas por anestésicos, trastornos musculares o fiebre postoperatoria no explicada.
- Mantener un equipo de urgencia para la hipertermia maligna, según el protocolo.

- Monitorizar los signos vitales, incluida la temperatura corporal central.
- Colocar un colchón de agua refrigerante bajo el paciente con riesgo de hipertermia maligna al principio del procedimiento.
- Utilizar agentes anestésicos que no provoquen hipertermia maligna en los pacientes con riesgo.
- Evitar o interrumpir el uso de agentes desencadenantes
- Monitorizar la presencia de signos de hipertermia maligna.
- Interrumpir el procedimiento, si es posible.
- Proporcionar suministros de manejo de urgencias.
- Preparar y administrar la medicación.

3900 Regulación de la temperatura

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.
- Instaurar un dispositivo de monitorización de la temperatura central, si es preciso.
- Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Utilizar un colchón de enfriamiento, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel, así como mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel, así como un cateterismo intravascular de enfriamiento para disminuir la temperatura corporal, según corresponda.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos. -Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.

7.3 Diagnóstico 3 de Enfermería

Taxonomía NANDA-I													
Diagnóstico: 00004 Riesgo de infección Definición: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud. Factores relacionados: Supresión de la respuesta inflamatoria													
Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
Dominio 11 seguridad/protección Clase 1. Infección	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso Definición: acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de adquirir una infección. 192426 Identifica los factores de riesgo de infección 192405 identificar signos y síntomas de infección 192420 Controla cambios en el estado general de salud	6540 Control de infecciones Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. 6550 Protección contra las infecciones Definición: Prevención y detección de precoces de la infección en pacientes de riesgo.	Puntuación DIANA <table border="1"> <tr> <td>Nunca demostrado</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Raramente demostrado</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A veces demostrado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Frecuentemente demostrado</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Siempre demostrado</td> <td>5</td> </tr> </table> Mantener a ____ Aumentar a ____	Nunca demostrado	1	Raramente demostrado	2	A veces demostrado	3	Frecuentemente demostrado	4	Siempre demostrado	5
	Nunca demostrado	1											
Raramente demostrado	2												
A veces demostrado	3												
Frecuentemente demostrado	4												
Siempre demostrado	5												

Actividades

6540 Control de infecciones

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes
- Cambiar los sitios de las vías i.v. periférica y central y los vendajes de acuerdo a las directrices actuales de los CDC
- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.
- Limitar el número de visitas según corresponda.
- Poner en práctica precauciones universales
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.
- Rasurar y limpiar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada
- Utilizar sondaje intermitente par a reducir la incidencia de infección de la vejiga.

6550 Protección contra las infecciones

- Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.
- Limitar el número de visitas, según corresponda.
- Mantener la asepsia en paciente de riesgo.
- Aplicar técnicas de aislamiento, si es preciso.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.
- Administrar una gente de inmunización adecuado.

7.4 Diagnóstico 4 de Enfermería

Taxonomía NANDA-I														
<p>Diagnóstico: 00146 Ansiedad</p> <p>Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza</p> <p>Factores relacionados: crisis situacional</p>														
Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
-Inquietud -Preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales -Aprensión -Nerviosismo -Sufrimiento -Temor	Dominio 9. Afrontamiento /tolerancia al estrés Clase 2. Respuestas de afrontamiento	1211 Nivel de ansiedad Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable. 121105 inquietud	5820 Disminución de la ansiedad Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionado con una fuente no identificada de peligro previsto. 5230 Mejorar el afrontamiento Definición: facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para mejorar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que	Puntuación DIANA <table border="1"> <tr> <td>grave</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>sustancial</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>moderado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>leve</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ninguno</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Mantener a ____ Aumentar a ____</p>	grave	1	sustancial	2	moderado	3	leve	4	ninguno	5
grave	1													
sustancial	2													
moderado	3													
leve	4													
ninguno	5													

			<p>interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>5340 Presencia</p> <p>Definición: permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad.</p>	
--	--	--	---	--

Actividades	
5820 Disminución de la ansiedad	
<p>Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionado con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Establecer claramente las expectativas de comportamiento del paciente -Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibilidades sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante -Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico -Crear un ambiente que facilite la confianza -Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. 	
5230 Mejorar el afrontamiento	
<p>Definición: facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para mejorar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. -Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. 	

- Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.
- Ayudar al paciente a resolver problemas de forma constructiva.
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.

5340 Presencia

Definición: permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad.

- Mostrar actitud de aceptación.
- Comunicar oralmente empatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.
- Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente.
- Establecer una consideración de confianza y positiva.
- Escuchar preocupaciones del paciente.
- Permanecer en silencio, según corresponda.
- Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.
- Permanecer físicamente presente sin esperar respuestas de interacción.
- Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas de la unidad.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.

7.5 Diagnóstico 5 de Enfermería

Taxonomía NANDA-I														
<p>Diagnóstico: 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional</p> <p>Definición: aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.</p> <p>Factores relacionados: malnutrición</p>														
Datos significativos / Datos de riesgo Datos objetivos y subjetivos	Dominio / clase	Resultados esperados Objetivos	Intervenciones / Actividades	Evaluación										
-Cambio en los ruidos intestinales -Dificultad para defecar -Abdomen distendido -Dolor abdominal -Náuseas -Residuo gástrico de color bilioso -Vómitos	Dominio 3. Eliminación e intercambio Clase 2. Función gastrointestinal	1015 Función gastrointestinal Definición: capacidad del tracto gastrointestinal para ingerir y digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar productos de desecho. 101513 Dolor abdominal 101514 Distensión abdominal 101532 Náuseas 101533 Vómitos 101536 Estreñimiento	0430 Control intestinal Definición: instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal. 1450 Manejo de las náuseas Definición: prevención y alivio de las náuseas.	Puntuación DIANA <table border="1"> <tr> <td>Grave</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancial</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Leve</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ninguno</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Mantener a_____</p> <p>Aumentar a_____</p>	Grave	1	Sustancial	2	Moderado	3	Leve	4	ninguno	5
Grave	1													
Sustancial	2													
Moderado	3													
Leve	4													
ninguno	5													

Actividades

0430 Control intestinal

- Monitorizar los sonidos intestinales
- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda
- Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos
- Informar si hay disminución de los sonidos intestinales
- Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e importación
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales
- Realizar una prueba oculta en heces, según corresponda.

1450 Manejo de las náuseas

- Animar al paciente a controlar su propia experiencia.
- Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.
- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, una escala visual analógica, la Escala Descriptiva de Duke y el Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos.
- Obtener los antecedentes pre terapéuticos completos.
- Obtener los antecedentes dietéticos donde consten los alimentos que más agradan a la persona, los que no le gustan y las preferencias culturales al respecto.
- Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida.
- Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas.
- Ayudar a solicitar y proporcionar apoyo emocional.

VIII Conclusiones

La metodología NANDA, NIC y NOC nos ha facilitado establecer diagnósticos enfermeros, marcar objetivos de consecución, sistematizar intervenciones y evaluar la eficacia de los cuidados enfermeros. Todo ello nos permite universalizar el lenguaje del cuidado y la evaluación rigurosa de la profesión enfermera.

El proceso de enfermería es una herramienta fundamental para la práctica diaria de enfermería, el cual nos ayuda a crecer como profesión en base a una evidencia científica.

El proceso de enfermería es el mecanismo que utiliza el profesional de enfermería utilizando sus opiniones, conocimientos y habilidades para desarrollar sus juicios clínicos ante problemas reales o potenciales de salud. Esto conlleva mejora en la actividad de enfermería.

Es de vital importancia fortalecer el proceso de enfermería desde la formación de los profesionales de enfermería en las aulas universitarias, con la capacitación adecuada de los docentes, supervisando y animándolos a la utilización del mismo en su práctica diaria para que esto conlleve a una fortaleza en enfermería en base a una evidencia científica comprobada y eficaz.

El desafío evidente que se presenta con el proceso de enfermería es la utilización del mismo debido a los tiempos, pero eso no se tiene que ver como una debilidad sino como una oportunidad que con el tiempo se utilizar en el día a día en la práctica profesional.

El desarrollar un proceso de enfermería permite ampliar el juicio enfermero y generar una crítica para la utilización del proceso en la práctica diaria de enfermería y ampliar la visión para el uso del mismo.

El Proceso de Enfermería evidencia un instrumento requerido para la práctica profesional que sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina profesional de Enfermería dado por los modelos y teorías de Enfermería, y con el apoyo y retroalimentación permanente de la investigación permitirá lograr una integración de la teoría y la práctica, y a su vez un mayor empoderamiento de la profesión a nivel laboral y social e igualmente proporcionar oportunidades de crecimiento personal y

profesional con el aprendizaje continuo, estandarizado y actualizado de la evolución y desarrollo de la profesión.

Todo paciente en estado crítico debe ser enfocado en forma y tiempo adecuados para evitar que se eleve la morbilidad y la mortalidad.

Los enfermeros de la unidad de cuidados intensivos que aplican el proceso de atención de enfermería en el cuidado a pacientes con sepsis abdominal, disminuye considerablemente los riesgos y complicaciones que genera esta patología. El paciente con sepsis abdominal es un paciente crítico y requiere de cuidados integrales, y del trabajo multidisciplinario.

De acuerdo al plan de cuidados estandarizados la percepción puede concluir que los cuidados que brindan a los pacientes con integrales y de alta calidad, se cumple estándares de acuerdo a las condiciones de los pacientes y el nivel de complejidad; se debe contar con protocolos de atención específicos para la sepsis abdominal, para manejo y prevención de complicaciones ocasionadas con la patología.

IX Referencias Bibliográficas

- Andrew R., Laura E. E. y Waleed Al. (2017). Guía internacional para el manejo de la sepsis y el shock séptico. *Intramed*. Recuperado de <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Gu%C3%ADa-internacional-para-el-manejo-de-la-sepsis-y-el-shock-séptico.pdf>
- Blechek, G. M. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (sexta ed.) Barcelona: Elsevier.
- Arcos, O. (2019), *calidad cuidado enfermero a paciente con sepsis abdominal, unidad de cuidados intensivos hospital San Vicente de Paúl Ibarra*. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9799/2/PG%20768%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>
- Brunicardi, C. (2015). *Principios de Cirugía*. Texas: Mc Graw Hill.
- Gotts, J., y Matthay, M. (2016). *Sepsis: pathophysiology and clinical management*. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=89223&pagina=1>
- Herdman H. K. (2018). *Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2018-2020*. Barcelona: Elsevier.
- Jiménez, A.V. y Ramírez, R. J. (2008). *Guía de Valoración con el referente teórico de Orem*. <http://www.enfermeria.umich.mx/wp-content/uploads/2018/09/Gu%C3%ADa-de-valoración-para-el-PE.docx>
- Marriner T. A. y Ralie A. (2002). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier
- Marriner, T. (1997). *Las grandes teorías de enfermería*. México: Harcourt Mosby.

Moorhead, S. J. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) medición de resultados en salud* (sexta ed.). Barcelona: Elsevier.

Morales, J. (2017). *Tratado de cirugía general*. Ciudad de México: Manual Moderno.

NANDA INTERNACIONAL. (2019). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020*. Barcelona: Elsevier.

Napolitano, L. (2018). Sepsis 2018: Definitions and Guideline Changes. *SURGICAL INFECTIONS*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29447109/>
DOI:[10.1089/sur.2017.278](https://doi.org/10.1089/sur.2017.278)

Chavez, J. (2002). *Sepsis abdominal*. 2021, de medigraphic Sitio Web:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medicri/ti-2002/ti024c.pdf>

Singer, C., Deutschman, C., Shankar-Hari, M. y Djilali, A. (2016). Los nuevos criterios de sepsis. Recuperado de <https://www.semes.org/los-nuevos-criterios-de-sepsis/> n

X Anexos

10.1 Guía de valoración del proceso con el referente de Dorothea E.

Orem

Factores condicionantes básicos

Descriptivos de la persona

Fecha: _____ Nombre: __Rodríguez Callado Analili__ Sexo:

Masc() Fem (X) Edad: __50 años__

Religión: __católica__ Edo civil: __casada__ Escolaridad: _____

Lugar de residencia: __Maravatio__

Domicilio actual (calle número, colonia): __Andrés Coban Ejidal Issac Arriaga #49 col Issac Arriaga__

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia: __X__ Otros: _____

Material de construcción:

Adobe: _____ Ladrillo: __X__ Otros: _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua: __X__ Potable: __X__ Luz: __X__ Eléctrica: __X__ Drenaje: __X__

Pavimentación: __X__

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbrado público: __X__ Recolección de basura: __X__

Drenaje y alcantarillado: _____

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre (X) Hijo () Esposa/o (X)

Cuántos hijos tiene: 0 () 1 () 2 (X) más de 3 ()

Como es su relación con la familia:

Buenas: () Regular: (X) Mala: ()

Nivel de educación:

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria () Bachillerato: (X) Licenciatura: ()

Otros: _____

Ocupación: ____carnicera_____ Horario: __7:00 a 15:00 hrs__

Antecedentes laborales:_____

Ingreso económico familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. (x) más de 3 S.m. ()

Dependencia económica: Si () No ()

De quien: Padres () Esposa/o () Otros: _____

Patrón de vida.

¿Qué actividades recreativas realiza en sus tiempos libres?

Sociales () Culturales () Deportivas () Religiosas ()

Otras: _____

¿Qué hace usted para cuidar su salud?

Estado del sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno () Regular () Deficiente (X)

¿A qué servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS (X) ISSSTE () SALUBRIDAD () PARTICULAR ()

Diagnostico medico: Choque séptico + sepsis de partida abdominal + perforación de sigmoides + perforación vesical + po quiste de ovario

Estado de salud: Grave: (X) Delicado () Estable: ()

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención a clientes:

Hace_____ De su casa al médico.

Estado del desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?

Si () No (X)

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

¿Quién autoriza su tratamiento médico?

_____hija _____

REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES

Mantenimiento del aporte suficiente de aire.

Frecuencia respiratoria: 15 llenado capilar: 2 seg

Cianosis: Si () No (X) Especifique: _____

Tabaquismo: Si () No: (X) Especifique: _____

¿Cocina con leña?

Si () No (X) Cuanto tiempo: _____

Alergias: Si (X) No () Especifique: ___diasepam_____

Tipo de respiración:

Normal () Disnea: () Bradipnea: (X) Taquipnea: () Polipnea: ()

Otros: _____

Nariz:

Desviación del tabique: () Pólipos: () Secreciones: () Dolor: ()

Edema: (X) Otros: _____

Tórax:

Tonel: () En quilla () En embudo: ()

Otros: _____

Ruidos respiratorios: _____

Estertores: () Sibilancias: (X) Murmullo vesicular:()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No: (X) Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: FC: Soplos: () Arritmias: ()

Otras alteraciones:

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si: () No: ()

Apoyo ventilatorio: SI

Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valorar datos de deshidratación.

Mucosa oral: Seca: (X) Hidratada: ()

Piel: Seca: (X) Escamosa: ()

Normal: ()

Turgencia: Normal: () Escamosa: (X)

Que cantidad de agua ingiere usted al día:

300-500 ml () 500-1000 ml (X) 1500-2000 ml () > a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () Pipa: () Entubada: () Garrafón: (X)

Otros: _____

Utiliza algún método para planificar el agua:

Si () No (X) Especifique: _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día:

Si () No (X) Especifique Cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique __catéter venoso central

24

Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos

Peso: __72kg__ Talla: 1.60 m IMC: _____ Cintura: __120__

Ha observado variaciones del peso:

Si (X) No ()

Perdida: (X) Ganancia: ()

1-3 kg () 4-6 kg (X) 7-9 kg () > 10 kg ()

Dentadura:

Completa: (X) Faltan piezas () Prótesis Fija: () Prótesis

Extraíble: ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral:

Si () No (X)

Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía () Tumor oral ()

Leucoplaquia () Edema () Lesión oral () Drenaje purulento ()

Gingivorragia () Ulceraciones () Otros: _____

Alteraciones en cara y cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia: () Disminuido: (X) Aumentado: () Normal:

() Distensión abdominal: (X) Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si (X) No ()

Cual: Acidez () Nauseas (X) Vomito (X) Hematemesis () Disfagia ()

Pirosis () Regurgitación () Polidipsia () Polifagia () Bulimia ()

Anorexia () Reflujo () Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros: _____

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si (X) No () Especifique: _____ NPT _____

Tipo de nutrición:

Sonda nasogástrica: () Sonda Nasoyeyunal: () Gastroclisis: ()

Nutrición Parenteral (X)

Que tan frecuente come usted:

1=cada día 2=una vez a la semana 3=una vez al mes 4=nunca

Alimento/frecuencia	1	2	3	4
Leche				
Deriv. De leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				

Huevos				
Pescado				
Pastas y harinas				

¿Con que guisa sus alimentos?

Aceite () Manteca: ()

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones () Diabética () Hiposodica () Hipoproteica ()

Hiperproteica () Otros: _____

a) Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal:

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía (X) Ileostomía () Hemorroides ()

Pólipo rectal () Rectorragia () Otros: _____

Alteraciones al evacuar.

Tenesmo: (X) Pujo () Cólico () Otros: _____

Apoyo para la eliminación intestinal:

Espontanea: () Estreñimiento: () Diarrea: (X) Otros: _____

Características de las heces fecales:

Café: (X) Acolia: () Melena: () Otros: _____

Consistencia de las heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Líquida () Semilíquida () Dura ()

Grupo de eliminación vesical:

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria (X) Tenesmo () Disuria ()

Alteraciones uretero-vesicales: _____

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria: () Oliguria: () Anuria: ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización: () Cateterismo vesical (X) Higiene () Otros: _____

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia (X) Otros: _____

Grupo transpiración:

Cambios en los patrones normales de sudoración

Disminuida: () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: Dolor: () Alt. Emocionales ()

Temperatura ambiental: Otros: _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique, dolor de mamas e inflamación de las mismas.

a) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr () 6-8 Hr (x) 8-10 Hr () >10 Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado (X) Descansado () Fatigado () Otros: _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No (X)

¿Ha sufrido algún cambio en su patrón de sueño?

Si () No (X)

¿Desde cuándo?

1 semana () 15 días () 1 mes () >1 mes ()

Presencia de:

Bostezo: () Insomnio: () Hipersomnio: () Pesadillas: () Alucinaciones: ()

Ojeras: () Ronquidos: () Enuresis: () Sonambulismo: () Terrores

nocturnos: ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: _____

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No () Especifique: _____

ACTIVIDAD:

Sistema Musculo Esquelético

Presencia en articulaciones de:

Dolor: () Rigidez: () Inflamación: () Limitaciones: () Contracturas: ()

Especifique:

Tratamiento:

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique:

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____

Frecuencia/duración: _____

b) Mantenimiento del equilibrio entre soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No ()

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones () Tumoraciones ()

Lesiones ()

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () Especifique:

Utiliza lentes: _____

Armazón: () Contacto: () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique:_____.

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de Trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena () Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros: _____

Observar:

Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía () Extraversión ()

Otros: _____

Razones que le impiden socializar:

Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

c) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Consiente () Inconsciente (X) Sopor () Estupor () Confusión ()

Coma () Glasgow: _____15_____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar: _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: _____

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si (X) No () Especifique: _____DM, HAS ambos padres _____

Toxicomanías:

Si () No (X) Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No (X) Especifique: _____

d) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su estado físico?

Si (X) No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (X) No () Especifique: _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si () No (X) Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (X) No () Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si () No (X)

Depresión () Ansiedad () Vergüenza () Temor ()

Desesperanza y negatividad ()

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación (X) Inadaptación () Irritabilidad () Culpa () Agresión ()

Cólera ()

I. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. Etapas del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

Niñez Si () No () Especifique: _____

Edad escolar Si () No () Especifique: _____

Adolescente Si () No () Especifique: _____

Adulto joven Si () No () Especifique: _____

Edad fértil Si () No () Especifique: _____

Adulto maduro Si () No () Especifique: _____

2. Salud sexual

Sistema reproductor:

Has recibido educación sexual

Si () No (X) Especifique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____ heterosexual _____

¿Con que Frecuencia tiene actividad sexual?

¿Está satisfecho con su vida sexual?

Si (X) No () Porque: _____

Número de parejas sexuales: _____ 1 _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales:

Si () No (X) Especifique/tratamiento: _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No (X) Especifique/tiempo: _____

Número de hijos: _____ 2 _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si (X) No () Especifique: _____ quiste ovarios _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No (X) Especifique: _____

Tratamiento: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si (X) No () Especifique: _____ cesárea histerectomía _____

Hombre:

¿Acude a examen de Próstata/testicular?

Si () No () Especifique: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante la menstruación:

Si () No () Ocasional (X) Especifique:

Embarazos: 2 Partos: 1 Cesáreas: 1 Abortos: _____

Partos prematuros: _____ Fechas de último Papanicolaou: _____

Presencia de flujo/hemorragia trasvaginal: _____ Características: _____

¿Existen alteraciones de crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

II. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses () 6-12 meses () >12 meses () No se realiza (X)

Especifique: _____

¿Sabe usted de que está enfermo?

Si (X) No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad?

_____no hay cura para la DM _____

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude?

Si () No (X)

¿En caso de déficit o incapacidad física, cuál es su sentimiento respecto a su situación? _____

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?

Si () No (X) Especifique: _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales () Familiares () Personales (X)

Especifique: _____